

การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียด ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

Social Support, Uncertainty, and Coping Among Women with Preterm Labor

ลักษณะ	เจริญราษฎร์ *	Laksakana	Charoenraj *
ฉวี	เบาทรวง **	Chavee	Baosoung **
นันทพร	แสนศิริพันธ์ **	Nantaporn	Sansiriphun **

บทคัดย่อ

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จะประสบกับความเครียดหลายประการ การช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเครียดเหล่านี้ได้ จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลสกลนคร เลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 85 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์ ตามแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1997) ฉบับภาษาไทยโดย Phojanart (2013) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการเผชิญความเครียดสำหรับสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสร้างโดย Chunpradub (1995) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างแสดงการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=92.56$, S.D.=7.89)
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียด ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($r = .58$, $p < .01$)
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($r = -.54$, $p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม, ความรู้สึกไม่แน่นอน, การเผชิญความเครียด, สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

* ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

* Corresponding Author, Professional Nurse, Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon Province, laksacharoen@gmail.com
รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 7 มกราคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 3 มิถุนายน 2562 วันตอบรับบทความ 20 กันยายน 2562

Abstract

Pregnant women with preterm labor will confront several types of stress. Helping them to cope with this stress is an important role of the nurse-midwife. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore the relationships among social support, uncertainty, and coping among women with preterm labor. The participants were 85 pregnant women with preterm labor, chosen through the inclusion criteria, who admitted to the labor room of Sakonkakhon Hospital between July and December 2017. The research tools were the Uncertainty in Situation Questionnaire, based on the Uncertainty in Illness concept by Mishel (1997) and the Thai version by Phojanart (2013), the Social Support Questionnaire, and the Coping for at Risk Pregnant Women Questionnaire as developed by Chunpradub (1995). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results revealed that:

1. Participants demonstrated overall coping at a high level ($\bar{X}=92.56$, S.D.=7.89)
2. Social support was positively statistically significant correlated with coping among women with preterm labor ($r = .58$, $p < .01$).
3. Uncertainty in situations was negatively statistically significant correlated with coping among women with preterm labor ($r = -.54$, $p < .01$).

The findings from this study can be used as baseline data for planning effective nursing care to promote coping among pregnant women with preterm labor.

Keywords: *Social support, Uncertainty, Coping, Women with preterm labor*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดทารกก่อนกำหนด เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายปริกำเนิดถึงร้อยละ 80 (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2012) และเป็นสาเหตุการตายของทารกแรกเกิดร้อยละ 36 ซึ่งทารกเกิดก่อนกำหนดที่รอดชีวิตร้อยละ 25-50 พบว่ามีปัญหาความผิดปกติทางสมองต่อเนื่องในระยะยาว (Simhan, 2016) การสำรวจอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดขององค์การอนามัยโลกในประเทศที่พัฒนาแล้วพบประมาณร้อยละ 9 และประเทศที่กำลังพัฒนาพบประมาณร้อยละ 12 โดยประเทศที่มีจำนวนการคลอดก่อนกำหนดต่อปีมากที่สุดคือ ประเทศอินเดีย รองลงมา

คือ จีน และประเทศไทยมีการคลอดก่อนกำหนดเป็นอันดับที่ 55 ของโลก คิดเป็นอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความผาสุกของสตรีตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ ความไม่สุขสบายทางกาย ซึ่งมีสาเหตุจากการเจ็บครรภ์จากมดลูกหดรัดตัว การจำกัดการเคลื่อนไหวให้นอนพักบนเตียง ความไม่สุขสบายจากการติดเชื้อบนทักแบบแผนการเดินของหัวใจทารก การถูกรบกวนการพักผ่อนและการนอนหลับจากกิจกรรมการรักษายาบาล ผลกระทบจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวให้นอนพักบนเตียงนานๆ ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องอืด ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก อาการอ่อนเพลีย

กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียแคลเซียมจากมวลกระดูก นีวไนโต และลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือด (Maloni, 2010) ผลกระทบจากผลข้างเคียงของยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ได้แก่ อาการใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ หายใจตื้น เจ็บแน่นหน้าอก และท้องผูก (Cunningham et al., 2014) ผลกระทบด้านจิตสังคม ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่ถูกจำกัดให้นอนพักบนเตียงอย่างน้อย 5 วัน พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกกลัว วิตกกังวล เศร้า คับข้องใจ และโกรธ โดยมีความแปรปรวนของอารมณ์ตั้งแต่ อารมณ์เบื่อหน่าย จนถึงอารมณ์โกรธ ซึ่งความเจ็บป่วยรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียด (Rubarth, Schoening, Cosimano, & Sandhurst, 2012)

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่ถือเป็นภาวะวิกฤตของสตรีตั้งครรภ์ซึ่งจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถือเป็นภาวะวิกฤตของสตรีตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะเกิดความเครียด เนื่องจาก การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ไม่คาดคิดมาก่อน การตั้งครรภ์ไม่เป็นที่ไปตามปกติตามที่คาดหวัง ต้องเผชิญกับเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ว้าวุ่น โดดเดี่ยวจากการถูกแยกจากครอบครัว วิตกกังวลในสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ รู้สึกถูกคุกคาม รู้สึกไม่ปลอดภัย และผลลัพธ์ที่เกิดตามมามีแนวโน้มเป็นไปในทางลบ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเกิดความเครียดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ (Lyman & Miller, 1992) การที่สตรีตั้งครรภ์รู้สึกเครียดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับสิ่งก่อความเครียดด้านจิตใจในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดมี 7 ประการ ได้แก่ การแยกจากสังคมที่ใกล้ชิด สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพของตนเองและ

ทารกในครรภ์ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ ภาพลักษณ์ของตนเอง ความแปรปรวนทางอารมณ์ และสภาพของครอบครัว สำหรับสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงสุด คือ การแยกจากสังคมที่ใกล้ชิด และความแปรปรวนทางอารมณ์ (White & Ritchie, 1984) ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสดงการตอบสนองออกมาเพื่อต่อสู้ หรือควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นการเผชิญความเครียดเพื่อให้เกิดสมดุลด้านจิตใจ (Lazarus & Folkman, 1984) โดยการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงก่อให้เกิดความเครียดและการเผชิญความเครียดที่แตกต่างและมากกว่าการตั้งครรภ์ปกติที่มีความเสี่ยงต่ำ (Guardino & Schetter, 2014)

การเผชิญความเครียด (coping) ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) หมายถึง ความพยายามของบุคคลทั้งด้านสติปัญญา หรือด้านพฤติกรรม (cognitive or behavioral efforts) ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ที่เป็นต้นเหตุของความเครียด เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์และตามบริบทของบุคคลในขณะนั้น ซึ่งการเผชิญความเครียดแบ่งได้เป็นสองลักษณะคือ ลักษณะมุ่งแก้ไขปัญห (problem focused) เป็นวิธีการที่มุ่งไปที่สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะพยายามแก้ไข ควบคุม หรือจัดการอย่างเป็นขั้นตอนกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบด้วย การเผชิญปัญหาโดยตรง การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์ (emotion focused) เป็นวิธีที่บุคคลจัดการโดยการลด หรือบรรเทาอารมณ์หรือความรู้สึกทางลบที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบด้วย การเผชิญความเครียดโดยการหลีกเลี่ยง การกล่าวโทษตนเอง และการคิดอย่างมีความหวัง บุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์ เมื่อกำลังเผชิญความเครียดนั้นๆ ไม่สามารถควบคุมได้ (Lazarus & Folkman, 1984)

การเผชิญความเครียดของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อธิบายตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) หมายถึง ความคิด การกระทำ หรือพฤติกรรมของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้ในการบรรเทา ควบคุม หรือกำจัดกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ความเจ็บป่วยขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีการเผชิญความเครียดที่มีลักษณะเฉพาะและหลากหลาย การศึกษาโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ปกติและสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบว่ามีการเผชิญความเครียดทั้งลักษณะมุ่งแก้ไขปัญห และลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์ (Guardino & Schetter, 2014) การศึกษาในต่างประเทศวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจำนวน 321 ราย พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียดใน 3 รูปแบบ ได้แก่ การวางแผนและการเตรียมพร้อม (planning-preparation) เช่น ชักถามข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดจากแพทย์และพยาบาล อ่านหรือดูสื่อเกี่ยวกับการคลอด วางแผนหาคนช่วยเหลือ เป็นต้น การเผชิญความเครียดโดยการหลีกเลี่ยง (avoidance) เช่น นอนหลับเพื่อเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้น พยายามทำให้ความรู้สึกดีขึ้นด้วยการกินอาหาร หลีกเลี่ยงการอยู่กับผู้อื่น เป็นต้น และการกระทำตามความเชื่อทางจิตวิญญาณทางบวก (spiritual-positive) เช่น การสวดภาวนาให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรงและให้การคลอดปลอดภัย การไปวัดหรือโบสถ์ เป็นต้น ซึ่งพบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียดโดยการกระทำตามความเชื่อทางจิตวิญญาณทางบวกมากที่สุด วิธีวางแผนและเตรียมพร้อมปานกลาง และวิธีการหลีกเลี่ยงน้อยที่สุด (Hamilton & Lobel, 2008) การศึกษาในประเทศการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจำนวน 105 ราย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการสวดภาวนา (prayer) มากที่สุด รองลงมาคือ วิธีการแปลผลเหตุการณ์ทางบวก (positive interpretation of events) วิธีการเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นมารดา และน้อยที่สุดคือ วิธีการ

หลีกเลี่ยง (Giurgescu, Penckofer, Maurer & Bryant, 2006)

ผลของการเผชิญความเครียด พบว่า บุคคลที่มีการตอบสนองหรือการเผชิญความเครียดได้ดีหรือได้เหมาะสม บุคคลนั้นจะเกิดความสมดุลทางจิตใจตามมา แต่หากบุคคลมีการตอบสนองหรือเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ไม่ดีหรือไม่เหมาะสมเป็นระยะเวลานาน จะทำให้บุคคลเกิดความแปรปรวนทางจิตใจได้ (Lazarus & Folkman, 1984) การทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของสตรีในระยะตั้งครรภ์ทั้งการตั้งครรภ์ปกติและการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจำนวน 45 เรื่อง พบว่า การเผชิญความเครียดที่ดีหรือเหมาะสม ส่งผลดีต่อความผาสุกทางจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกดีขึ้น อาการซึมเศร้าลดลง และความทุกข์ใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ลดลง ในทางตรงข้าม พบว่า การเผชิญความเครียดโดยวิธีหลีกเลี่ยงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตทางลบหลายประการ ได้แก่ ความผาสุกทางจิตใจลดลง ความทุกข์ใจเพิ่มขึ้น อารมณ์ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลสูงขึ้น ทศนคติทางบวกลดลง และการรับรู้ความเครียดสูงขึ้น และยังมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางกาย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานสูงขึ้น ระดับcorticotrophin-releasing hormone ที่สร้างมาจากรกสูงขึ้น และการใช้สารเสพติดสูบบุหรี่ ดื่มสุราเพิ่มขึ้น (Guardino & Schetter, 2014)

การที่สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะสามารถเผชิญความเครียดได้ดี เหมาะสม หรือมีประสิทธิภาพมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Yali & Lobel, 1999) การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอน (Giurgescu et al., 2006) โดยปัจจัยอายุ พบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีอายุน้อยกว่า 31 ปีมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขปัญห

โดยการเตรียมความพร้อมต่อการเป็นมารดา และการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์ โดยการสวดภาวนา ระดับการศึกษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีระดับการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์โดยการใช้สารเสพติด รายได้ของครอบครัว พบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีรายได้ของครอบครัวมากมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์โดยการใช้สารเสพติด จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์หลายครั้งมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขปัญหาโดยการเตรียมความพร้อมสำหรับการเป็นมารดาและการดูแลตนเอง (Yali & Lobel, 1999)

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด (Chunpradub, 1995) และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดโดยการเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นมารดา และโดยการแปลผลเหตุการณ์ทางบวก และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดโดยการหลีกเลี่ยง (Giurgescu et al., 2006) สำหรับความรู้สึกไม่แน่นอน พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์โดยการหลีกเลี่ยง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดโดยการแปลผลเหตุการณ์ทางบวก (Giurgescu et al., 2006) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอน น่าจะเป็นปัจจัยที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถให้ความช่วยเหลือหรือปรับเปลี่ยนให้เกิดผลต่อการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคลซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งสุขภาพกาย

และสุขภาพจิตที่ดี โดยมีกลไกที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลคือ ผลโดยตรงต่อสุขภาพ (main effect/direct effect) ทำให้มีสุขภาพดีขึ้น และผลโดยอ้อมต่อสุขภาพคือมีผลเป็นตัวบรรเทา (buffering effect) หรือมีผลเป็นตัวกำกับ (moderating effect) ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ เชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลช่วยลดความเครียด และเปลี่ยนแปลงการปรับตัวต่อภาวะเครียด (Thoits, 1982) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด โดยเมื่อบุคคลมีความเครียดหรือปัญหาเกิดขึ้น บุคคลจะจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) ด้านการประเมินค่า (appraisal support) ด้านข้อมูล (information support) และด้านทรัพยากร (instrument support) สำหรับผู้ให้การสนับสนุน อาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับการช่วยเหลือได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ การศึกษาในต่างประเทศ ในสตรีครรภ์เสี่ยงสูงจำนวน 105 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดโดยการสวดภาวนาและมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดโดยวิธีการหลีกเลี่ยง (Giurgescu et al., 2006) การศึกษาในประเทศไทยในสตรีครรภ์เสี่ยงสูง จำนวน 200 คน เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 65.5 และแผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 34.5 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด (Chunpradub, 1995)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (uncertainty in illness) ตามแนวคิดของมิเชล (Mishel, 1981, 1988) เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถอธิบายความหมาย

หรือให้คุณค่าเกี่ยวกับรูปแบบความเจ็บป่วย ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของความเจ็บป่วยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะของความเจ็บป่วย (ambiguity) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบของการดูแล (complexity) การได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ (inconsistency of the information) และการไม่สามารถทำนายการดำเนินของความเจ็บป่วย การรักษา และผลของการรักษา (unpredictability) ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากการเจ็บป่วย (Mishel, 1997) ดังการศึกษาในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความเครียด (Jittrapirom, Chareonsanti, & Sriarporn, 2014)

การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนให้ผลลัพธ์ 2 ด้าน คือ การประเมินว่าเป็นโอกาส (opportunity appraisal) และการประเมินว่าเป็นอันตราย (danger appraisal) โดยบุคคลที่ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาสมักจะ เป็นผู้ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับต่ำและมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่วนบุคคลที่ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตราย คุกคามความผาสุกของชีวิต มักจะเป็นผู้ที่มีความรู้สึกไม่ปลอดภัย มองว่าทางเลือกมีจำกัด และมีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม (Mishel, 1990) การศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในสตรีครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนระดับสูง มีการใช้การเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์ และสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนระดับต่ำ มีการใช้การเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขปัญหา (Gray, 2001 cited in Giurgescu et al., 2006) การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม และทางสูติกรรม ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ จำนวน 105 ราย พบว่า

ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดโดยวิธีการแปลผลเหตุการณ์ทางบวก และมีความสัมพันธ์ทางลบการเผชิญความเครียดโดยวิธีการหลีกเลี่ยง (Giurgescu et al., 2006)

การศึกษาการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายๆ ประเภทร่วมกัน และศึกษาในสตรีที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์หรือแผนกผู้ป่วยนอก ในประเทศไทยพบการศึกษาในสตรีครรภ์เสี่ยงสูงที่มีลักษณะคล้ายกัน โดยผลการศึกษามีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนกับการเผชิญความเครียดที่ผ่านมามีได้ผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของ การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคคลใกล้ชิด แพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์ผู้ให้บริการ ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสตรีตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนกับการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คำถามการวิจัย

1. การเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นอย่างไร
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ

การเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือไม่ อย่างไร

3. ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการเผชิญความเครียด ของ Lazarus & Folkman (1984) โดยการเผชิญความเครียด หมายถึง ความคิดและพฤติกรรมของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใช้ในการบรรเทา ควบคุม และกำจัดความเครียดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ ความเจ็บป่วยขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การเผชิญความเครียด ลักษณะมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียด ลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่าด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร และความรู้สึกไม่แน่นอนตามแนวคิดของ Mishel (1988) ประกอบด้วย ความรู้สึกไม่แน่นอน 4 ด้าน คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะของความเจ็บป่วย ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบของการดูแล การได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยได้รับ และการไม่สามารถทำนายการดำเนินของความเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษา คาดว่าการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน น่าจะมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษา

ณ ห้องคลอด แผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสกลนคร โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ (power analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อายุครรภ์ 24 ถึง 36 สัปดาห์ 3) ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 วัน 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 5) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย และ 6) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ การได้รับการรักษาด้วยยา ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด และจำนวนวันที่พักรักษาในโรงพยาบาล

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Chunpradub (1995) ที่สร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ใช้ประเมินการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมดจำนวน 23 ข้อ ดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (7 ข้อ) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (5 ข้อ) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูล (5 ข้อ) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (6 ข้อ) ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ไม่จริงเลย (1 คะแนน) เป็นจริงเล็กน้อย (2 คะแนน) เป็นจริงปานกลาง (3 คะแนน) เป็นจริงส่วนมาก (4 คะแนน) และเป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าอยู่ระหว่าง 23-115 คะแนน การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรภาคชั้น ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (23.00-53.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (53.67-84.33 คะแนน) และระดับสูง (84.34-115.00 คะแนน) ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์

อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

3. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel Uncertainty in Illness Scale) (Mishel, 1997) ฉบับภาษาไทยโดย Pochanart, Wonghongkul, & Sukonthason (2013) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกจำนวน 21 ข้อ และทางลบจำนวน 12 รวม 33 ข้อ ดังนี้ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะของความเจ็บป่วย (13 ข้อ) 2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบของการดูแล (7 ข้อ) 3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (7 ข้อ) 4) ความไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษา (5 ข้อ) และข้อคำถามเกี่ยวกับทรมาน (1 ข้อ) ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) เฉยๆ หรือไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าอยู่ระหว่าง 33-165 คะแนน การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรายภาคชั้น ดังนี้ ความรู้สึกไม่แน่นอนระดับต่ำ (33-77 คะแนน) ระดับปานกลาง (78-121 คะแนน) และระดับสูง (122-165 คะแนน) ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

4. แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงของ Chunpradub (1995) สร้างตามแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ ได้แก่ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา 15 ข้อ และการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ 15 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนนดังนี้ เป็นประจำ (4 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยเลย (1 คะแนน) ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนดังนี้ เป็นประจำ (1 คะแนน) จนถึง ไม่เคยเลย

(4 คะแนน) การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรายภาคชั้น ดังนี้ การเผชิญความเครียดระดับต่ำ (30-60 คะแนน) ระดับปานกลาง (61-90 คะแนน) และระดับสูง (91-120 คะแนน) ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสกลนคร ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัยทุกประการ หากพบกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับสูง และการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการแจ้งให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรับทราบและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะดังกล่าว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ เป็นสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ 20 ปีขึ้นไป อายุครรภ์ 24-36 สัปดาห์ ได้รับการรักษาและนอนพักในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม และอายุครรภ์สื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย และสมัครใจให้ความร่วมมือในงานวิจัยครั้งนี้ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับ โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 20-35 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.81 ปี (S.D.=5.38) มีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี ร้อยละ 50.59 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 98.82 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35.29 และระดับปริญญาตรี/สูงกว่า ร้อยละ 32.94 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 64.71 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 43.53 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 80.00 มีอายุครรภ์มากกว่า 29 สัปดาห์ ร้อยละ 90.59 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งหลัง ร้อยละ 54.12 ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์ ร้อยละ 94.12 ไม่มีประวัติการแท้ง ร้อยละ 78.80 และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 3 วัน ร้อยละ 48.24

2. การเผชิญความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 71-109 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 92.56 (S.D.=7.89) คือ มีการเผชิญความเครียดโดยรวมระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความ

เครียดด้านมุ่งแก้ไขปัญหากับ 46.72 (S.D.=6.07) ซึ่งอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขอารมณ์เท่ากับ 45.85 (S.D.=3.42) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

3. การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 93.73 (S.D.=13.09) คือ มีการการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนเท่ากับ 87.38 (S.D.=17.46) คือ มีความรู้สึกไม่แน่นอนระดับปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับสูงกับการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .58, p < .01$) และความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับสูงกับการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.54, p < .01$) (ตารางที่ 1)

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 85$)

ตัวแปร	1	2	3
1. การสนับสนุนทางสังคม	1.00		
2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.54	1.00	
3. การเผชิญความเครียด	.58**	-.54**	1.00

** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. การเผชิญความเครียด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า โดยทั่วไปสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเกิดความเครียดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ (Lyman & Miller, 1992) ซึ่งความเครียดที่เพิ่มมากขึ้นจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสดงการตอบสนองออกมาเป็นการเผชิญความเครียด

เพื่อต่อสู้ หรือควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดสมดุลด้านจิตใจ (Lazarus & Folkman, 1984) และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดมีอายุอยู่ในช่วง 20-35 ปี โดยอายุเป็นปัจจัยที่บ่งบอกระดับความสามารถในการประเมินข้อมูล แปลความหมายของเหตุการณ์ และประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์หลังร้อยละ 54.12 ซึ่งสตรีครรภ์หลังจะสามารถเข้าใจ แก้ไขปัญหา และปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้ดีกว่าสตรีตั้งครรภ์แรก

ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน นอกจากนี้นักกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีแหล่งประโยชน์ หรือปัจจัยส่วนบุคคลทางบวกหลายประการ ได้แก่ ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 32.94 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 98.82 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายร้อยละ 64.71 รายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 43.53 มีความเพียงพอของรายได้ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ขึ้นไปร้อยละ 90.59 มีประสบการณ์ได้รับยาช่วยการเจ็บครรภ์ ร้อยละ 94.12 ไม่มีประสบการณ์การแท้งร้อยละ 78.80 ซึ่งแหล่งประโยชน์ด้านตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมจะช่วยส่งเสริมการเผชิญความเครียด โดยส่งผลให้บุคคลสามารถบรรเทา จำกัดขอบเขตควบคุม และจัดการสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดีขึ้น โดยพบว่าในบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว มีรายได้เพียงพอ เคยมีประสบการณ์ในเหตุการณ์นั้นมาก่อน และไม่มีประสบการณ์ทางลบ จะเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดในแบบที่เป็นการปรับตัวที่ดีหรือแบบสร้างสรรค์ (Lazarus & Folkman, 1984) ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจึงมีการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง

2. การสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียด

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .58, p < .01$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีการเผชิญความเครียดระดับสูงด้วย อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีกลไกที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล ทั้งผลโดยตรงต่อสุขภาพ และผลโดยอ้อมต่อสุขภาพ คือมีผลเป็นตัวบรรเทา (buffering effect) หรือเป็นตัวกำกับ (moderating effect) ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยมีผลช่วยลดความเครียด และส่งเสริมการปรับตัวต่อภาวะเครียด (Thoits, 1982) การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่ง

ประโยชน์ที่สำคัญของบุคคลและเป็นปัจจัยที่สำคัญของการเผชิญความเครียด โดยเมื่อบุคคลมีความเครียดหรือปัญหาเกิดขึ้น บุคคลจะสามารถเผชิญกับความเครียดหรือจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจาก สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายทางสังคมมากหรือน้อย (House, 1981) ผลการศึกษารังนี้ได้อธิบายในทำนองเดียวกับการศึกษาของของ Giurgescu et al. (2006) ในสตรีครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และได้ผลคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Chunpradub (1995) ในสตรีครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด

3. ความรู้สึกไม่แน่นอนกับการเผชิญความเครียด

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.54, p < .01$) กล่าวคือ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนระดับต่ำ จะมีการเผชิญความเครียดระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการเผชิญความเครียดโดยรวมระดับสูง และในรายด้าน มีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหาระดับสูง และมีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ระดับปานกลาง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอาจมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นว่าเป็นโอกาส (opportunity appraisal) โดย Mishel (1990) กล่าวว่า บุคคลที่ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาส มักจะ เป็นผู้ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับต่ำและมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาของ (Gray, 2001 cited in Giurgescu et al., 2006) ในสตรีครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนระดับต่ำ มีการใช้การเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขปัญหา ส่วนในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนระดับสูง มีการใช้การเผชิญความ

เครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์

ผลการศึกษารั้ครั้งนี้ได้ผลในทำนองเดียวกับ การศึกษาของของ Giurgescu et al. (2006) ที่พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญ ความเครียด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ และบุคลากร ทางสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรม การเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด

ก่อนกำหนด โดยการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และลดความรู้สึกไม่แน่นอน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด โดยเฉพาะปัจจัย การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอน
2. ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนา โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การเผชิญความเครียดใน สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. *Obstetrics and Gynecology*, 119(6), 1308.
- Chunpradub, P. (1995). *The Relationship between self-esteem, social support and coping behavior in high-risk pregnant women*. (Master thesis in maternal and child nursing), Graduate School, Mahidol University. (In Thai)
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., ... Sheffield, J. S. (2014). *Williams obstetrics* (24th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, M. C., & Bryant, F. B. (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nursing Research*, 55(5), 356-365.
- Guardino, C. M., & Schetter, C. D. (2014). Coping during pregnancy: A systematic review and recommendations. *Health Psychology Review*, 8(1), 70-94.
- Hamilton, J. G., & Lobel, M. (2008). Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the revised prenatal coping inventory in a diverse sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 97-104.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Jittrapirom, A., Chareonsanti, J., & Sriarporn, P. (2014). Pregnancy risk perception, uncertainty, and stress among gestational diabetic women. *Nursing Journal*, 41(1), 50-61. (In Thai).
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lyman, L. E., & Miller, M. A. (1992). Mother's and nurse's perception of the need of women experiencing preterm labor. *Journal of Obstetric Gynecology, and Neonatal Nursing*, 21(2), 126-136.

- Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: Efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing, 12*(2), 106-124.
doi:10.1177/1099800410375978
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research, 30*, 258-263.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 20*(4), 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 22*, 256-262.
- Mishel, M. H. (1997). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research, 15*(1), 57-80.
- Pochanart, A., Wonghongkul, T., & Sukonthason, A. (2013). Effect of supportive-educative nursing system on uncertainty in illness among newly diagnosed breast cancer patients. *Nursing Journal, 40*(3), 75-84. (In Thai)
- Rubarth, L. B., Schoening, A. M., Cosimano, A., & Sandhurst, H. (2012). Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 41*(3), 398-407. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01349.xA
- Simhan, H. M. (2016). Practice bulletin number 159, January 2016: Management of preterm labor. *Obstetrics & Gynecology, 127*(1), 29-38.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 23*, 145-149.
- White, M., & Ritchie, J. (1984). Psychological stressors in antepartum hospitalization: Reports from pregnant women. *Maternal-Child Nursing Journal, 13*(1), 47-56.
- Yali, A. M., & Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high-risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 20*, 39-52.
doi: 10.3109/01674829909075575