

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจ
คัดกรองเบาหวาน กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจ
คัดกรองเบาหวาน กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์

นางสาวกรองแก้ว ราชบุรี

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ อรพินธ์ เจริญผล

M.Ed.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล

D.N.S.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ นพ. บรรจง มไหสวริยะ

M.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี

D.N.S.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

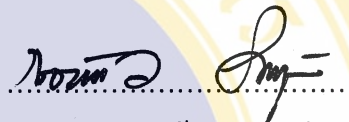
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน

กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด

วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550



นางสาวกรองแก้ว ราษฎร์ดี

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล

D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธักดิ์

D.N.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กัญญดา ประจุศิลป์

DNSc.

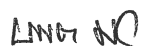
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ อรพินธ์ เจริญผล

M.Ed.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ นพ. บรรจง มไหสวริยะ

M.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์ นพ. รัชตะ รัชตะนาวิน

M.D.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ อรพินธ์ เจริญผล ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบวิทยานิพนธ์และให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ทั้งยังได้ให้ความรัก ความเมตตา และความห่วงใยซึ่งเป็นกำลังใจอันมีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธภักดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กัญญดา ประจุศิลป์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจแก้ไข ตลอดจนให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ดร. วิลาวัณย์ ดันวัฒนะพงษ์ อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชธานี ที่ได้ให้โอกาสแก่ผู้วิจัยในการลาศึกษาต่อและการทำวิจัยครั้งนี้และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณสตรีตั้งครรภ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ตลอดจนญาติพี่น้องทุกท่าน โดยเฉพาะคุณภานุพงศ์ มีนวล ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจให้เสมอมา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสิ้นสมบูรณ์

คุณประโยชน์อันเกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่ทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

กรองแก้ว ราษฎร์ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ (THE RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS, UNCERTAINTY DURING GLUCOSE SCREENING TEST FOR GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND COPING IN PREGNANT WOMEN)

กรองแก้ว ราษฎร์ดี 4536568 RAMN / M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: อรพินธ์ เจริญผล, M.Ed., ศรีสมร ภูมณสกุล, D.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2550 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 85 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน และแบบสอบถามการเผชิญความเครียด ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.251, p < .05$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับระดับการศึกษา ($r = -.153, p > .05$) และการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.085, p > .05, r = .133, p > .05$ และ $r = .124, p > .05$ ตามลำดับ)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ควรมีการประเมินระดับการศึกษาและระดับความรู้สึกไม่แน่นอนของสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานทุกราย เพื่อให้ข้อมูลและแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมกับระดับสติปัญญาของสตรีตั้งครรภ์และสามารถลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนลง นอกจากนี้พยาบาลควรมีการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการส่งเสริมให้บุคคลใกล้ชิด เช่นสามี หรือญาติ ให้มีส่วนร่วมช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในการลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานลง

คำสำคัญ: ความรู้สึกไม่แน่นอน / การเผชิญความเครียด / สตรีตั้งครรภ์

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS, UNCERTAINTY DURING GLUCOSE SCREENING TEST FOR GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND COPING IN PREGNANT WOMEN

KRONGKAEW RASTSADONDEE 4536568 RAMN / M

M.N.S. (MATERNITY AND NEWBORN NURSING)

THESIS ADVISOR: ORAPIN CHAREONPOL, M.Ed.,
SRISAMORN PHUMONSAKUL, D.N.S.

ABSTRACT

This descriptive correlation research was designed to investigate the relationships between selected factors such as level of education, social support and uncertainty during glucose screening test for gestational diabetes mellitus to coping in pregnant women. The study group consisted of pregnant women awaiting a glucose screening test for GDM at Sanpasithiprasong Hospital, Ubonratchathani, Thailand, from May to July, 2007. A total of 85 subjects were recruited by purposive sampling, and data were elicited using demographic questionnaires, the social support scale, uncertainty during glucose screening test for GDM questionnaires, and the Jalowiec coping scale.

The results revealed that social support had a statistically significant negative correlation with uncertainty ($r = -.251, p < .05$) but level of education had no correlation with uncertainty ($r = -.153, p > .05$). Also, there was no correlation between uncertainty and confrontive coping behaviors, emotive coping behaviors, and palliative coping behaviors ($r = -.085, p > .05, r = .133, p > .05$ and $r = .124, p > .05$ respectively).

The results of the study suggest that nurses who are the situational social support should assess the level of education and the pregnant women's uncertainty while waiting for GDM screening in order to provide information and resources appropriate to the cognitive capacities of the pregnant women, this could reduce uncertainty. Furthermore, nurses should encourage a pregnant woman's social network such as husband or relatives to take part in caregiving and help them reduce uncertainty during glucose screening test for GDM.

KEY WORD: UNCERTAINTY / COPING / PREGNANT WOMEN

127 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบทฤษฎีในการวิจัย	4
คำถามในการวิจัย	9
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	9
สมมติฐานการวิจัย	10
ขอบเขตในการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
นิยามคำศัพท์	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์	13
ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์	19
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์	25
การเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์	29
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	37
สถานที่ศึกษา	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	46
การวิเคราะห์ข้อมูล	46
บทที่ 4 ผลการวิจัย	48
บทที่ 5 อภิปรายผล	53
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	59
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	63
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	81
บรรณานุกรม	100
ภาคผนวก	109
ประวัติผู้วิจัย	127

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสตรีตั้งครรภ์จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	48
2. คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม	50
3. คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน	51
4. คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียด	51
5. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน และการเผชิญความเครียดจำแนกเป็นรายด้าน	52

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

1. รูปแบบของการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล
2. ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

หน้า

7

9



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus; GDM) เป็นความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate catabolism) ที่ตรวจพบครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (American Diabetes Association, 2000: 1; Cunningham, et al., 2001: 1359) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความชุกตั้งแต่ร้อยละ 1-15 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติและเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย ถ้าใช้เกณฑ์ของ National Diabetes Data Group (NDDG) พบว่ามีความชุกร้อยละ 2-3 ในประเทศไทยมีความชุกร้อยละ 2.1 แต่ถ้าใช้เกณฑ์ของ World Health Organization (WHO) พบว่ามีความชุกร้อยละ 15 ในประเทศไทยมีความชุกร้อยละ 15.7 (ธีระ ทองสง และชนนทร์ วานิกฤษ, 2541: 388; พญญ. พันธุ์บุรณะ, 2545: 82-83; Cunningham, et al., 2001: 1359-1381) และจากการสำรวจโรงพยาบาลในเขตจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มีการตรวจคัดกรองเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เรียกว่า Selective screening test ซึ่งจากการสำรวจบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ย้อนหลังของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 5,653 ราย (เดือนมกราคม 2546-เดือนธันวาคม 2548) พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 929 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.43 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทั้งหมด และพบอัตราความชุกของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 5.1 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานทั้งหมด (47 ราย ใน 929 ราย) (ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของ NDDG) ซึ่งถือว่ามีความชุกของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับที่สูง (แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี, 2549)

โรคเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดในสตรีตั้งครรภ์ (วินิต พัวประดิษฐ์, 2533: 163) ก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารก กล่าวคือ โรคเบาหวานทำให้สตรีตั้งครรภ์เสียชีวิตจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ในไตรมาสแรกและหลังคลอด หรือเกิดภาวะคีโตอะซิโดสิส (Ketoacidosis) ในไตรมาสที่สองและสาม (Gabbe & Hibard, 1989: 309) และยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สูงขึ้น เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension) การคลอดก่อนกำหนด (Premature labour) การ

ตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Hydramnios) การติดเชื้อ (Infection) การแท้งบุตร (Spontaneous abortion) และทารกในครรภ์มีภาวะตัวโต (Macrosomia) มีผลทำให้คลอดยากต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการเข้าช่วยทำให้มีการตกเลือดและติดเชื้อตามมาภายหลัง (Gabbe, et al., 1976: 549-551) ผลของโรคเบาหวานต่อทารกที่อาจจะเกิดขึ้นคือ ทารกตายในครรภ์ (Intrauterine fetal death) หรือทารกตายแรกเกิดสูงขึ้น (Neonatal death) ทารกมีความพิการแต่กำเนิด (Congenital malformation) มีกลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด (วินิต พัวประดิษฐ์, 2533: 166-167; Kitzmiller, et al., 1978: 560; Lemons, et al., 1981: 187) มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia) มีภาวะตัวเหลือง (Hyperbilirubinemia) และพบว่าพัฒนาการทางด้านสมองของทารกจะได้รับผลกระทบด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Overt diabetes) ประมาณร้อยละ 1-3 (American Diabetes Association, 2000: 1-176; Uvena-celebreeze & Catalano, 2000: 127-139)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และมีความรู้สึกไม่แน่นอนเพิ่มมากขึ้น (Johnson & Murphy, 1986: 177) เช่นเดียวกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก็จัดอยู่ในสถานการณ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สตรีตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้นและสตรีตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน ซึ่งส่วนหนึ่งในการรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน จะเกิดความคลุมเครือ สงสัย และไม่แน่ใจว่าจะเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ ดังนั้นการที่สตรีตั้งครรภ์ต้องรอตรวจคัดกรองเบาหวานโดยที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ว่าตนเองจะเป็นโรคเบาหวานหรือไม่นั้นอาจจะมีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตามความสามารถในการรับรู้หรือรู้คิดเพื่อพิจารณาตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์แต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลส่งเสริมความสามารถเหล่านี้คือ ระดับการศึกษา ซึ่งจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ให้ความหมายต่อสถานการณ์ได้ง่ายและรวดเร็ว กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถทำความเข้าใจและแปลความหมายของเหตุการณ์ได้เร็วกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Mishel, 1988: 227) ส่วนแหล่งประโยชน์ที่คอยช่วยเหลือที่สำคัญและมีส่วนช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทั้งสองที่กล่าวมาจะมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนที่สตรีตั้งครรภ์รับรู้จะนำไปสู่การประเมินตัดสินใจต่อสถานการณ์การรอตรวจคัดกรองเบาหวานในลักษณะที่เป็นความเครียด มีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องค้นหาหนทางในการเผชิญและจัดการเพื่อบรรเทา

ความเครียด หากสตรีตั้งครรภ์เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพอาจทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า โกรธ รู้สึกผิด เหนื่อยหน่าย สิ้นหวัง รวมทั้งรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ จะทำให้ละเลยในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์มากยิ่งขึ้น (Kemp & Hatmaker, 1989: 331-336)

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนมากเป็นการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง เช่น สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (อรพิน เกตุแก้วณี, 2541) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (เบญจวรรณ เอกะสิงห์, 2541) สตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดที่ไม่น่าพึงพอใจ เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูง คลอดทารกก่อนกำหนด หรือทารกตายในครรภ์ (Moore, 1983) สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน (York, et al., 1996) และสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (ปิยะเนตร กาญจนเจริญ, 2541; พรณี นุ่นประดับ, 2538; Clauson, 1996) เป็นต้น ซึ่งสตรีตั้งครรภ์เหล่านี้เป็นกลุ่มที่ทราบภาวะเสี่ยงที่ตนมีอยู่แล้ว ส่วนการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่รอผลการตรวจส่วนใหญ่จะเป็นการรอผลการตรวจชิ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัยมะเร็ง เช่น สตรีที่รอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อที่บริเวณเต้านม (มณฑา ลิ้มทองกุล, 2535) สตรีที่รอผลการตรวจชิ้นเนื้อภายหลังการผ่าตัดเนื้องอกของอวัยวะสืบพันธุ์ (มนชยา ปิ่นทอง, 2547) สตรีที่มีก้อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ (หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541) และสตรีที่มีก้อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัย (วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล, 2541) เป็นต้น ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์และกำลังอยู่ระหว่างการรักษายังจะแตกต่างจากความรู้สึกไม่แน่นอนของสตรีที่อยู่ในระยะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานด้วย ดังนั้นการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม จึงมีความจำเป็นเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้ายังไม่พบการศึกษาถึงความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพในโอกาสต่อไป

กรอบทฤษฎีในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล (Mishel, 1983: 324-330; 1988: 225-232; 1990: 256-262) และกรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ ลาซารัสและฟอล์กแมน (Folkman & Lazarus, 1988: 2-3; Lazarus & Folkman, 1984: 85-95; 1984b: 141-142) กล่าวคือ

ความรู้สึกลึกไม่แน่นอน (Uncertainty) หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถคาดการณ์หรือทำนายเหตุการณ์ในอนาคตว่าจะมีอันตรายต่อความเป็นอยู่และชีวิตของตนหรือไม่ ความรู้สึกไม่แน่นอนแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย (Ambiguity) 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ (Inconsistency of the information) และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ (Unpredictability)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกลึกไม่แน่นอน ได้แก่ รูปแบบของสิ่งกระตุ้น ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ และแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้ จะเป็นแหล่งข้อมูลที่บุคคลใช้ในการแปลความหมายเหตุการณ์ความเจ็บป่วย (Mishel, 1988: 225-232)

1. รูปแบบของสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) หมายถึง โครงสร้างและรูปแบบของสิ่งกระตุ้นที่บุคคลรับรู้ ประกอบด้วย แบบแผนของอาการแสดง (Symptom pattern) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event familiarity) และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เคยประสบ (Event congruence) รูปแบบของสิ่งกระตุ้นทั้ง 3 ส่วนนี้มีผลกระทบโดยตรงต่อความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ถ้ารูปแบบของสิ่งกระตุ้นเป็นไปในทางที่ดีก็จะช่วยลดความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลง แต่ถ้ารูปแบบของสิ่งกระตุ้นไม่เป็นไปในทางที่ดีก็จะเพิ่มความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้มากขึ้น

2. ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ (Cognitive capacity) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลข่าวสารเพื่อพิจารณาตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจมีผลทางอ้อมต่อความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยผ่านรูปแบบของสิ่งกระตุ้น

3. แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ (Structure provider) หมายถึง ความพร้อมของแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยบุคคลในการแปลและให้ความหมายต่อองค์ประกอบของสิ่งกระตุ้นนั้น ๆ ประกอบด้วย ระดับการศึกษา (Education) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social

support) และบุคลากรทางสุขภาพที่ผู้ป่วยเชื่อถือ (Credible authority) แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือมีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การที่สตรีตั้งครรถ์รอตรวจคัดกรองเบาหวานถือว่าเป็นรูปแบบของสิ่งกระตุ้นที่เข้าสู่การรับรู้ของสตรีตั้งครรถ์ ซึ่งสตรีตั้งครรถ์ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมาก่อน ดังนั้นสตรีตั้งครรถ์จึงไม่สามารถสร้างความชัดเจนและระบุความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจะมีวิธีการเผชิญที่แตกต่างกัน เพราะให้ความหมายของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนแตกต่างกันตามกระบวนการประเมินสถานการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนของแต่ละบุคคล โดยระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรถ์สามารถบอกให้ทราบถึงระดับความสามารถทางการคิดเพื่อประมวลข้อมูลและแปลผล ให้ความหมายต่อเหตุการณ์ และยังเป็นแหล่งสนับสนุนภายในตัวสตรีตั้งครรถ์ที่จะช่วยให้สามารถตัดสินใจและให้คุณค่าต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ภายนอกที่คอยช่วยเหลือสตรีตั้งครรถ์ในการแปลความหมายของเหตุการณ์ ตลอดจนการได้มีโอกาสปรึกษาหารือ ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสร้างกรอบแบบแผนความนึกคิดได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้สตรีตั้งครรถ์เข้าใจรูปแบบของสิ่งกระตุ้นได้ชัดเจนมากขึ้น

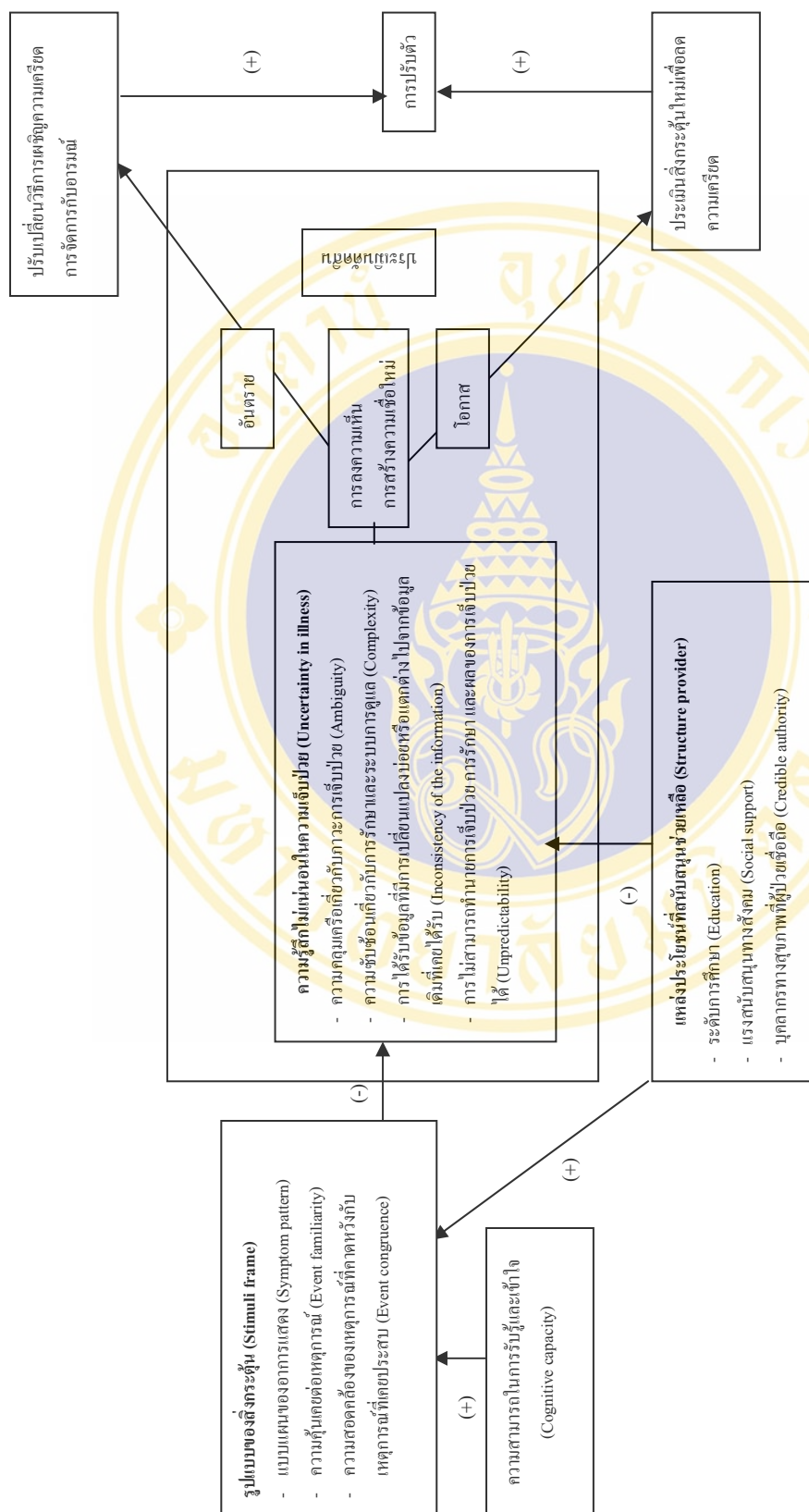
เมื่อพิจารณาสถานการณ์เกี่ยวกับการรอตรวจคัดกรองเบาหวานทำให้สตรีตั้งครรถ์จะต้องประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน กระบวนการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ มิเชล (Mishel, 1988: 228-231; 1990: 256) ประกอบด้วย การลงความเห็น (Inference) เป็นการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่ตนเคยประสบมา และการสร้างความเชื่อใหม่ (Illusion) เป็นการสร้างรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยให้เป็นไปในทางที่ดีหรือทางที่ตนต้องการเพื่อให้เกิดความหวังและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าหรือให้อยู่ห่างไกลจากภาวะคุกคามจากความเจ็บป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อการลงความเห็นและการสร้างความเชื่อใหม่นั้นจะขึ้นกับบุคลิกภาพและลักษณะส่วนตัวของบุคคล ระดับสติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ และบริบทของเหตุการณ์นั้น ๆ รวมทั้งแหล่งประโยชน์ทางสังคม และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ปัจจัยที่กล่าวมานี้จะมีผลต่อการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งให้ผลลัพธ์ 2 ด้าน คือ

1. การประเมินตัดสินใจว่าเป็นโอกาส (Opportunity appraisal) เป็นผลจากการประเมินตัดสินใจว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นทางเลือกที่ให้โอกาสที่ดีแก่ตนเองในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียด หรือเลือกที่จะอยู่กับความไม่แน่นอน หรืออาจเป็นผลจากการสร้างความเชื่อในด้านดีเพื่อให้เกิดความหวังและความมีคุณค่าในตนเอง (Mishel, 1988: 228-231, 1990: 256) หรือเป็นผล

จากการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นสถานการณ์ที่ท้าทาย หรือการมองโลกในแง่ดี ส่วนใหญ่ผู้ที่ประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาสมักจะเป็นผู้ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับต่ำและมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ดี

2. การประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย (Danger appraisal) เป็นผลจากการประเมินตัดสินว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Mishel, 1990: 256) คุกคามความผาสุกของชีวิต มีทางเลือกจำกัด ไม่ปลอดภัย มีความเสี่ยงสูง และอยู่ในภาวะที่หมดหนทางช่วยเหลือ (Hilton, 1992: 70) หรือมีความหวังน้อย (Christman, 1990: 17-20) ส่วนใหญ่ผู้ที่ประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตรายมักจะเป็นผู้ที่มีความเครียดสูง หรืออยู่ในภาวะซึมเศร้า มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี หรือเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกระทบกันและเป็นเหตุการณ์ใหม่ หรือเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ ทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับสูง (Bailey & Nielsen, 1993: 63-67; Mishel & Sorenson, 1991: 170; Mishel, et al., 1991: 238; Wineman, et al., 1984: 192-193)

ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนย่อมมีวิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับ การประเมินตัดสินของแต่ละบุคคลว่าเป็นอันตรายหรือเป็นโอกาส หากประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย การเผชิญความเครียดจะใช้เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนและจัดการกับอารมณ์มี 2 วิธี คือ 1) การปรับเปลี่ยนวิธีในการเผชิญกับปัญหา ได้แก่ การเผชิญโดยตรงในการแก้ปัญหา มีความระมัดระวังในการเผชิญกับปัญหา และมีการค้นหาข้อมูล และ 2) การจัดการกับอารมณ์ ใช้เพื่อจัดการกับการตอบสนองทางอารมณ์โดยเฉพาะความวิตกกังวล เมื่อบุคคลเชื่อว่าไม่มีวิธีใดจะสามารถจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นได้ ได้แก่ การใช้ความศรัทธาหรือศาสนาเข้ามามีส่วนช่วย โดยเชื่อมั่นในสิ่งที่ตนยึดเหนี่ยว ไม่สนใจต่อสิ่งที่มากระทบ แสวงหาการสนับสนุนทางด้านความคิด และหาเหตุผลให้กับความคิดของตนเอง แต่หากประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาสมักจะใช้การเผชิญปัญหาโดยการสกัดกั้นสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดความเครียดใหม่ หรือการปรับเปลี่ยนการประเมินสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดในมุมมองใหม่ว่าเป็นโอกาส เพื่อลดผลกระทบจากความเครียดนั้น ได้แก่ การใช้วิธีการหลีกเลี่ยง ไม่สนใจ เลือกที่จะสนใจในบางสิ่งบางอย่าง จัดความสำคัญใหม่ และประเมินความรุนแรงให้เบาลง เมื่อบุคคลสามารถใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะสามารถปรับตัวได้ดี ซึ่งจะเป็นการปรับเปลี่ยนทางจิตสังคม คุณภาพชีวิต และสุขภาพ (Mishel, 1988: 229-231) โดยรูปแบบของทฤษฎีดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบของการรับรู้ความรู้สึกลึกซึ้งไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (ดัดแปลงมาจาก Mishel, 1990: 257)

การเผชิญความเครียด (Coping) หมายถึง ความพยายามทางด้านความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลใช้จัดการกับความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล (Folkman & Lazarus, 1988: 2-3; Lazarus & Folkman, 1984: 85-95; 1984b: 141-142)

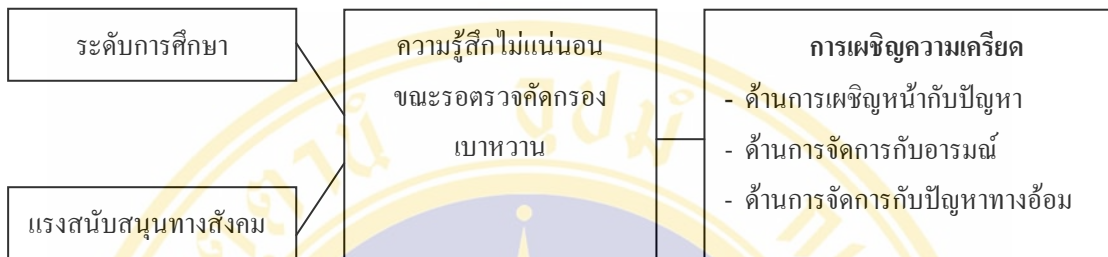
การเผชิญความเครียดแต่ละครั้ง บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันออกไป ซึ่งสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมักถูกประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอันตราย ไม่สามารถทำนายผลที่จะเกิดขึ้นได้ชัดเจน และเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนจึงถูกประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด บุคคลจึงใช้วิธีเผชิญความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนดังนี้ (Folkman & Lazarus, 1985 cited in Mishel & Sorenson, 1993)

1. การเผชิญที่มุ่งเน้นด้านอารมณ์ (Emotional focus coping) เป็นวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Avoidance coping) การกล่าวโทษตนเอง (Blamed-self coping) และการคิดอย่างมีความหวัง (Wishful-thinking coping)
2. การเผชิญที่มุ่งจัดการกับปัญหา (Problem focus coping) เป็นวิธีการที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบด้วย การเผชิญกับปัญหาโดยตรง (Direct action) การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Seeks-social-support coping) และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Tangible aid from another person)

จากการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ภายใต้กรอบแนวคิดการเผชิญความเครียดของ ลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) พบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดมี 3 ลักษณะ คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม มีรายละเอียดดังนี้

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping behaviors) หมายถึง การมุ่งที่จะควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดี โดยการพยายามหาวิธีต่าง ๆ ในการควบคุมปัญหา อาจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่
2. การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping behaviors) หมายถึง การแก้ปัญหหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ โดยที่สถานการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง
3. การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative or passive coping behaviors) หมายถึง การแก้ปัญหโดยการควบคุมสถานการณ์และคิดหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหา โดยที่สถานการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

จากกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีดังกล่าว สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียด รวมทั้งปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

คำถามในการวิจัย

1. แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน และการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์หรือไม่
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์หรือไม่

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน และการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์
2. ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์

ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบสหสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 85 ราย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางในการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาลเพื่อดูแลสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน เพื่อให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับความต้องการของสตรีตั้งครรภ์
3. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องหรือในประชากรกลุ่มอื่นต่อไป

นิยามคำศัพท์

ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน หมายถึง ความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานเมื่อไม่สามารถคาดการณ์หรือทำนายเหตุการณ์ในอนาคตว่าจะมีอันตรายต่อความเป็นอยู่และชีวิตของตนหรือไม่ ความรู้สึกไม่แน่นอนแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล

3) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล (Mishel, 1981) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ (2533) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมาก แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานอยู่ในระดับสูง และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ด้านใดมาก แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในด้านนั้นสูง

การเผชิญความเครียด หมายถึง ความพยายามทางด้านความคิดและพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้จัดการกับความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน การเผชิญความเครียดแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 2) ด้านการจัดการกับอารมณ์ และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิธยา สุทธยากร (2531) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ด้านใดมาก แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านนั้นบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีที่สตรีตั้งครรภ์ใช้ในการศึกษาจนสอบผ่านและได้รับวุฒิกการศึกษาสูงสุด โดยเริ่มนับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ข้อมูลได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ถึงความช่วยเหลือสนับสนุนที่ได้รับจากสามี บุตร บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ ใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านข้อมูล 2) ด้านอารมณ์ และ 3) ด้านสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือในเรื่องของการใช้สิทธิการรักษาต่างๆ และการบริการ ประเมินโดยใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire Part II; SSQ Part II) ของ เชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) โดยข้อคำถามถึงปริมาณการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในแต่ละแหล่ง แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมแต่ละแหล่งประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมาก แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ได้รับ

แรงสนับสนุนทางสังคมสูง และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ด้านใดมาก แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นสูง

สตรีตั้งครรภ์ที่รอตรวจคัดกรองเบาหวาน หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองเบื้องต้นว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และนัดมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานเมื่ออายุครรภ์ครบ 24-28 สัปดาห์ หรือในอีก 1 เดือนต่อมาหลังจากตรวจพบว่ามีปัจจัยเสี่ยง ข้อมูลได้จากเวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์ การเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus; GDM) หมายถึง ความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate catabolism) ที่ตรวจพบครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (American Diabetes Association, 2000: 1; Cunningham, et al., 2001: 1359)

โรคเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดในสตรีตั้งครรภ์ (วินิต พัวประดิษฐ์, 2533: 163) ซึ่งพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 90 เป็นชนิด GDM และน้อยกว่าร้อยละ 10 เป็นชนิด Pregestational diabetes ความชุกของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 1-15 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติและเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย ถ้าใช้เกณฑ์ของ National Diabetes Data Group (NDDG) พบว่ามีความชุกร้อยละ 2-3 ในประเทศไทยมีความชุกร้อยละ 2.1 ถ้าใช้เกณฑ์ของ World Health Organization (WHO) พบว่ามีความชุกร้อยละ 15 ในประเทศไทยพบร้อยละ 15.7 (ธีระ ทองสง และ ชนินทร์ วนาภิรักษ์, 2541: 388; พัญญู พันธุ์บุรณะ, 2545: 82-83; Cunningham, et al., 2001: 1359-1381) จากการสำรวจของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2540 พบว่าสตรีตั้งครรภ์เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 2-6 ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด และจากการสำรวจบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ย้อนหลังของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีจำนวน 5,653 ราย (เดือนมกราคม 2546-เดือนธันวาคม 2548) พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานด้วยวิธี 50 gram glucose challenge test จำนวน 929 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.43 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์

ทั้งหมดและพบว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 5.1 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานทั้งหมด (47 รายใน 929 ราย) (ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของ NDDG) ซึ่งถือว่ามีความชุกของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับที่สูง (แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี, 2549)

โรคเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์ ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สูงขึ้น ดังนี้

1. อัตราการตายของมารดาเพิ่มขึ้น (Maternal mortality) สาเหตุเกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในไตรมาสแรกและหลังคลอด หรือเกิดภาวะคีโตอะซิโดสิสในไตรมาสที่สองและสาม (Gabbé & Hibard, 1989: 309) ตลอดจนผลจากการคลอดยากต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการทำให้มีภาวะตกเลือดและติดเชื้อตามมาภายหลัง (Gabbé, et al., 1976: 549-551) โดยเฉพาะในรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีจะมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงร้อยละ 40-50 (Coustan & Felig, 1988: 45-46; Cunningham, et al., 1993: 1202) และในกรณีที่เป็นโรคเบาหวานรุนแรงจะมีพยาธิสภาพของหลอดเลือดทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น (Cunningham, et al., 1993: 1202)

2. ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension) พบว่าอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานสูงเป็น 4 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ปกติ และมักจะเกิดในไตรมาสที่สองเป็นต้นไป มารดาที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีอัตราการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น 20 เท่า (Garner, 1995: 157, 346; Garner, et al., 1997: 177, 190 อ้างใน พญญ. พันธุ์บุรณะ, 2545: 83)

3. ครรภ์แฝดน้ำ (Hydramnios) สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อกันว่าจะเกิดจากทารกปัสสาวะมากอันเป็นผลจากการมีระดับน้ำตาลมากในกระแสเลือดของทารก (Osmotic diuresis) (American Diabetes Association, 2000: 1-176)

4. การติดเชื้อ (Infection) สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานจะติดเชื้อได้ง่ายกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติถึง 3 เท่า โดยเฉพาะการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะพบได้ร้อยละ 20 ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน (American Diabetes Association, 2000: 1-176)

5. การคลอดยากและอันตรายต่อช่องทางคลอด เนื่องจากทารกตัวใหญ่กว่าปกติทำให้คลอดลำบากและต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วย (American Diabetes Association, 2000: 1-176)

6. การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum haemorrhage) เนื่องจากทารกตัวใหญ่ มีภาวะน้ำตาลมากกว่าปกติ รวมทั้งการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี ตลอดจนการฉีกขาดของช่องทางคลอดจากการคลอดลำบากและต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วย (American Diabetes Association, 2000: 1-176)

7. การคลอดก่อนกำหนด (Premature labour) อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น Pregestational diabetes พบประมาณร้อยละ 9 ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์ปกติมีอุบัติการณ์ร้อยละ 4.5 แต่อย่างไรก็ตาม การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดแต่จะสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น การติดเชื้อและภาวะน้ำคร่ำมาก เป็นต้น (Sibai, et al., 2000: 364)

8. การแท้งบุตร (Spontaneous abortion) สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานมีอัตราการแท้งบุตรสูงถึงร้อยละ 10.9-12.7 (Huisjes & Lind, 1990: 149) และพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินมีอัตราการแท้งบุตรสูงสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีในระยะเริ่มตั้งครรภ์ (Reece, et al., 1992: 1004)

สำหรับผลกระทบของโรคเบาหวานต่อทารกในครรภ์ขึ้นอยู่กับภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดของมารดา โดยพบว่าทารกในครรภ์มีภาวะต่อไปนี้

1. ทารกมีความพิการแต่กำเนิด (Congenital malformation) อุบัติการณ์การเกิดความพิการแต่กำเนิดเนื่องจากโรคเบาหวานพบประมาณร้อยละ 6-10 ความพิการแต่กำเนิดมักเกิดในช่วงระยะแรกของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะเกิดก่อนอายุครรภ์ 8 สัปดาห์ (Greene, et al., 1989: 224-231 อ้างใน พญญ. พันธุ์บุรณะ, 2545: 88)

2. ทารกตายในครรภ์ (Intrauterine fetal death) พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อกันว่าจะเกิดจากมารดามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ฮีโมโกลบินปล่อยออกซิเจนน้อย (Shift to the left of oxyhemoglobin dissociation curve) ทารกในครรภ์จึงเกิดภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง เกิดภาวะ acidosis และ PCO_2 เพิ่มขึ้น และพบว่าภาวะที่มีอินซูลินสูงทารกจะมีอัตราเมตาบอลิก (Metabolic) เพิ่มขึ้น อัตราการใช้ออกซิเจนจึงเพิ่มขึ้น ทารกในครรภ์ที่มีปริมาณออกซิเจนจำกัดอยู่แล้วจึงมักเสียชีวิต (American Diabetes Association, 2000: 1-176; Uvena-celebrazze & Catalano, 2000: 127-139)

3. ทารกตายแรกเกิดหรือทารกตายปริกำเนิด (Neonatal death) มีสาเหตุจากการคลอดก่อนกำหนดหรือทารกมีความพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท การบาดเจ็บจากการคลอด ภาวะขาดออกซิเจน และการติดเชื้อหลังคลอด (Buckley & Kulb, 1990: 109)

4. ทารกมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ (Macrosomia) เป็นภาวะที่ทารกมีน้ำหนักตัวแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม หรือมากกว่า 90 เปอร์เซนต์ไทล์ของอายุครรภ์นั้น ๆ พบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 50 โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่ควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดี (American Diabetes

Association, 2000: 1-176; Persin & Hanson, 1998: 1379-1383; Uvena-celebrezze & Catalono, 2000: 127-139)

5. ภาวะไหล่ติด (Shoulder dystocia) พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 0.2-2.8 ของการคลอดในประชากรทั่วไป แต่สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3-9 ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าการเจริญของทารกในมารดาที่เป็นโรคเบาหวานมักจะมีการเจริญของบริเวณทรวงอกและหัวไหล่มากกว่าปกติจึงมักเกิดภาวะนี้ขึ้น (American Diabetes Association, 2000: 1-176; Uvena-celebrezze & Catalono, 2000: 127-139)

6. กลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานจะเพิ่มภาวะเสี่ยงของการเกิดภาวะปอดเจริญไม่เต็มที่ของทารก (Pulmonary immaturity) กลไกการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัดแต่คาดว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและระดับอินซูลินในเลือดของทารกที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นสาเหตุให้การเจริญของปอดล่าช้าได้ ภาวะนี้พบมากขึ้นในทารกที่มารดาเป็นโรคเบาหวาน พบร้อยละ 5.6 จนกระทั่งเมื่ออายุครรภ์ 38.5 สัปดาห์ อุบัติการณ์ของการเกิดอาการหายใจลำบากจะลดลงเท่าการตั้งครรภ์ปกติ (American Diabetes Association, 2000: 1-176; Uvena-celebrezze & Catalono, 2000: 127-139)

7. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) คือ ภาวะที่ทารกแรกเกิดมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 35-40 มิลลิกรัม / เดซิลิตร ทารกที่คลอดครบกำหนดในมารดาปกติภายใน 12 ชั่วโมงแรกหลังคลอดพบว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำประมาณร้อยละ 0.5-4 แต่จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30-50 ในทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นโรคเบาหวาน (American Diabetes Association, 2000: 1-176; Uvena-celebrezze & Catalono, 2000: 127-139)

8. ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia) คือ ภาวะที่มีระดับแคลเซียมในเลือด (total serum calcium) ต่ำกว่า 7 mg. % หรือ ionized calcium ต่ำกว่า 3 mg. % ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 50 ของมารดาที่เป็นโรคเบาหวาน สาเหตุเกิดจากเมื่อทารกเกิดและถูกตัดสายสะดือระดับแคลเซียมจากมารดาจะลดลง ในทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นโรคเบาหวานจะผลิตฮอร์โมนพาราไธรอยด์ลดลง ทำให้ไม่สามารถชดเชยกับระดับแคลเซียมที่ลดลงได้ทัน (American Diabetes Association, 2000: 1-176; Uvena-celebrezze & Catalono, 2000: 127-139)

9. ภาวะตัวเหลือง (Hyperbilirubinemia) คือ ภาวะที่มีบิลิรูบิน (Bilirubin) ในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 13 mg. % ซึ่งพบได้ร้อยละ 20 ในทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นโรคเบาหวาน สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจเกิดจากภาวะ polycythemia และภาวะ immature bilirubin conjugation system ของทารกเอง (American Diabetes Association, 2000: 1-176)

10. ภาวะ Polycythemia คือ ภาวะที่ความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65 โดยปกติทารกจะมีความเข้มข้นของเลือดตั้งแต่ร้อยละ 55-60 จากการศึกษพบว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นโรคเบาหวานมีภาวะนี้ร้อยละ 30 ในขณะที่ทารกซึ่งคลอดจากมารดาปกติพบภาวะนี้ร้อยละ 6 สาเหตุเกิดจากภาวะที่มีออกซิเจนในมดลูกน้อยทารกจึงต้องการเม็ดเลือดแดงจำนวนมากในการนำออกซิเจน (American Diabetes Association, 2000: 1-176; Uvena-celebrezze & Catalono, 2000: 127-139)

11. Long term cognitive development พบว่าพัฒนาการทางด้านสมองของทารกจะได้รับผลกระทบด้วย โดยทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นโรคเบาหวานจะมีพัฒนาการในการเรียนรู้ช้ากว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่ตั้งครรภ์ปกติ (American Diabetes Association, 2000: 1-176; Uvena-celebrezze & Catalono, 2000: 127-139)

12. โรคเบาหวาน พบว่าลูกของมารดาที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ประมาณร้อยละ 1-3 ถ้าบิดาเป็นโรคเบาหวาน ทารกมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 6 แต่ถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคเบาหวาน ทารกมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 20 (American Diabetes Association, 2000: 1-176; Uvena-celebrezze & Catalono, 2000: 127-139)

การตรวจคัดกรองเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และให้การดูแลรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้นต่อมารดาและทารกได้ (ธีระ ทองสง และชนนทร์ วานิชรักษ์, 2541: 387) ซึ่งวิธีการตรวจคัดกรองจะอาศัยประวัติของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยวิธี 50 gram glucose challenge test ในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ เมื่อพบว่าค่า 50 gram glucose challenge test ผิดปกติให้ตรวจยืนยันด้วยการตรวจจำเพาะโดยวิธี 100 gram oral glucose tolerance test ในอีก 1 สัปดาห์ (ปัญญา พันธุ์บุรณะ, 2545: 80-82)

การตรวจคัดกรองเบาหวานควรทำในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้แก่ (The expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus, 1997: 1183-1197; Xiong, et al., 2001: 221-228)

1. มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะญาติที่ใกล้ชิด (สายตรง)
2. อายุมากกว่า 35 ปี
3. มีความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ หรือมีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
4. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ที่แล้ว

5. น้ำหนักมากกว่า 90 กิโลกรัม หรือมากกว่า ideal body weight ร้อยละ 20
6. มีประวัติเคยคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม
7. มีประวัติลูกเสียชีวิตในครรภ์ เสียชีวิตขณะคลอด หรือหลังคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ
8. มีประวัติทารกพิการแต่กำเนิด
9. ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะติดต่อกัน 2 ครั้ง ในระหว่างมาตรวจครรภ์
10. มีประวัติตั้งครรภ์แฝดน้ำ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่นิยมใช้ในการตรวจคัดกรองเบาหวานมี 2 วิธี ดังนี้

1. การตรวจคัดกรองโดยวิธี 50 gram glucose challenge test (GCT) สามารถตรวจได้ทันทีโดยไม่ต้องงดอาหาร ตรวจในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ โดยวัดระดับน้ำตาลในเลือด 1 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล 50 กรัม ถ้าพบว่าค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิกรัม / เดซิลิตร แสดงว่าผิดปกติให้ตรวจยืนยันด้วยการตรวจจำเพาะโดยวิธี 100 gram oral glucose tolerance test ต่อไป แต่ถ้าผลการตรวจคัดกรองพบว่าปกติในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ควรตรวจคัดกรองซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (American Diabetes Association, 2000: 1-176; Cunningham, et al., 2001: 1359-1381)
2. การตรวจจำเพาะโดยวิธี 100 gram oral glucose tolerance test (OGTT) การตรวจวิธีนี้ต้องมีการเตรียมสตรีตั้งครรภ์ให้รับประทานอาหารที่มีปริมาณคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) อย่างน้อยวันละ 300 กรัม เป็นเวลา 3 วัน เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะขาดอาหาร และงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ก่อนเจาะเลือดวัดระดับน้ำตาลครั้งที่ 1 แล้วให้สตรีตั้งครรภ์ดื่มน้ำตาล 100 กรัม หลังจากนั้นเจาะเลือดวัดระดับน้ำตาลอีก 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 ชั่วโมง ในขณะที่ตรวจสตรีตั้งครรภ์ควรนั่งพักเฉย ๆ งดสูบบุหรี่ งดรับประทานอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิด ยกเว้นน้ำเปล่า ถ้าพบว่าระดับน้ำตาลผิดปกติ 2 ค่า หรือมากกว่า แสดงว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ถ้าระดับน้ำตาลผิดปกติ 1 ค่า ควรตรวจจำเพาะซ้ำภายใน 1 เดือน (American Diabetes Association, 2000: 1-176; Cunningham, et al., 2001: 1359-1381)

การวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานอ้างอิงตามข้อกำหนดของ National Diabetes Data Group ค่าปกติของระดับน้ำตาลในเลือดแสดงดังในตาราง (National Diabetes Data Group, 1979)

ตาราง แสดงค่าปกติของ 100 gm OGTT

วิธีทำ	National Diabetes Data Group (NDDG) ค.ศ.1979 (พลาสมา) mg. % (มิลลิโมล / ลิตร)
อดอาหาร (Fasting)	105 (5.8)
1 ชั่วโมง	190 (10.6)
2 ชั่วโมง	165 (8.2)
3 ชั่วโมง	145 (8.1)

การวิจัยครั้งนี้พิจารณาตรวจคัดกรองเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์เฉพาะในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเรียกว่า Selective screening test (Cunningham, et al., 2001: 1359-1381; Xiong, et al., 2001: 221-228) ในครั้งแรกที่สตรีตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจหาภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ โดยเฉพาะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์มารับการตรวจคัดกรองเบาหวานเมื่ออายุครรภ์ครบ 24-28 สัปดาห์ พร้อมทั้งจะอธิบายให้สตรีตั้งครรภ์ทราบเกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดาและทารก เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญที่ต้องมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานตามเวลานัดหมาย การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพตั้งแต่เริ่มแรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์จะทำให้สตรีตั้งครรภ์ทราบว่าตนมีปัจจัยเสี่ยงและต้องเข้ารับการทดสอบถึงระดับความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งจะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่ใจและวิตกกังวลต่อผลการตรวจคัดกรองเบาหวานที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนมีพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน

ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์

ความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถคาดการณ์หรือทำนายเหตุการณ์ในอนาคตว่าจะมีอันตรายต่อความเป็นอยู่และชีวิตของตนหรือไม่ (Mishel, 1981: 258, 1988: 225, 1990: 256) ความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้นเมื่อบุคคลตกอยู่ในสถานการณ์ที่คลุมเครือและมีความซับซ้อนของเหตุการณ์ ซึ่งการไม่ทราบถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นทำให้บุคคลเกิดความสับสนในการประเมินตัดสินใจและความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง (Lazarus & Folkman, 1984: 85-95; Lazarus & Launier, 1978) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือ

เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้

เมื่อพิจารณาสถานการณ์เกี่ยวกับการรอตตรวจคัดกรองเบาหวานทำให้สตรีตั้งครรภ์จะต้องประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตตรวจคัดกรองเบาหวาน กระบวนการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนตามทฤษฎีของ มิเชล (Mishel, 1988: 228-231; 1990: 256) ประกอบด้วย 1) การลงความเห็น (Inference) เป็นการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่ตนเคยประสบมา และ 2) การสร้างความเชื่อใหม่ (Illusion) เป็นการสร้างรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยให้เป็นไปในทางที่ดีหรือทางที่ตนต้องการ เพื่อให้เกิดความหวังและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า หรือให้อยู่ห่างไกลจากภาวะคุกคามจากความเจ็บป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อการลงความเห็นและการสร้างความเชื่อใหม่นั้นจะขึ้นกับบุคลิกภาพและลักษณะส่วนตัวของบุคคล ระดับสติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ และบริบทของเหตุการณ์นั้น ๆ รวมทั้งแหล่งประโยชน์ทางสังคม และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ปัจจัยที่กล่าวมานี้จะมีผลต่อการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งให้ผลลัพธ์ 2 ด้าน คือ

1. การประเมินตัดสินใจเป็นโอกาส (Opportunity appraisal) เป็นผลจากการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นทางเลือกที่ให้โอกาสที่ดีแก่ตนเองในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียด หรือเลือกที่จะอยู่กับความไม่แน่นอน หรืออาจเป็นผลจากการสร้างความเชื่อในด้านดีเพื่อให้เกิดความหวังและความมีคุณค่าในตนเอง (Mishel, 1988: 228-231, 1990: 256) หรือเป็นผลจากการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นสถานการณ์ที่ท้าทาย หรือการมองโลกในแง่ดี ส่วนใหญ่ผู้ที่ประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาสมักจะเป็นผู้ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับต่ำและมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ดี

2. การประเมินตัดสินใจเป็นอันตราย (Danger appraisal) เป็นผลจากการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Mishel, 1990: 256) คุกคามความผาสุกของชีวิต มีทางเลือกจำกัด ไม่ปลอดภัย มีความเสี่ยงสูง และอยู่ในภาวะที่หมดหนทางช่วยเหลือ (Hilton, 1992: 70) หรือมีความหวังน้อย (Christman, 1990: 17-20) ส่วนใหญ่ผู้ที่ประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตรายมักจะเป็นผู้ที่มีความเครียดสูง หรือเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและเป็นเหตุการณ์ใหม่ หรือเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและไม่สามารถทำนายถึงผลลัพธ์ได้ ทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง (Bailey & Nielsen, 1993: 63-67; Mishel & Sorenson, 1991: 170; Mishel, et al., 1991: 238; Wineman, et al., 1984: 192-193)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ได้แก่ รูปแบบของสิ่งกระตุ้น ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ และแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้ จะเป็นแหล่งข้อมูลที่บุคคลใช้ในการแปลความหมายเหตุการณ์ความเจ็บป่วย (Mishel, 1988: 225-232) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. รูปแบบของสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) หมายถึง โครงสร้างและรูปแบบของสิ่งกระตุ้นที่บุคคลรับรู้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบแผนของอาการแสดง ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เคยประสบ ส่วนประกอบทั้ง 3 นี้ จะช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอน ดังนี้

1.1 แบบแผนของอาการแสดง (Symptom pattern) หมายถึง ระดับความต่อเนื่องและความรุนแรงของอาการที่ก่อให้เกิดการรับรู้และให้ความหมาย โดยหากสถานการณ์หรือโรคที่ต้องเผชิญมีความรุนแรงผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน

1.2 ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event familiarity) หมายถึง ระดับความจำหรือความเคยชินที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ๆ เมื่อบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์บุคคลจะเกิดการรับรู้และให้ความหมายได้ ซึ่งความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์และประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เคยประสบ (Event congruence) หมายถึง ความเกี่ยวเนื่องของสิ่งที่คาดหมายกับสิ่งที่เคยประสบมา หากทั้งสองอย่างไม่สอดคล้องกันจะทำให้เกิดคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับผลและความคงที่ของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดจากความไม่สอดคล้องนี้เป็นผลมาจากความคาดหวังของการรักษาถูกทำลาย โดยอาจเกิดจากการกลับเป็นซ้ำของโรคที่ไม่เคยคาดหวังมาก่อน

2. ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ (Cognitive capacity) หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลต่อการแปลข้อมูลข่าวสารเพื่อพิจารณาตัดสินใจเหตุการณ์นั้น ๆ และมีผลช่วยให้บุคคลใช้ความรู้ในการประเมินสถานการณ์ เกิดความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง ช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง

3. แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ (Structure provider) หมายถึง ความพร้อมของแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยบุคคลในการแปลและให้ความหมายต่อองค์ประกอบของสิ่งกระตุ้นนั้น ๆ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และบุคลากรทางสุขภาพที่ผู้ป่วยเชื่อถือ

3.1 ระดับการศึกษา (Education) ช่วยบุคคลให้เข้าใจ รับรู้เกี่ยวกับโรค และแผนการรักษาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ส่งผลให้สามารถให้ความหมายกับสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง บุคคลสามารถใช้ข้อมูลและความรู้ที่ตนมีในการวิเคราะห์องค์ประกอบของสิ่งกระตุ้น ซึ่งช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้เช่นกัน บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะใช้เวลาในการให้ความหมายต่อเหตุการณ์น้อยกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

3.2 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) สามารถป้องกันหรือช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนโดยการช่วยสนับสนุนในแง่ของการให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยให้เกิดความกระจ่างต่อเหตุการณ์ด้วยการพูดคุยและให้คำปรึกษา การที่บุคคลได้รับการปฏิสัมพันธ์ในเชิงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้เกิดกระบวนการรับรู้ที่ถูกต้อง

3.3 บุคลากรทางสุขภาพที่ผู้ป่วยเชื่อถือ (Credible authority) ระดับความมั่นใจและความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางสุขภาพ โดยแพทย์และพยาบาลที่ผู้ป่วยเชื่อถือและไว้วางใจสามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนเกี่ยวกับองค์ประกอบของสิ่งกระตุ้นด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรคและอาการที่เกิดตามมาแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมักเกิดความรู้สึกลังเลและสงสัยเกี่ยวกับผลการประเมินเกี่ยวกับอาการแสดงของตนจึงพยายามแสวงหาความมั่นใจจากแพทย์และพยาบาลที่เชื่อถือและไว้วางใจเพิ่มเติม

จากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การที่สตรีตั้งครรภ์หรือตรวจคัดกรองเบาหวานถือว่าเป็นรูปแบบของสิ่งกระตุ้นที่เข้าสู่การรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมาก่อน ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์จึงไม่สามารถสร้างความชัดเจนและระบุนความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจะมีวิธีการเผชิญที่แตกต่างกัน เพราะให้ความหมายของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนแตกต่างกันตามกระบวนการประเมินสถานการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนของแต่ละบุคคล โดยระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์สามารถบอกให้ทราบถึงระดับความสามารถทางการคิดเพื่อประมวลข้อมูลและแปลผล ให้ความหมายต่อเหตุการณ์ และยังเป็นแหล่งสนับสนุนภายในตัวสตรีตั้งครรภ์ที่จะช่วยให้สามารถตัดสินใจให้คุณค่าต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ภายนอกที่คอยช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในการแปลความหมายของเหตุการณ์ ตลอดจนการได้มีโอกาสปรึกษาหารือ ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสร้างกรอบแบบแผนความนึกคิดได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ซึ่งก็จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจรูปแบบของสิ่งกระตุ้นได้ชัดเจนมากขึ้น

ปัจจัยหลายประการดังกล่าวมาแล้วนั้นมีผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและมีผลต่อระดับความรุนแรงของความรู้สึกไม่แน่นอน ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์อาจแตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแน่นอนแล้วและกำลังอยู่ระหว่างการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง สตรีวัยเจริญพันธุ์ เช่น สตรีที่มีภาวะมีบุตรยากและสตรีที่รอฟ้าตัดคลอดทางหน้าท้อง และผู้ป่วยที่รอผลการตรวจชิ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัยมะเร็งสำหรับสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานก็อาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานได้ ทั้งนี้ยังไม่มีผู้ศึกษาในสตรีกลุ่มดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์จะช่วยเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนของสตรีตั้งครรภ์ได้

งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนส่วนใหญ่เป็นการศึกษาสภาพจิตใจและความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและสตรีวัยเจริญพันธุ์ เช่น สตรีที่มีภาวะมีบุตรยากและสตรีที่รอฟ้าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นต้น ดังนี้

เบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 60 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมในระดับสูง ($\bar{x} = 125.48$, S.D. = 6.17, Skewness = -.522) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถให้ความหมายและตัดสินใจให้ความสำคัญต่อเหตุการณ์ได้ ขาดตัวชี้นำ ไม่มีความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถทำนายถึงผลลัพธ์และอนาคตได้ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาของความเจ็บป่วยและการพยากรณ์ของโรคสูงสุด (% of mean = 92.40) รองลงมาคือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (% of mean = 87.22) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในระยะที่บุคคลมีความเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาทันที บุคคลจะมุ่งความสนใจกับความเจ็บป่วยและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งแรกมากกว่าการให้ความสนใจในเรื่องของสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมใจ สิริจิลาตอง (2542) ในหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 60 ราย โดยใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล เช่นกัน (Mishel, 1990) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมค่อนข้างสูง ($\bar{x} = 77.95$, S.D. = 17.42) และพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค ($\bar{x} = 2.58$, S.D. = 0.57) ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของการติดเชื้อเอชไอวีที่หญิงมีครรภ์ไม่เคยประสบมาก่อน ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับการติดเชื้อจึงรู้สึกไม่คุ้นเคย ไม่สามารถรับรู้และให้ความหมายต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้นได้ ไม่สามารถสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบของอาการแสดง ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าตน

จะหายจากการติดเชื้อหรือไม่ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนด้านการไม่สามารถ
ทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรคสูงกว่าด้านอื่น ๆ

อรพิน เกตุแก้วมณี (2541) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 100 ราย พบว่า
กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.75$,
S.D. = 0.23) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ในทีม
สุขภาพในด้านของการให้คำปรึกษา และหญิงตั้งครรภ์ทุกรายอยู่ในโครงการการศึกษาประสิทธิผล
ของการใช้ยา AZT ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพและกล้าที่จะ
ซักถามปัญหา ตลอดจนข้อสงสัยต่าง ๆ ที่ตนไม่แน่ใจเกี่ยวกับภาวะของโรคและการรักษาได้อย่าง
ต่อเนื่อง ประกอบกับระยะเวลาที่หญิงตั้งครรภ์รับรู้ติดเชื้อเป็นระยะเวลานานหลายเดือนทำให้
หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และมีการรับรู้ค่อนข้างดีเกี่ยวกับภาวะของการเจ็บป่วย จึงพบว่าหญิงตั้งครรภ์
มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนใน
ความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของการเจ็บป่วยและผลของการเจ็บป่วยสูงสุด
($\bar{x} = 3.89$, S.D. = 0.37) เนื่องจากลักษณะของการติดเชื้อเอชไอวีที่หญิงตั้งครรภ์ไม่เคยประสบมา
ก่อนจึงรู้สึกไม่คุ้นเคย ไม่สามารถรับรู้และให้ความหมายต่อการติดเชื้อที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้
หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่สามารถคาดการณ์หรือทำนายเหตุการณ์เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีได้
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา นะรมรัมย์ (Naromrum, 2003) ในหญิงตั้งครรภ์ที่รอผ่าตัด
คลอดทางหน้าท้อง จำนวน 110 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{x} = 84.67$, S.D. = 11.88) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้
ทราบการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนแล้วและไม่มีอาการที่เปลี่ยนแปลงเพียงแต่รอวันที่จะผ่าตัดคลอด
ทางหน้าท้อง จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
แต่พบว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย
สูงสุด (% of mean = 58.94) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญกร ประภาพรสุข (Prapapornsuk,
2001) ในสตรีที่มีบุตรยาก จำนวน 180 ราย โดยใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
ของ มิเชล เช่นกัน (Mishel, 1980; 1981; 1983; 1990) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนใน
ภาวะมีบุตรยากในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 93.61$, S.D. = 12.26) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบ
การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากและไม่มีอาการแสดงที่ถูกถามต่อชีวิต ซึ่งสตรีที่มี
บุตรยากเพียงแต่รอฟังผลการรักษาจากแพทย์ว่าจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง
มีความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากสูงสุด (% of mean = 41.64)
โดยมีความคลุมเครือเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะมีบุตรยากมากที่สุด (56.1 %)

มัวร์ (Moore, 1983: 226) และโจนส์ (Jones, 1979: 81-83) ศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดที่ไม่น่าพึงพอใจ เช่น มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดทารกก่อนกำหนดหรือทารกตายในครรภ์ ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ และทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์ เนื่องจากได้ผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ และนอกจากนี้ยังมีความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะในรายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความสับสน ความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอนเพิ่มมากขึ้น

ยอร์ก บราวน์ เพอร์ซิลี และจาคอบเซน (York, Brown, Persily & Jacobsen, 1996: 54-56) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคเบาหวาน จำนวน 36 ราย ที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลในระยะเวลาตั้งแต่ 1-8 สัปดาห์ พบว่ามีระดับของความวิตกกังวล ความสับสน ความหมดหวัง และภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน โดยเมื่อระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลยาวนานขึ้นจะสัมพันธ์กับระดับความตึงเครียดทางอารมณ์ และยังก่อให้เกิดภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนต่อภาวะเจ็บป่วยในระยะคลอดและหลังคลอดอีกด้วย

เคลาสัน (Clauson, 1996: 307-325) ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนและความเครียดที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่ต้องเข้ารับการรักษามารดาในโรงพยาบาล จำนวน 58 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยดังนี้ มีเลือดออกทางช่องคลอดก่อนกำหนดคลอด มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าเมื่อเข้ารับการรักษามากกว่า 48 ชั่วโมงแรก หญิงตั้งครรภ์มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนระดับต่ำถึงปานกลาง และพบว่าถ้าระยะเวลาในการรักษายาวนานขึ้นความรู้สึกไม่แน่นอนก็จะเพิ่มสูงขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยคัดสรรหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังเช่น ความรุนแรงของโรค จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษามารดาในโรงพยาบาล แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ เป็นต้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเฉพาะปัจจัยที่ศึกษาคือ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งในแหล่งประโยชน์ซึ่งจะมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอน กล่าวคือ ในทางตรง บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการนำข้อมูลมา

ใช้ในการแปลความหมายได้ตรง ชัดเจน และถูกต้องมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (Mishel 1987 cited in Mishel & Braden 1988: 93) ในทางอ้อม ระดับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจในโครงสร้างของรูปแบบตัวกระตุ้น โดยที่บุคคลสามารถนำความรู้มาใช้ในการแปลความหมายของอาการแสดง สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่คุ้นเคยกับเหตุการณ์ใหม่ได้ ผลที่ตามมาคือความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง ดังนั้นระดับการศึกษาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เนื่องจากบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะเป็นผู้รับสารที่ดี เป็นผู้มีความรู้กว้างขวาง มีความเข้าใจศัพท์มาก และมีความเข้าใจสารหรือข้อมูลได้ดี นอกจากนี้บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีทักษะในการสื่อสารที่ดี มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลทั้งจากสื่อต่าง ๆ และจากบุคคล (ปรเม สตะเวทิน, 2538: 116-117) สำหรับการแสวงหาข้อมูลจากบุคคล บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะรู้จักซักถามปัญหาที่ตนไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อย (Muhlenkamp & Sayles, 1986: 336) ผลที่ตามมาคือบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะได้รับข้อมูลทางการวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยากรณ์โรคจากแพทย์ได้มากกว่าและชัดเจนกว่า (Bloom, 1982: 1335-1336) บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงนอกจากจะมีการแสวงหาข้อมูลและได้รับข้อมูลแล้ว บุคคลเหล่านี้ยังรู้จักใช้ทักษะในการแก้ปัญหา นำข้อมูลที่ได้รับมาประยุกต์ให้เข้ากับสภาพความเป็นจริงได้อย่างเหมาะสม (Jalowiec & Powers, 1981: 13)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 60 ราย พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.379, p < .01$) กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ (เบญจวรรณ เอกะสิงห์, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน เกตุแก้วมณี (2541) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 100 ราย พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.3988, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยอีกหลายท่าน (กิตติกร นิลมานัต, 2538; จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536; จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536; ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, 2533; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2535; วิมลวัลย์ วโรพาร, 2535; สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2534; สุภาณี แก้วธารังค์, 2543; Christman, et al., 1988; Crigger, 1996: 37-47; Failla, et al., 1996: 57-96)

แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังเช่น ไบล์เลย์และเนลเซน (Bailey & Nielsen, 1993: 63-67) ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหญิงโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 23 ราย พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึก

ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยอีกหลายท่าน (Galloway & Graydon, 1996: 112-117; Mishel, 1984: 163-171; Wong & Bramwell, 1992: 365-371)

แรงสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมได้มีผู้ศึกษากันอย่างกว้างขวางและพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม “เป็นตัวแปรทางจิตสังคม” ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของมนุษย์ ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมได้มีผู้เสนอแนวคิดไว้หลายรูปแบบ แต่ผลลัพธ์ของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมก็คือช่วยให้บุคคลมีชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพอนามัยที่ดี ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในสังคมในด้านต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความรัก ความผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนม การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งในสังคม การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า ได้รับข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน เวลา และแรงงาน เพื่อช่วยในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพดี (พรณี ฐันประดับ, 2538: 41)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เชพเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981: 385-386) มี 3 ด้าน ดังนี้

1. แรงสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) เป็นการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาและเป็นการให้ข้อมูลป้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว
2. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นแรงสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจบุคคล
3. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือในเรื่องของการใช้สิทธิการรักษาต่าง ๆ และการบริการ (Instrument support)

การสนับสนุนทั้ง 3 ชนิด จะทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีความรัก มีคุณค่า มีความผูกพันต่อกัน ทำให้เกิดความมั่นใจ ได้รับความรู้ ข้อมูล คำแนะนำ หรือแนวทางปฏิบัติ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

งานวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและผู้ป่วยทั่วไป ดังเช่น พรณี ฐันประดับ (2538) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน 200 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีพฤติกรรมเผชิญปัญหาได้เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม (Brown, 1986: 72-76; Cronenwett, 1985: 93-99) และจากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านพบว่า

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงและมีการปรับตัวที่ดี (จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536; ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538; สุภาณี แก้วธำรงค์, 2543; Bennett, 1993: 131-139; Mishel & Barden, 1988: 98-103) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลข่าวสารและด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ที่สำคัญจะช่วยให้ผู้ป่วยแปลความหมายของเหตุการณ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้นและสามารถเข้าใจเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น (จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536; สุพัตรา ไกรโสภา, 2539; Newton & Mateo, 1994: 138)

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เช่น อ้อมใจ สิทธิจำลอง (2542) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 60 ราย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.1916, p > .01$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งยังไม่มีวัคซีนป้องกันจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดปัญหาเป็นอย่างมาก ทำให้การรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยมีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่มีความคลุมเครือ ซึ่งยังมีข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ยังไม่พบอีกมาก เป็นต้นว่า ระยะเวลาที่แน่นอนของการเป็นโรค การดำเนินของการเจ็บป่วย ตลอดจนผลของการรักษา ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี ครอบครัว เพื่อน ๆ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ ซึ่งให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดในด้านของการให้คำปรึกษาก็ตามก็ไม่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับที่ต่ำ จึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาของ จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 100 ราย พบว่าการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.15, p < .05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับการวินิจฉัยโรคนานานส่วนใหญ่มากกว่า 2 ปี อาการของโรคไม่รุนแรง การพยากรณ์โรคดี ผู้ป่วยสามารถปรับกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง สามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และคุ้นเคยกับระบบบริการสุขภาพได้ด้วยตนเอง จึงทำให้การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

การเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์

การเผชิญความเครียด (Coping) หมายถึง ความพยายามทางด้านความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลใช้จัดการกับความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล การเผชิญความเครียดมีลักษณะดังต่อไปนี้ (Folkman & Lazarus, 1988: 2-3; Lazarus & Folkman, 1984: 85-95; 1984b: 141-142)

1. เป็นกระบวนการ (Process oriented) มากกว่าเป็นลักษณะที่ติดตัว (Trait oriented) ทำให้ทราบว่าการเผชิญความเครียดนั้นเกิดจากการคิดหรือการกระทำที่เกิดขึ้นจริง (Actually think or does) ไม่ใช่สิ่งที่บุคคลควรคิดหรือควรทำ และการเผชิญความเครียดยังมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) คือมีการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับความต้องการที่จำเพาะ (Specific demands) ดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์หรือมีข้อมูลใหม่เข้ามาบุคคลจะมีการประเมินสถานการณ์อีกครั้ง (Reappraisal)

2. มีความแตกต่างจากการปรับตัว (Adaptation) เนื่องจากการเผชิญความเครียดเป็นความพยายามของบุคคลที่จะจัดการกับปัญหา ซึ่งบุคคลประเมินแล้วว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง (Taxing or exceeding) การเผชิญความเครียดจึงใช้กับสถานการณ์ที่เป็นความเครียดทางจิตใจ (Psychological stress) ส่วนการปรับตัวใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งปฏิบัติจนเป็นความเคยชินจึงไม่ต้องการความพยายามและไม่ต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ดังนั้นการเผชิญความเครียดจึงเป็นส่วนหนึ่งของการปรับตัว

3. เป็นการจัดการ (Manage) เป็นความพยายามในการคิดหรือกระทำของบุคคลในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นโดยไม่คำนึงถึงผลที่จะตามมา

กล่าวโดยสรุป การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลเพื่อตอบสนองต่อความเครียด (Cassmeyer, et al., 1993: 94) โดยการลด บรรเทา หรือกำจัดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Folkman & Lazarus, 1985: 152) บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดีคือผู้ที่สามารถนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ได้และรู้จักเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 109)

การเผชิญความเครียดในแต่ละครั้ง บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน ซึ่งสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมักถูกประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอันตราย ไม่สามารถทำนายผลที่จะเกิดขึ้นได้ชัดเจน และเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนจึงถูกประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด บุคคลจึงใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอน ดังนี้ (Folkman & Lazarus, 1985 cited in Mishel & Sorenson, 1993)

1. การเผชิญที่มุ่งเน้นด้านอารมณ์ (Emotional focus coping) เป็นวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Avoidance coping) การกล่าวโทษตนเอง (Blamed-self coping) และการคิดอย่างมีความหวัง (Wishful-thinking coping)

2. การเผชิญที่มุ่งจัดการกับปัญหา (Problem focus coping) เป็นวิธีการที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบด้วย การเผชิญกับปัญหาโดยตรง (Direct action) การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Seeks-social-support coping) และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Tangible aid from another person)

จากการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ภายใต้กรอบแนวคิดการเผชิญความเครียดของ ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) พบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดมี 3 ลักษณะ คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม มีรายละเอียดดังนี้

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping behaviors) หมายถึง การมุ่งที่จะควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดี โดยการพยายามหาวิธีต่าง ๆ ในการควบคุมปัญหา อาจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

2. การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping behaviors) หมายถึง การแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ โดยที่สถานการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

3. การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative or passive coping behaviors) หมายถึง การแก้ปัญหาโดยการควบคุมสถานการณ์และคิดหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหา โดยที่สถานการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานนั้นยังไม่พบรายงานการศึกษา ที่พบส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการเผชิญความเครียดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและสตรีวัยเจริญพันธุ์ เช่น สตรีที่มีภาวะมีบุตรยากและสตรีที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นต้น ดังเช่น

เบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 60 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยรวมค่อนข้างสูง ($\bar{x} = 129.35$, S.D. = 5.41, Skewness = -.424) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีความต้องการที่จะบรรเทาหรือลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะแสวงหาหนทางหรือวิถีทางทุก ๆ ด้าน โดยเมื่อใช้วิธีเหล่านั้นจะมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ ขจัดบรรเทา หรือลดความเครียด และวิธีการที่ใช้แต่ละวิธีหญิงตั้งครรภ์จะพิจารณาและเลือกใช้จะมี

ความแตกต่างกันไป โดยจะคำนึงถึงวิธีที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและใช้ได้ผลกับตนเองมากที่สุด และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด (% of mean = 79.23) รองลงมาคือด้านการบรรเทาปัญหา (% of mean = 72.53) และด้านการจัดการกับอารมณ์ (% of mean = 67.07) โดยหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะพยายามควบคุมตนเองไม่ให้เกิดความเครียดจนเกินเหตุจึงพยายามแสวงหาข้อมูลเพื่อกำหนดขอบเขตของสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญและมีความพยายามที่จะควบคุมให้ได้ แต่จากพยาธิสภาพของโรคในปัจจุบันยังไม่สามารถยืนยันว่าจะหายขาดหรือไม่ หญิงตั้งครรภ์จึงพยายามบรรเทาความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงการรับรู้หรือความหมายไปในทางที่ตนเองรู้สึกดีขึ้นเพื่อลดความรู้สึกลดหวังต่อการหายขาดของโรค ซึ่ง ไวส์แมน (Weisman, 1979: 33) ถือว่าหญิงตั้งครรภ์เลือกใช้วิธีปฏิบัติเพื่อลดความเครียดได้เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) ที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 150 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{x} = 105.56$, S.D. = 18.54, Skewness = -.39) และใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการบรรเทาความเครียดในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{x} = 42.85$, S.D. = 7.85 และ $\bar{x} = 41.69$, S.D. = 7.84 ตามลำดับ) ส่วนด้านการจัดการกับอารมณ์พบว่าค่อนข้างต่ำ ($\bar{x} = 21.02$, S.D. = 5.48) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ความพยายามในการเผชิญความเครียดหลาย ๆ วิธี แต่ไม่ใช้ความพยายามในระดับสูงที่สุด อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินสถานการณ์ที่ต้องเผชิญขณะพักรักษาในโรงพยาบาลก่อให้เกิดความเครียดน้อยและประเมินตัดสินใจว่าก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเองและบุตรในครรภ์ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่สมบูรณ์ มีศักยภาพสามารถรับรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล ปรับตัว และยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤตยา ปากเพรียว (Pakpreo, 2002) ในสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 200 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 98.57$, S.D. = 17.78) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (% of mean = 62.25) รองลงมาคือด้านการบรรเทาปัญหา (% of mean = 51.56) และด้านการจัดการกับอารมณ์ (% of mean = 48.91) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพที่พร้อมและเหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ (อายุ 20-34 ปี) (76.5%) มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (74.5 %) และนอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ยังมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลจึงทำให้หญิงตั้งครรภ์เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้เหมาะสม

กาญจนา นะรมรัมย์ (Naromrum, 2003) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 110 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 89.30$, S.D. = 15.50) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามาก

ที่สุด (% of mean = 69.92) รองลงมาคือด้านการบรรเทาปัญหา (% of mean = 68.43) และด้านการจัดการกับอารมณ์ (% of mean = 57.31) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น เพราะว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ทราบการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนแล้วเพียงแต่รอการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเท่านั้น ซึ่งในขณะนี้หญิงตั้งครรภ์จะพยายามรวบรวมปัญหาและค้นหาข้อมูลเพื่อที่จะแก้ปัญหาให้ถูกวิธี ดังนั้นจึงตัดสินใจที่จะเลือกและปฏิบัติต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญกร ประภาพรสุข (Prapapornsuk, 2001) ในสตรีที่มีบุตรยาก จำนวน 180 ราย โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก เช่นกัน (Jalowiec, 1988) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 104.78, S.D. = 12.24) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด (% of mean = 42.40) รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาปัญหา (% of mean = 38.36) และด้านการจัดการกับอารมณ์ (% of mean = 19.24) เนื่องจากสตรีที่มีบุตรยากไม่ได้อยู่ในภาวะที่เจ็บป่วย แต่สตรีที่มีบุตรยากมารับการรักษาภาวะมีบุตรยากและรับคำแนะนำจากแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพ ดังนั้นจึงทำให้สตรีที่มีบุตรยากเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้เหมาะสม

พรรณี ชื่นประดับ (2538) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน 200 ราย ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเผชิญความเครียด โดยอาศัยแนวคิดของ ลาซารัส พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวมค่อนข้างสูง ($\bar{x}$ = 88.03, S.D. = 9.61) และใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านการแก้ไขปัญหาสูงกว่าร้อยละ 80 ($\bar{x}$ = 41.93, S.D. = 6.67) โดยหญิงตั้งครรภ์มีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมในเรื่องการตัดสินใจเข้ารับการรักษาหรือรักษาในโรงพยาบาล ไม่หาวิธีการรักษาโดยการรณรงค์ การทรงเจ้า การสะเดาะเคราะห์ หรือบนสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย และพยายามปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

อรพิน เกตุแก้วมณี (2541) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 100 ราย ใช้แบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดการเผชิญกับการเจ็บป่วย (Namir, et al., 1987) พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.87, S.D. = 0.21) และใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านการใช้กระบวนการทางความคิดมากที่สุด ($\bar{x}$ = 3.24, S.D. = 0.35) ส่วนด้านการแสดงออกทางพฤติกรรมใช้ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.91, S.D. = 0.24) และใช้ด้านการหลีกเลี่ยงน้อยที่สุด ($\bar{x}$ = 2.24, S.D. = 0.36) ทั้งนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและเป็นระยะเวลาานพอควรจึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง รู้จักคิด และตัดสินใจ ตลอดจนสามารถที่จะเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ จึงใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านการหลีกเลี่ยงน้อย

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าสตรีกลุ่มดังกล่าวสามารถเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดในหลายรูปแบบด้วยกันและมีความแตกต่างกันไป ดังที่ แอนเดอร์สัน (Anderson, 1980 cited by Lazarus & Folkman, 1984: 168-169) กล่าวว่า บุคคลที่มีความเครียดในระดับต่ำอาจใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดได้ทั้ง 2 แบบ เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นระดับปานกลางบุคคลมีแนวโน้มในการเลือกใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และเมื่อความเครียดอยู่ในระดับที่รุนแรงบุคคลมักใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์แทน อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัตินั้นบุคคลสามารถใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดทั้ง 2 แบบรวมกันไม่อาจแยกจากกันได้โดยเด็ดขาดหรือกล่าวได้ว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดทั้ง 2 แบบ มีความสัมพันธ์กันโดยอาจมีส่วนในการเพิ่มหรือลดประสิทธิภาพของบุคคลในการเผชิญความเครียด

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์

งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ จากการศึกษาค้นคว้ายังไม่พบรายงานการศึกษา ที่พบส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนกับการเผชิญความเครียดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและสตรีวัยเจริญพันธุ์ เช่น สตรีที่มีภาวะมีบุตรยากและสตรีที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นต้น ซึ่งแนวคิดทฤษฎีและการวัดความรู้สึกไม่แน่นอนและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในแต่ละการศึกษารอบคลุมแนวคิดพื้นฐานแบบเดียวกัน ดังนั้นผลการวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอาจจะสะท้อนให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ได้ แต่ไม่สามารถใช้แทนกันได้ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดเป็นการรับรู้และเป็นวิธีการเฉพาะของแต่ละบุคคล ดังรายงานการศึกษาต่อไปนี้

เบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 60 ราย พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .475, p < .01$) ด้านการมุ่งแก้ปัญหา ($r = .334, p < .01$) และด้านการบรรเทาปัญหา ($r = .355, p < .01$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดด้านจัดการกับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ และพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยรายด้านในทุก ๆ ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ด้านความคลุ้มเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($r = .533, p < .01$) ด้านการขาดความกระจำเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล

($r = .430, p < .01$) ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วยที่รุนแรง ($r = .348, p < .01$) และด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาของความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคได้ ($r = .331, p < .05$) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษและเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก การขาดประสบการณ์และความคุ้นเคยในความเจ็บป่วย สถานที่ บุคลากร ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน ไม่มั่นคง ไม่แน่ใจ และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน หญิงตั้งครรภ์จึงพยายามแสวงหาทุกวิถีทางเพื่อขจัดหรือบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งหญิงตั้งครรภ์อาจจะไม่ได้พิจารณาว่าแต่ละวิธีที่ตนเลือกใช้นั้นผิดหรือถูกในแง่ของการปรับตัวเพื่อดำรงอยู่กับความเครียด แต่หญิงตั้งครรภ์จะพิจารณาเพียงว่าเมื่อคนใช้วิธีการเหล่านั้นแล้วรู้สึกว่าได้ผลและสามารถบรรเทาหรือขจัดความเครียดได้ตามที่ตนเองปรารถนา

อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด ดังเช่น อรพิน เกตุแก้วมณี (2541) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 100 ราย พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .1129, p > .05$) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างดี จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนมากขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงลดลงในระดับหนึ่ง ซึ่งทำให้ไม่มีผลต่อการใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียด แต่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านการหลีกเลี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .4112, p < .001$) เนื่องจากในสภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงทำให้ความสามารถในการให้ความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นลดลง บุคคลจะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้นว่าเป็นอันตรายกับตนและจะใช้วิธีการเผชิญแบบมุ่งเน้นอารมณ์มากกว่ามุ่งเน้นปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา นะรมรัมย์ (Naromrum, 2003) ในหญิงตั้งครรภ์ที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 110 ราย พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญปัญหาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.01, p > .05$) แต่พบว่าการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, p < .05$) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระยะรอผ่าตัด ซึ่งในระยะนี้หญิงตั้งครรภ์จะมีความกังวลและกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น เช่น กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ กลัวเกี่ยวกับชีวิตและสุขภาพของตนเอง และทารก และกลัวการคลอด แต่ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงจึงสามารถใช้

ความรู้ที่มีให้เฉพาะกับรูปแบบของอาการแสดง ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงเลือกใช้การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงได้ และพบว่าการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือแตกต่างไปจากที่เคยได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19, .22, p < .05$ ตามลำดับ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนแล้วและการที่รื้อผ้าตัดไม่มีอาการที่คุกคามต่อตนเองและทารก นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงและมีประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถเผชิญกับความเครียดได้โดยง่าย จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของบุญกร ประภาพรสุข (Prapapornsuk, 2001) ในสตรีที่มีบุตรยาก จำนวน 180 ราย พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะมีบุตรยาก ($r = -.03, p > .05$) แต่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะมีบุตรยากมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.16, p < .01$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงและมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการรับข้อมูล เข้าใจ และสามารถแยกแยะระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนได้ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามาก และพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก และด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือแตกต่างไปจากที่เคยได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.16, -.15, p < .05$ ตามลำดับ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงจึงช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้ในเหตุการณ์ได้ดี ทำให้สามารถเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงได้

จะเห็นได้ว่าภาวะเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าเป็นสิ่งที่มีวิธีการรักษาหรือป้องกันทางการแพทย์ เช่น ความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ ของหญิงตั้งครรภ์ แต่หากภาวะเสี่ยงนั้นเป็นที่รับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ว่าไม่สามารถรักษาได้ เช่น การติดเชื้อเอชไอวีหรือภาวะนั้นจะสิ้นสุดลงตามการสิ้นสุดการคลอด เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอด ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยจะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด นั่นคือความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดขึ้นอยู่กับการรับรู้ที่เฉพาะของแต่ละบุคคล

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม มีทั้งความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้นก็มีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงถึงกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน เนื่องจากลักษณะทางสังคมและความเชื่อของสตรีตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรนี้ต่อไป นอกจากนี้ยังพบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนกับการเผชิญความเครียดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและสตรีวัยเจริญพันธุ์ เช่น สตรีที่มีภาวะมีบุตรยากและสตรีที่รอฟังผลการตรวจวินิจฉัยเป็นต้น ซึ่งแนวคิดทฤษฎีและการวัดความรู้สึกไม่แน่นอนและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในแต่ละการศึกษารอบคลุมแนวคิดพื้นฐานแบบเดียวกัน ดังนั้นผลการวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอาจจะสะท้อนให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ได้ แต่ไม่สามารถใช้แทนกันได้ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดเป็นการรับรู้และเป็นวิธีการเฉพาะของแต่ละบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยให้พยาบาลเข้าใจปัญหาของสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจ คัดกรองเบาหวานเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบสหสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน กับ การเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบื้องต้นว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานด้วยวิธี 50 gram glucose challenge test ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 85 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย
3. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างของโคเฮน (Cohen, 1988: 77-102) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .33-.48$) จึงใช้ effect size ขนาดปานกลางคือ .30 และเมื่อเปิดตารางที่ power = 80 % และ $p < .05$ จะได้ขนาด กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 85 ราย

สถานที่ศึกษา

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้คือ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เปิดให้บริการทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. โรงพยาบาลสรรพสิทธิ-ประสงค์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ มีนโยบายให้ การบริการด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการทั่วไป และหน่วยงานที่เก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้คือ แผนกฝากครรภ์ ซึ่งให้บริการแก่สตรีตั้งครรภ์ปกติและสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะ ตั้งครรภ์ เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ที่มารับบริการฝากครรภ์ตามปกติ หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้นต่อมารดาและทารก ซึ่งมีกิจกรรมดังนี้ เวลา 8.00 น. เริ่มเปิดให้บริการแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจหา ภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ด้วย เวลา 9.00 น. เริ่มตรวจครรภ์และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ขณะตั้งครรภ์โดยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำให้มารับการตรวจคัดกรองเบาหวานเมื่ออายุครรภ์ ครบ 24 -28 สัปดาห์ หรือในอีก 1 เดือนต่อมาหลังจากตรวจพบว่ามีปัจจัยเสี่ยง พร้อมทั้งจะอธิบาย ให้สตรีตั้งครรภ์ทราบเกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ รวมถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อ มารดาและทารก และขั้นตอนการตรวจคัดกรองเบาหวาน เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักถึง ความสำคัญที่ต้องมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานตามเวลานัดหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ภาคผนวก ก) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นข้อมูลเกี่ยวกับ สตรีตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ ของการตั้งครรภ์ ลักษณะครอบครัว และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในครั้งนี้

แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (ภาคผนวก ข) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดแรงสนับสนุน ทางสังคมของ จันท์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทาง สังคม (Social Support Questionnaire Part II; SSQ Part II) ของ เชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) ประเมินการรับรู้ถึงความช่วยเหลือสนับสนุนที่ได้รับจากแหล่ง

สนับสนุน 3 แหล่ง ได้แก่ กลุ่มครอบครัว กลุ่มญาติและเพื่อน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ ใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านข้อมูล 2) ด้านอารมณ์ และ 3) ด้านสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือในเรื่องของการใช้สิทธิการรักษาต่าง ๆ และการบริการ แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมแต่ละแหล่งประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ด้านข้อมูล ถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา จำนวน 1 ข้อ ด้านอารมณ์ ถามเกี่ยวกับการได้รับความมั่นใจและความเชื่อถือ จำนวน 2 ข้อ และด้านสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือในเรื่องของการใช้สิทธิการรักษาต่าง ๆ และการบริการ ถามปริมาณการได้รับความช่วยเหลือ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดยผู้ตอบประเมินว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในแต่ละแหล่งมากน้อยเพียงใด ตั้งแต่ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือเลยให้ 0 คะแนน จนถึงให้ความช่วยเหลือมากที่สุดให้ 4 คะแนน โดยคะแนนรวมจากทุกแหล่งจะเป็นคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม คะแนนรวมทั้งหมดของแบบสอบถามมีค่าระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

เนื่องจากจำนวนข้อคำถามของแรงสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านไม่เท่ากัน เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านได้จึงใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ทั้ง 3 ด้าน โดยใช้ค่าเฉลี่ยหารด้วยจำนวนข้อของแต่ละด้าน ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ด้านใดมาก แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นสูง

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) นอร์เบคและคณะ (Norbeck, et al., 1981) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ เชพเฟอร์และคณะ ไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ นอร์เบค พบว่ามีความสัมพันธ์ในขนาดปานกลางระหว่างด้านข้อมูลและด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .05$ และ $r = .51, p < .01$ ตามลำดับ) หลังจากนั้น นอร์เบคและทิลเดน (Norbeck & Tilden, 1983) เพิ่มข้อความการสนับสนุนด้านสิ่งของและนำแบบสอบถามไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หาค่าความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .89

สำหรับในประเทศไทย จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) แปลแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) เป็นภาษาไทยและดัดแปลงปรับปรุงแก้ไขเหลือข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ วัดแรงสนับสนุนทางสังคมครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ สำหรับแหล่งประโยชน์แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มครอบครัว กลุ่มญาติ และเพื่อน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ แล้วนำแบบสอบถามไปทดสอบความตรงทางเนื้อหาและ

ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขทั้งทางด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 1981 อ้างใน Hanucharurnkul, 1988: 79-85) นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี จำนวน 100 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายในด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .81, .95 และ .31 ตามลำดับ และใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (Test retest method) ในกลุ่มเดิมโดยเว้นระยะห่าง 9 เดือน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาด้านอารมณ์เท่ากับ .66 ($p < .001$) และด้านสิ่งของเท่ากับ .56 ($p < .001$) สำหรับด้านข้อมูลไม่พบรายงาน แต่พบว่าด้านอารมณ์และด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์กันสูง

สำหรับในประเทศไทย จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) มาแปลเป็นภาษาไทยและปรับ เหลือข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ แล้วนำแบบสอบถามไปทดสอบความตรงทางเนื้อหาและภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขทั้งทางด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .87 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .86

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ที่มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .90 และในกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .87

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน (ภาคผนวก ค) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล (Mishel Uncertainty Inventory Scale: MUIS) (Mishel, 1981) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ (2533) และผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาดัดแปลงและปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจ คัดกรองเบาหวาน ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคย

ได้รับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และ ผลของการเจ็บป่วยได้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 28 ข้อ โดยข้อคำถามมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดยผู้ตอบประเมินว่าข้อความนั้นเป็นจริงสำหรับตนมากน้อยเพียงใด ตั้งแต่ไม่จริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงจริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน สำหรับข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ ผู้วิจัยจะกลับคะแนนให้เป็นทางบวกก่อนรวมคะแนน คะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามมีค่าระหว่าง 28-140 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่าสตรี ตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานอยู่ในระดับสูง

เนื่องจากจำนวนข้อคำถามของความรู้สึกไม่แน่นอนในแต่ละด้านไม่เท่ากัน เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในแต่ละด้านได้จึงใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ทั้ง 4 ด้าน โดยใช้ค่าเฉลี่ยหารด้วยจำนวนข้อของแต่ละด้าน ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ด้านใดมาก แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในหน้านั้นสูง

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) มิเชล (Mishel, 1981: 262) นำเครื่องมือชุดนี้ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นที่รู้จักกันคืออยู่แล้วว่ามีลักษณะตรงตามที่ต้องการวัด (Known groups technique) จำนวน 253 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยศัลยกรรม 68 ราย ผู้ป่วยอายุรกรรม 134 ราย และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการวินิจฉัยโรค 51 ราย พบว่าผู้ป่วยที่รอการวินิจฉัยโรคมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงสุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยอายุรกรรม และผู้ป่วยศัลยกรรม ตามลำดับ เมื่อนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างซ้ำ ผลการศึกษาเป็นไปตามโครงสร้าง ทฤษฎีที่คาดคะเนไว้ โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน แบ่งเป็น 32 ข้อคำถาม

ความตรงตามความสอดคล้อง (Convergent validity) จากสมมติฐานที่ว่า การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาล มิเชล ได้ทดสอบสมมติฐานนี้ในผู้ป่วยอายุรกรรม 100 ราย โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยร่วมกับแบบวัดความเครียดขณะอยู่โรงพยาบาลของ โวลีเซอร์ (Volicer, et al., 1977 cited by Mishel, 1981: 262) เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .001$) ซึ่งสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานของทฤษฎี

ความตรงตามเกณฑ์ (Criterion validity) มิเชล ใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยร่วมกับการวัดความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาด้วยแบบทดสอบความจำ (Recall test) ของ คาสีเลท (Casseleth, 1980 cited by Mishel, 1981: 262) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งได้รับรังสีรักษาครั้งแรก 26 ราย พบว่าการขาดความรู้และความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษามีผลทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของทฤษฎี

ในประเทศไทย บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ (2533) แปลแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล (Mishel, 1981) เป็นภาษาไทย มีข้อคำถาม 32 ข้อ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบให้บริการ 3) ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือแตกต่างไปจากที่เคยได้รับ และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ แล้วนำแบบสอบถามไปทดสอบความตรงทางเนื้อหาและภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขทั้งทางด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล (Mishel, 1981) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ (2533) ให้เหมาะสมกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน แล้วนำไปทดสอบความตรงทางเนื้อหาและภาษาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านพิจารณา (ภาคผนวก จ) จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ตัดข้อคำถามออก 4 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามไม่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยตัดข้อคำถามด้านที่ 2 ออก 1 ข้อ คือ เมื่อฉันเริ่มมีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น ฉันรู้ว่ามีอาการเกี่ยวข้องกับโรคของฉัน ด้านที่ 3 ตัดออก 1 ข้อ คือ ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของฉันไม่คงที่ และด้านที่ 4 ตัดออก 2 ข้อ คือ ฉันมักจะบอกได้ว่าอาการของฉันวันไหนจะดีหรือไม่ดี และความเจ็บป่วยของฉันสามารถคาดเดาได้ ฉันรู้เมื่อไรจะดีขึ้นหรือแย่ลง จึงเหลือข้อคำถาม 28 ข้อ และมีองค์ประกอบใน 4 ด้านเช่นเดิม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขทั้งทางด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

มิเชล นำเครื่องมือชุดแรกที่สร้างไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ศึกษาหาความตรงเชิงโครงสร้างพบว่าบางข้อคำถามมีความหมายซ้ำซ้อนจึงได้ลดข้อคำถามเหลือ 30 ข้อ (จากเดิม 54 ข้อ) และเมื่อนำไปหาความเที่ยงด้านความสอดคล้องภายในของปัจจัย (Internal consistency of the factors) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .91 แต่ปัจจัยด้านการทำนาย (มีข้อคำถาม 4 ข้อ) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาค่อนข้างต่ำ (.64) ดังนั้นจึงสร้างข้อคำถามเพิ่มอีก 4 ข้อ แล้วทำการ

วิเคราะห์ปัจจัยซ้ำโดยใช้แบบสอบถามที่มีข้อความ 34 ข้อ ไปศึกษาในผู้ป่วยอายุครรภ์ 100 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเพิ่มขึ้นเป็น .72 ผลการศึกษานี้ยืนยันความเที่ยงของเครื่องมือได้ดีขึ้น เมื่อมีผู้สนใจนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างหลาย ๆ กลุ่ม (เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งและโรคหัวใจ เป็นต้น) ได้รายงานผลเรื่องความเที่ยงขององค์ประกอบด้านการขาดข้อมูลและด้านการทำนายผลของความเจ็บป่วยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาดำกว่าที่ควรจะเป็นและมีค่าไม่คงที่ ดังนั้นในปี ค.ศ. 1986 มิเชลและเอปสไตน์ (Mishel & Epstein, 1990: 3) จึงทำการวิเคราะห์ปัจจัยใหม่โดยนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง 616 ราย พบว่าเครื่องมือชุดนี้ยังคงมีปัจจัย 4 ด้านเช่นเดิม แต่ค่าความเที่ยงของข้อมูลด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วยที่รุนแรง และด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคไม่คงที่ เมื่อนำน้ำหนักปัจจัยรายข้อ (Item loading) โดยการยอมรับข้อที่มีน้ำหนักปัจจัยตั้งแต่ .30 ขึ้นไป พบว่าในแต่ละข้อมีน้ำหนักปัจจัยตั้งแต่ .39 ขึ้นไป

ในปี ค.ศ. 1989 มิเชล นำเครื่องมือชุดเดิมมาศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง 1,199 ราย ในกลุ่มโรคต่าง ๆ พบว่ามีปัจจัย 2 ด้าน ที่มีความหมายเปลี่ยนไปคือ ด้านการขาดข้อมูล เปลี่ยนเป็นการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ส่วนด้านการไม่สามารถทำนายและพยากรณ์โรค เปลี่ยนเป็นการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยได้ ในการศึกษาครั้งนี้ มิเชล ได้นำข้อคำถามมาหาค่าน้ำหนักปัจจัยรายข้อใหม่ พบว่ามีข้อคำถามเพียง 32 ข้อ ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .38 ขึ้นไป มิเชล จึงคงคำถามไว้เพียง 32 ข้อ หลังจากนั้นได้นำมาหาความเที่ยงโดยรวมของข้อคำถามทั้งหมด พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง .80-.93 ส่วนค่าความเที่ยงรายด้านได้ผลดังนี้ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเท่ากับ .73-.91 ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแลเท่ากับ .37-.86 ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยเท่ากับ .55-.91 และด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยเท่ากับ .21-.74 (Mishel & Epstein, 1990: 20-25)

สำหรับในประเทศไทย บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ (2533) แปลแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล (Mishel, 1981) เป็นภาษาไทย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาและภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขทั้งทางด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .92 เมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในระยะก่อนรับรังสีรักษา ระหว่างรับรังสีรักษา และก่อนสิ้นสุดการรักษา จำนวน 70 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งชุดมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .79, .89 และ .89 ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานที่ดัดแปลงและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จำนวน 28 ข้อ ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .78 และในกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .75

แบบสอบถามการเผชิญความเครียด (ภาคผนวก ง) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (The Jalowiec Coping Scal: JCS) (Jalowiec, 1988) ที่ปรับปรุงแล้วเหลือ 36 วิธี ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา สุทธยากร (2531) ประเมินการเผชิญความเครียดใน 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 36 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดยผู้ตอบประเมินว่าตนเองใช้วิธีการเผชิญดังกล่าวตามข้อคำถามบ่อยเพียงใด ตั้งแต่ไม่เคยใช้พฤติกรรมนั้นเลยให้ 1 คะแนน จนถึงใช้พฤติกรรมนั้นเกือบทุกครั้งให้ 5 คะแนน

เนื่องจากจำนวนข้อคำถามของการเผชิญความเครียดในแต่ละด้านไม่เท่ากัน เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบการเผชิญความเครียดในแต่ละด้านได้จึงใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ทั้ง 3 ด้าน โดยใช้ค่าเฉลี่ยหารด้วยจำนวนข้อของแต่ละด้าน ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ด้านใดมาก แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านนั้นบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ในปี ค.ศ. 1984 จาโลวีกและคณะ (Jalowiec, et al., 1984: 157-161) นำแบบวัดการเผชิญความเครียด ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน จำนวน 40 วิธี ไปหาความตรงเชิงโครงสร้างกับกลุ่มตัวอย่าง 141 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าการเผชิญความเครียดมีมากกว่า 2 ด้าน ดังนั้นในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีก ได้นำเครื่องมือมาหาความตรงเชิงโครงสร้างโดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 1,400 ราย ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วย 790 ราย พยาบาล 353 ราย ญาติผู้ป่วย 133 ราย และนักศึกษา 124 ราย เมื่อใช้สถิติขั้นสูงในการวิเคราะห์ (LISREL Confirmatory Analysis) พบว่าแบบวัดการเผชิญความเครียดประกอบด้วย 3 ด้าน มีจำนวน 36 วิธี คือ 1) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามี 13 วิธี 2) ด้านการจัดการกับอารมณ์มี 9 วิธี และ 3) ด้านการบรรเทาปัญหามี 14 วิธี จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่ามี 4 ข้อ ที่มีน้ำหนัก (Factor loading) ไม่ตกอยู่ในองค์ประกอบใดจึงตัดออกคือ ด้านที่ 2 ตัดออก 3 วิธี คือ การร้องไห้ การดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ และและการใช้ยา ส่วนด้านที่ 3 ตัดออก 1 วิธี คือ การทำสมาธิ โยคะ ใช้ปฏิกิริยาช้อนกลับทางด้านชีวภาพหรือใช้จิตลุ่มกาย

สำหรับในประเทศไทย นิตยา สุทธยากร (2531) นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1980) ฉบับที่แก้ไขเหลือข้อคำถาม 36 วิธี แปลเป็นภาษาไทย แล้วนำไปทดสอบความตรงทางเนื้อหาและภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านพิจารณา หลังจากนั้นจึงนำแบบวัดการเผชิญความเครียดมาปรับปรุงแก้ไขทั้งทางด้านภาษาและเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีก นำเครื่องมือฉบับที่แก้ไขเหลือข้อคำถาม 36 วิธี ไปหาความเที่ยงของเครื่องมือทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่าง 1,400 ราย แล้ววิเคราะห์ด้วยสถิติขั้นสูง (LISREL Confirmatory Analysis) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .95 และรายด้านคือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาปัญหา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .85, .75 และ .75 ตามลำดับ (Jalowiec, 1988: 301-302)

สำหรับในประเทศไทย นิตยา สุทธยากร (2531) นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1980) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการเผชิญความเครียด 36 วิธี แปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านพิจารณาตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาและภาษา แล้วนำไปใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .88

การศึกษานี้ผู้วิจัยนำแบบวัดการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ฉบับที่แก้ไขเหลือข้อคำถาม 36 วิธี และแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา สุทธยากร (2531) ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .89 และในกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ดำเนินการขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี (ภาคผนวก ฉ)
2. นำหนังสือแนะนำตัวเองและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
3. ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และอยู่ระหว่างรอตรวจคัดกรองเบาหวานด้วยวิธี 50 gram glucose challenge test ซึ่งจะเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น.

5. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเพื่อเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน และแบบสอบถามการเผชิญความเครียด โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที และผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้

6. เมื่อรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถาม และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไปแจกแจงและวิเคราะห์ค่าสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ข) โดยขออนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ผ่านการตรวจสอบโครงร่างการวิจัยโดยคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า การตอบแบบสอบถามไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ รวมทั้งไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ซึ่งการตอบแบบสอบถามไม่ต้องใส่ชื่อ-สกุลในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเป็นความลับและนำมาใช้เพื่อการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยนำเสนอเป็นข้อมูลในภาพรวม และถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการเข้าร่วมวิจัยสามารถทำได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. คำนวณจำนวนและร้อยละของอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ลักษณะครอบครัว และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในครั้งนี้

2. คำนวณค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว
3. ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงแบบปกติ (Normality) ของระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน และการเผชิญความเครียด โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test (ภาคผนวก ซ)
4. วิเคราะห์ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน และการเผชิญความเครียด โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์ และความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียด โดยใช้สถิติวิเคราะห์คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-correlation coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอตามลำดับดังนี้ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน การเผชิญความเครียด และการทดสอบสมมติฐาน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-35 ปี (ร้อยละ 64.7) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 20) และกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 15.3) ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างอายุน้อยที่สุด 16 ปี และอายุมากที่สุด 42 ปี มีอายุเฉลี่ย 28 ปี ($\bar{x} = 27.88$, S.D. = 6.96) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป (ร้อยละ 76.6) โดยมีระยะเวลาการศึกษาเฉลี่ย 10 ปี ($\bar{x} = 10.55$, S.D. = 3.45) ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 30.6) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 11,507 บาท/เดือน ($\bar{x} = 11,507.06$, S.D. = 8,248.86) ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000 บาท (mode = 10,000) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์หลัง (ร้อยละ 51.8) และลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 60.0) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของสตรีตั้งครรภ์ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 85)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($\bar{x} = 27.88$, S.D. = 6.96, min-max = 16-42)		
น้อยกว่า 20	13	15.3
20-35	55	64.7
มากกว่า 35	17	20.0

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของสตรีตั้งครรภ์
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 85) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	6	7.1
ธุรกิจส่วนตัว	17	20.0
ลูกจ้าง	17	20.0
แม่บ้าน	26	30.6
อื่น ๆ	19	22.4
ระดับการศึกษา (ปี) ($\bar{x}$ = 10.55, S.D. = 3.45, min-max = 6-18)		
ประถมศึกษา (6)	20	23.5
มัธยมศึกษาตอนต้น (9)	23	27.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย (12)	23	27.1
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า (> 12)	19	22.4
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท) ($\bar{x}$ = 11,507.06, S.D. = 8,242.86, min-max = 2,000-40,000, mode = 10,000)		
น้อยกว่า 5,000	14	16.5
5,000-10,000	39	45.9
10,001-15,000	14	16.5
มากกว่า 15,000	18	21.2
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	41	48.2
ครรภ์หลัง	44	51.8
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	51	60.0
ครอบครัวขยาย	34	40.0

แรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 38.69 คะแนน (S.D. = 8.95) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมค่อนข้างสูง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.85) รองลงมาคือ ด้านอารมณ์ (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.74) และด้านสิ่งของได้รับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.28) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 85)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์*
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0-60	12-60	38.69	8.95	-
- แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล	0-12	1-12	8.54	2.23	2.85
- แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	0-24	7-24	16.45	3.93	2.74
- แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ	0-24	4-24	13.71	4.19	2.28

* ค่าเฉลี่ย / จำนวนข้อ

ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานอยู่ระหว่าง 51-98 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 78.01 คะแนน (S.D. = 9.45) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้มีค่าสูงสุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.00) รองลงมาคือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.99) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.93) และด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.08) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน (n = 85)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์*
ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานโดยรวม	28-140	51-98	78.01	9.45	-
- ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย	13-65	21-52	38.93	6.85	2.99
- ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล	6-30	6-20	12.48	2.85	2.08
- ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ	6-30	11-25	17.61	3.23	2.93
- ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้	3-15	5-13	8.99	1.61	3.00

* ค่าเฉลี่ย / จำนวนข้อ

การเผชิญความเครียด

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.93) รองลงมาคือ ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.44) และด้านการจัดการกับอารมณ์ใช้น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 1.90) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียด (n = 85)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์*
การเผชิญความเครียดรายด้าน					
- ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	16-55	38.04	7.84	2.93
- ด้านการจัดการกับอารมณ์	9-45	9-28	17.11	4.25	1.90
- ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม	14-70	16-52	34.11	7.36	2.44

* ค่าเฉลี่ย / จำนวนข้อ

การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์

จากผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.153, p > .05$) แต่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.251, p < .05$) (ตารางที่ 5)

สมมติฐานข้อที่ 2 ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์

จากผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.085, p > .05, r = .133, p > .05$ และ $r = .124, p > .05$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน และการเผชิญความเครียดจำแนกเป็นรายด้าน ($n = 85$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ระดับการศึกษา	-				
2. แรงสนับสนุนทางสังคม	-.076	-			
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน	-.153	-.251*	-		
4. การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	.284**	.029	-.085	-	
5. การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์	.299**	-.129	.133	.439**	-
6. การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม	.315**	-.084	.124	.652**	.681**

* = $p < .05$, ** = $p < .01$

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-35 ปี (ร้อยละ 64.7) (ตารางที่ 1) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ จึงเป็นผู้ที่มีความมั่นคงทางอารมณ์และมีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีการพิจารณาแก้ไขปัญหาอย่างรอบคอบ (Siruang, 2002: 65) และสามารถนำแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ มาใช้ในการเผชิญกับปัญหาได้อย่างเต็มที่ (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535: 84) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป (ร้อยละ 76.6) มีจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ย 10 ปี ($\bar{x} = 10.55$, S.D. = 3.45) (ตารางที่ 1) ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำหนดจำนวนปีการศึกษาพื้นฐานภาคบังคับที่ได้กำหนดไว้ 9 ปี ตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545: 2) ซึ่งบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีทักษะในการสื่อสารที่ดี มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลทั้งจากสื่อต่าง ๆ และจากบุคคล (ปรมะ สตะเวทิน, 2538: 116-117) โดยรู้จักซักถามปัญหาที่ตนไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อย (Muhlenkamp & Sayles, 1986: 336) ผลที่ตามมาคือบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะได้รับข้อมูลทางการวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยากรณ์โรคจากแพทย์ได้มากกว่าและชัดเจนกว่า (Bloom, 1982: 1335-1336) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 30.6) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 11,507 บาท/เดือน (ตารางที่ 1) ซึ่งต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนของประชากรทั้งประเทศ (13,736 บาท/เดือน) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547: 163) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์หลัง (ร้อยละ 51.8) ซึ่งผู้ที่เคยผ่านการตั้งครรภ์หรือมีการตั้งครรภ์มาแล้วหลายครั้งจะทำให้มีประสบการณ์และเกิดทักษะในการแก้ปัญหา เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยจะทำให้สามารถเข้าใจและแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ (พรรณี ภู่นประดับ, 2538: 50) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 60.0) (ตารางที่ 1)

แรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 38.69 คะแนน (S.D. = 8.95) (ตารางที่ 2) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมค่อนข้างสูง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มครอบครัวมากที่สุด ($\bar{x} = 13.65$, S.D. = 3.38) รองลงมาคือ กลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ และกลุ่มญาติและเพื่อน ($\bar{x} = 12.53$, S.D. = 3.62 และ $\bar{x} = 12.52$, S.D. = 3.78 ตามลำดับ) (ภาคผนวก ญ) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 60) (ตารางที่ 1) แต่การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในกรณีนี้ส่วนใหญ่จะเป็นสิ่งที่ได้รับจากบุคลากรทางด้านสุขภาพอยู่แล้ว นอกเหนือจากเรื่องของภาวะสุขภาพโดยตรงการสนับสนุนทางสังคมจึงจะได้รับจากครอบครัว ซึ่งตามวัฒนธรรมไทยเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องดูแล เอาใจใส่ และให้ความรักความห่วงใย ผู้เจ็บป่วยในครอบครัว (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลูติมา ลือประเสริฐ (Lueprasert, 2003) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.85) (ตารางที่ 2) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลจากกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพมากที่สุด ($\bar{x} = 3.09$, S.D. = 0.87) รองลงมาคือ กลุ่มครอบครัว และกลุ่มญาติและเพื่อน ($\bar{x} = 2.85$, S.D. = 0.84 และ $\bar{x} = 2.60$, S.D. = 1.01 ตามลำดับ) (ภาคผนวก ญ) เนื่องจากระบบบริการสุขภาพที่มีการตรวจคัดกรองเบาหวานและให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่แล้ว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลมีค่าสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลข่าวสารและด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ที่สำคัญจะช่วยให้ผู้ป่วยแปลความหมายของเหตุการณ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้นและสามารถเข้าใจเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น (จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536; สุพัตรา ไกรโสภ, 2539; Newton & Mateo, 1994: 138)

ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานอยู่ระหว่าง 51-98 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 78.01 คะแนน (S.D. = 9.45) (ตารางที่ 3) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงที่รอตรวจ

คัดกรองเบาหวานเท่านั้นยังไม่ทราบผลการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน ซึ่งขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานนั้นก็ไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติที่จะสามารถคุกคามต่อชีวิตตนเองหรือทารกในครรภ์ ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา นะรมรัมย์ (Naromrum, 2003) ในหญิงตั้งครรภ์ที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และบุษกร ประภาพรสุข (Prapapornsuk, 2001) ในสตรีที่มีบุตรยาก อร์พิน เกตุแก้วมณี (2541) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และเคลาสัน (Clauson, 1996: 307-325) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้มีค่าสูงสุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.00) (ตารางที่ 3) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่างรอตรวจคัดกรองเบาหวานและยังไม่ทราบผลการวินิจฉัยที่แน่นอน เมื่อยังไม่ทราบผลขั้นต้นว่าตนเองเป็นอะไรจึงไม่สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดตามมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อ้อมใจ สิทธิจำลอง (2542) และอร์พิน เกตุแก้วมณี (2541) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้มีค่าสูงสุดเช่นกัน

การเผชิญความเครียด

กลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกันคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ที่ว่าบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน ซึ่งสนับสนุนโดยการศึกษาของ ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีวิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.93) (ตารางที่ 4) เช่น การพยายามมองสถานการณ์นั้นอย่างมีความหมาย การพยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ และการพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้น (ภาคผนวก ก) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้อยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยเพียงแค่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และอยู่ระหว่างรอตรวจคัดกรองเบาหวานเท่านั้น ซึ่งในขณะนี้กลุ่มตัวอย่างจะพยายามรวบรวมปัญหา

และค้นหาข้อมูลเพื่อที่จะแก้ปัญหาให้ถูกวิธี ดังนั้นจึงตัดสินใจเลือกและปฏิบัติต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม

นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป (ร้อยละ 76.6) (ตารางที่ 1) ทำให้เป็นผู้ที่รู้จักการแสวงหาข้อมูลและได้รับข้อมูล แล้วยังรู้จักใช้ทักษะในการแก้ปัญหาและนำข้อมูลที่ได้รับมาประยุกต์ให้เข้ากับสถานการณ์ความเป็นจริงได้อย่างเหมาะสม (Jalowiec & Powers, 1981: 13) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด เพราะการศึกษาเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทำให้บุคคลมีสติปัญญาที่ดีและช่วยเพิ่มทักษะในการเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-35 ปี) (ร้อยละ 64.7) (ตารางที่1) ซึ่งเป็นวัยที่มีความมั่นคงทางอารมณ์และมีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้มีการพิจารณาแก้ไขปัญหาอย่างรอบคอบ (Siruang, 2002: 65) และสามารถนำแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ มาใช้ในการเผชิญกับปัญหาได้อย่างเต็มที่ (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535: 84) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรถ์เป็นครรถ์หลัง (ร้อยละ 51.8) (ตารางที่1) ซึ่งผู้ที่เคยผ่านการตั้งครรถ์หรือมีการตั้งครรถ์มาแล้วหลายครั้งจะทำให้มีประสบการณ์และเกิดทักษะในการแก้ปัญหา เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยจะทำให้สามารถเข้าใจและแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ (พรณี จันทประดับ, 2538: 50)

สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้รองลงมาคือ ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.44) และด้านการจัดการกับอารมณ์ (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 1.90) ตามลำดับ (ตารางที่ 4) เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบปัญหาที่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถหาทางแก้ปัญหาได้โดยตรงจึงใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับปัญหาทางอ้อม เช่น การยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง การปลอบใจตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลยทุกสิ่งทุกอย่างคงจะคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น” และการยอมรับในสิ่งที่ต้องลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริง ๆ (ภาคผนวก ก) และการจัดการกับอารมณ์ เช่น การเตรียมพร้อมที่จะรับเหตุการณ์ที่อาจเลวร้ายที่สุด กังวลใจ และประหม่า หงุดหงิด (ภาคผนวก ก) เพื่อให้ตนเองมีความเครียดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541) ในหญิงตั้งครรถ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) ในหญิงตั้งครรถ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง นฤตยา ปากเพ็ญ (Pakpreo, 2002) ในหญิงตั้งครรถ์ กาญจนา นะรมรัมย์ (Naromrum, 2003) ในหญิงตั้งครรถ์ที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และบุษกร ประภาพรสุข (Prapapornsuk, 2001) ในสตรีที่มีบุตรยาก ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม และด้านการจัดการกับอารมณ์ใช้น้อยที่สุดเช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์

จากผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.153, p > .05$) (ตารางที่ 5) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป (ร้อยละ 76.6) มีจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ย 10 ปี ($\bar{x} = 10.55, S.D. = 3.45$) (ตารางที่ 1) ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำหนดจำนวนปีการศึกษาพื้นฐานภาคบังคับที่ได้กำหนดไว้ 9 ปี ตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี, 2545: 2) ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงเมื่อได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจและการรักษาจะทำความเข้าใจได้ดี รู้จักแสวงหาข้อมูล และใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาของตนได้ และอาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถรับรู้และมีความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเบาหวานและการรักษาจากบุคลากรของโรงพยาบาลและจากสื่อต่าง ๆ ได้ดี จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไบลด์เลย์และเนลเซน (Bailey & Nielsen, 1993: 63-67) ในผู้ป่วยหญิงโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเช่นกัน

สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.251, p < .05$) (ตารางที่ 5) แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานต่ำ ในทางตรงกันข้ามถ้าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานสูง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงที่รอตรวจคัดกรองเบาหวานและยังไม่ทราบผลการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างต้องรอตรวจคัดกรองเบาหวานโดยที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ว่าตนเองจะเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ก็น่าจะมีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้นได้ แต่ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{x} = 38.69, S.D. = 8.95$) (ตารางที่ 2) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลจากกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพมากที่สุด ($\bar{x} = 3.09, S.D. = 0.87$) และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านสิ่งของจากกลุ่มครอบครัวมากที่สุด ($\bar{x} = 5.67, S.D. = 1.64$ และ $\bar{x} = 5.13, S.D. = 1.82$ ตามลำดับ) (ภาคผนวก ญ) ซึ่งมีผลทำให้ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536; ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538; สุภาณี แก้วธารงค์, 2543; Bennett, 1993: 131-139; Mishel & Barden, 1988: 98-103) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมใจ สิทธิจำลอง (2542) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และการศึกษาของ จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

การศึกษานี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ มิเชล ที่เสนอว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังแสดงในรูปแบบของการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1990) (แผนภูมิที่ 1)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์

จากผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.085$, $r = .133$, $r = .124$, $p > .05$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 5) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 76.6) (ตารางที่ 1) จึงมีความสามารถในการรับข้อมูล เข้าใจ และสามารถแยกแยะระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนได้ ทำให้ไม่มีผลต่อการใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดทุก ๆ ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน เกตุแก้วมณี (2541) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี กาญจนา นะรมรัมย์ (Naromrum, 2003) ในหญิงตั้งครรภ์ที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และบุษกร ประภาพรสุข (Prapapornsuk, 2001) ในสตรีที่มีบุตรยาก ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดเช่นกัน

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบสหสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล และทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ ลาซารัสและฟอล์คแมน เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานด้วยวิธี 50 gram glucose challenge test ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 85 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ จันทรทิพย์ วงศ์วัฒน์ (2536) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire Part II; SSQ Part II) ของ เชพเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) เมื่อนำมาใช้กับสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .87
3. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน ผู้วิจัยดัดแปลงมาแปลมาจากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล (Mishel Uncertainty Inventory Scale: MUIS) (Mishel, 1981) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และเมื่อนำมาใช้กับสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .75
4. แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ นิตยา สุทธยากร (2531) ที่แปลมาจากแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (The Jalowiec Coping Scal: JCS) (Jalowiec, 1988)

เมื่อนำมาใช้กับสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ .90

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยครั้งนี้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ผ่านการตรวจสอบโครงร่างการวิจัย โดยคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี รวมทั้งได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้และลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มเข้าร่วมงานวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น.

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. สตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมค่อนข้างสูง ($\bar{x} = 38.69$, S.D. = 8.95) โดยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.85) รองลงมาคือ ด้านอารมณ์ (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.74) และด้านสิ่งของ (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.28) ตามลำดับ

2. สตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานมีความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 78.01$, S.D. = 9.45) โดยมีด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้มีค่าสูงสุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.00) รองลงมาคือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.99) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.93) และด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.08) ตามลำดับ

3. สตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.93) รองลงมาคือ ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.44) และด้านการจัดการกับอารมณ์ (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 1.90) ตามลำดับ

4. ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.153$, $p > .05$) แต่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.251$, $p < .05$)

5. ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับ

อารมณ์ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.085, p > .05$, $r = .133, p > .05$ และ $r = .124, p > .05$ ตามลำดับ)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ข้อคำถามบางข้อในแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานเป็นเหตุการณ์ที่ยังไม่เคยเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความไม่เข้าใจและยากที่จะตอบคำถามได้ เช่น อาการของฉันเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจนคาดการณ์ไม่ได้ และอาการของฉันเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ บางวันก็ดี บางวันก็ไม่ดี ดังนั้นการนำเครื่องมือชุดนี้ไปใช้ในงานวิจัยอื่น ๆ ต่อ จึงควรพิจารณาข้อคำถามต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ตอบสามารถเข้าใจและตอบได้ง่ายขึ้น

2. การให้คำนิยามคำตอบ (response check) ของแบบสอบถามอาจไม่สื่อให้เกิดความเข้าใจในการตอบได้อย่างเหมาะสม เช่น แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน ให้คำนิยามคำตอบของข้อความว่า จริงที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกข้อความดังกล่าวเป็นจริงอย่างมาก และแบบสอบถามการเผชิญความเครียด ให้คำนิยามคำตอบของข้อความว่า ไม่เคย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเลย น่าจะเป็นการตอบในลักษณะของความเห็นด้วยกับข้อคำถามนั้น ๆ มากกว่าการตอบว่าจริงหรือไม่ ดังนั้นผู้ที่จะนำเครื่องมือชุดนี้ไปใช้จึงควรปรับการให้คำนิยามคำตอบของแบบสอบถามดังกล่าว เพื่อให้ผู้ตอบสามารถทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ได้มากขึ้น ซึ่งจะทำได้จริงและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากการศึกษพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มครอบครัวมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้บุคคลใกล้ชิดของสตรีตั้งครรภ์ เช่น สามี หรือญาติ ให้มีส่วนร่วมช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในการลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานลง

2. จากการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานมีความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์ทุกราย ตลอดจนให้ความสนใจในเรื่องของอารมณ์และความรู้ความเข้าใจ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด ความรู้และความเข้าใจ ซึ่งผลที่ตามมาคือ อารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อภาวะและสถานการณ์ของความเจ็บป่วย พยาบาลควรให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการตรวจคัดกรองเบาหวาน โดยใช้เทคนิคการติดต่อสื่อสารที่สตรีตั้งครรภ์เข้าใจได้ง่าย ไม่สร้างความรู้สึกไม่แน่ใจหรือคำพูดที่ยากต่อการทำความเข้าใจในสตรีตั้งครรภ์ที่อาจมีระดับการศึกษาหรือฐานะทางสังคมที่แตกต่างกัน

ด้านการศึกษา

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า สถานการณ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลควรมุ่งเน้นให้นักศึกษาเรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์ลง

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน เช่น อายุ รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองเบาหวาน

2. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในรูปแบบของการวิจัยกึ่งทดลอง (experimental research designs) เพื่อศึกษาถึงวิธีการหรือรูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานและสามารถช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน กับการ
เผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์

กรองแก้ว ราษฎร์ดี 4536568 RAMN/M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: อรพินธ์ เจริญผล, M.Ed., ศรีสมร ภูมนสกุล, D.N.S.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus; GDM) เป็นความผิดปกติของการ
เผาผลาญคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate catabolism) ที่ตรวจพบครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (American
Diabetes Association, 2000: 1; Cunningham, et al., 2001: 1359) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มี
ความชุกตั้งแต่ร้อยละ 1-15 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติและเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย ถ้าใช้เกณฑ์ของ
National Diabetes Data Group (NDDG) พบว่ามีความชุกร้อยละ 2-3 ในประเทศไทยมีความชุก
ร้อยละ 2.1 แต่ถ้าใช้เกณฑ์ของ World Health Organization (WHO) พบว่ามีความชุกร้อยละ 15
ในประเทศไทยมีความชุกร้อยละ 15.7 (ธีระ ทองสง และชนเนตร วนาภิรักษ์, 2541: 388; พัญญ
พันธ์บุรณะ, 2545: 82-83; Cunningham, et al., 2001: 1359-1381) และจากการสำรวจโรงพยาบาล
ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มีการตรวจคัดกรอง
เบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เรียกว่า Selective screening
test ซึ่งจากการสำรวจบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ย้อนหลังของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนก
ฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 5,653 ราย (เดือนมกราคม 2546-
เดือนธันวาคม 2548) พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน
929 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.43 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทั้งหมด และพบอัตราความชุกของ
โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 5.1 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน
ทั้งหมด (47 รายใน 929 ราย) (ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของ NDDG) ซึ่งถือ

ว่ามีความชุกของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับที่สูง (แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี, 2549)

โรคเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดในสตรีตั้งครรภ์ (วินิต พัวประดิษฐ์, 2533: 163) ก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารก กล่าวคือ โรคเบาหวานทำให้สตรีตั้งครรภ์เสียชีวิตจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ในไตรมาสแรกและหลังคลอด หรือเกิดภาวะคีโตอะซิโดสิส (Ketoacidosis) ในไตรมาสที่สองและสาม (Gabbe & Hibard, 1989: 309) และยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สูงขึ้น เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension) การคลอดก่อนกำหนด (Premature labour) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Hydramnios) การติดเชื้อ (Infection) การแท้งบุตร (Spontaneous abortion) และทารกในครรภ์มักจะมีตัวโต (Macrosomia) มีผลทำให้คลอดยากต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการเข้าช่วยทำให้มีการตกเลือดและติดเชื้อตามมาภายหลัง (Gabbe et al., 1976: 549-551) ผลของโรคเบาหวานต่อทารกที่อาจจะเกิดขึ้นคือ ทารกตายในครรภ์ (Intrauterine fetal death) หรือทารกตายแรกเกิดสูงขึ้น (Neonatal death) ทารกมีความพิการแต่กำเนิด (Congenital malformation) มีกลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด (วินิต พัวประดิษฐ์, 2533: 166-167; Kitzmiller, et al., 1978: 560; Lemons, et al., 1981: 187) มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia) มีภาวะตัวเหลือง (Hyperbilirubinemia) และพบว่าพัฒนาการทางด้านสมองของทารกจะได้รับผลกระทบด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Overt diabetes) ประมาณร้อยละ 1-3 (American Diabetes Association, 2000: 1-176; Uvena-celebrezze & Catalono, 2000: 127-139)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และมีความรู้สึกไม่แน่นอนเพิ่มมากขึ้น (Johnson & Murphy, 1986: 177) เช่นเดียวกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก็จัดอยู่ในสถานการณ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สตรีตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้นและสตรีตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน ซึ่งส่วนหนึ่งในความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์จะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน จะเกิดความคลุมเครือ สงสัย และไม่แน่ใจว่าจะเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ ดังนั้นการที่สตรีตั้งครรภ์ต้องรอตรวจคัดกรองเบาหวานโดยที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ว่าตนเองจะเป็นโรคเบาหวานหรือไม่นั้นอาจจะมีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตามความสามารถในการรับรู้หรือรู้คิดเพื่อพิจารณาตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์

แต่แต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลส่งเสริมความสามารถเหล่านี้คือ ระดับการศึกษา ซึ่งจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ให้ความหมายต่อสถานการณ์ได้ง่ายและรวดเร็ว กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถทำความเข้าใจและแปลความหมายของเหตุการณ์ได้เร็วกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Mishel, 1988: 227) ส่วนแหล่งประโยชน์ที่คอยช่วยเหลือที่สำคัญและมีส่วนช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทั้งสองที่กล่าวมาจะมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนที่สตรีตั้งครรภ์รับรู้จะนำไปสู่การประเมินตัดสินต่อสถานการณ์การรอดตรวจคัดกรองเบาหวานในลักษณะที่เป็นความเครียด มีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องค้นหาหนทางในการเผชิญและจัดการเพื่อบรรเทาความเครียด หากสตรีตั้งครรภ์เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพอาจทำให้มีอาการเหนื่อยล้า โกรธ รู้สึกผิด เหนื่อยหน่าย สิ้นหวัง รวมทั้งรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ จะทำให้ละเลยในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์มากยิ่งขึ้น (Kemp & Hatmaker, 1989: 331-336)

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนมากเป็นการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งสตรีตั้งครรภ์เหล่านี้เป็นกลุ่มที่ทราบภาวะเสี่ยงที่ตนมีอยู่แล้ว ส่วนการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่รอผลการตรวจส่วนใหญ่จะเป็นการรอผลการตรวจขึ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัยมะเร็ง ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์และกำลังอยู่ระหว่างการรักษานั้นจะแตกต่างจากความรู้สึกไม่แน่นอนของสตรีที่อยู่ในระยะรอฟังผลการตรวจขึ้นเนื้อ รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ขณะรอดตรวจคัดกรองเบาหวานด้วย ดังนั้นการศึกษารู้สึกไม่แน่นอนขณะรอดตรวจคัดกรองเบาหวานและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม จึงมีความจำเป็นเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้ายังไม่พบการศึกษาถึงความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอดตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอดตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพในโอกาสต่อไป

กรอบทฤษฎีในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล (Mishel, 1983: 324-330; 1988: 225-232; 1990: 256-262) และกรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด

ของลาซารัสและโฟล์คแมน (Folkman & Lazarus, 1988: 2-3; Lazarus & Folkman, 1984: 85-95; 1984b: 141-142) กล่าวคือ

ความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถคาดการณ์หรือทำนายเหตุการณ์ในอนาคตว่าจะมีอันตรายต่อความเป็นอยู่และชีวิตของตนหรือไม่ ความรู้สึกไม่แน่นอนแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย (Ambiguity) 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ (Inconsistency of the information) และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วย ได้ (Unpredictability)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ได้แก่ รูปแบบของสิ่งกระตุ้น ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ และแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้ จะเป็นแหล่งข้อมูลที่บุคคลใช้ในการแปลความหมายเหตุการณ์ความเจ็บป่วย (Mishel, 1988: 225-232)

1. รูปแบบของสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) หมายถึง โครงสร้างและรูปแบบของสิ่งกระตุ้นที่บุคคลรับรู้ ประกอบด้วย แบบแผนของอาการแสดง (Symptom pattern) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event familiarity) และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เคยประสบ (Event congruence) รูปแบบของสิ่งกระตุ้นทั้ง 3 ส่วนนี้มีผลกระทบโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ถ้ารูปแบบของสิ่งกระตุ้นเป็นไปในทางที่ดีก็จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลง แต่ถ้ารูปแบบของสิ่งกระตุ้นไม่เป็นไปในทางที่ดีก็จะเพิ่มความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้มากขึ้น

2. ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ (Cognitive capacity) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลข่าวสารเพื่อพิจารณาตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจมีผลทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยผ่านรูปแบบของสิ่งกระตุ้น

3. แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ (Structure provider) หมายถึง ความพร้อมของแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยบุคคลในการแปลและให้ความหมายต่อองค์ประกอบของสิ่งกระตุ้นนั้น ๆ ประกอบด้วย ระดับการศึกษา (Education) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) และบุคลากรทางสุขภาพที่ผู้ป่วยเชื่อถือ (Credible authority) แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือมีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การที่สตรีตั้งครรภ์ตรวจคัดกรองเบาหวานถือว่าเป็นรูปแบบของสิ่งกระตุ้นที่เข้าสู่การรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่เคยมี

ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมาก่อน ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์จึงไม่สามารถสร้างความชัดเจนและระบุนัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจะมีวิธีการเผชิญที่ต่างกันไปเพราะให้ความหมายของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนแตกต่างกันตามกระบวนการประเมินสถานการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนของแต่ละบุคคล โดยระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์สามารถบอกให้ทราบถึงระดับความสามารถทางการคิดเพื่อประมวลข้อมูลและแปลผล ให้ความหมายต่อเหตุการณ์ และยังเป็นแหล่งสนับสนุนภายในตัวสตรีตั้งครรภ์ที่จะช่วยให้สามารถตัดสินใจและให้คุณค่าต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ภายนอกที่คอยช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในการแปลความหมายของเหตุการณ์ ตลอดจนการได้มีโอกาสปรึกษาหารือ ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสร้างกรอบแบบแผนความนึกคิดได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจรูปแบบของสิ่งกระตุ้นได้ชัดเจนมากขึ้น

เมื่อพิจารณาสถานการณ์เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเบาหวานทำให้สตรีตั้งครรภ์จะต้องประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนขณะตรวจคัดกรองเบาหวาน กระบวนการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ มิเชล (Mishel, 1988: 228-231; 1990: 256) ประกอบด้วย การลงความเห็น (Inference) เป็นการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่ตนเคยประสบมา และการสร้างความเชื่อใหม่ (Illusion) เป็นการสร้างรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยให้เป็นไปในทางที่ดีหรือทางที่ตนต้องการ เพื่อให้เกิดความหวังและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า หรือให้อยู่ห่างไกลจากภาวะคุกคามจากความเจ็บป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อการลงความเห็นและการสร้างความเชื่อใหม่นั้นจะขึ้นกับบุคลิกภาพและลักษณะส่วนตัวของบุคคล ระดับสติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ และบริบทของเหตุการณ์นั้น ๆ รวมทั้งแหล่งประโยชน์ทางสังคม และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ปัจจัยที่กล่าวมานี้จะมีผลต่อการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งให้ผลลัพธ์ 2 ด้าน คือ

1. การประเมินตัดสินใจเป็นโอกาส (Opportunity appraisal) เป็นผลจากการประเมินตัดสินใจว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นทางเลือกที่ให้โอกาสที่ดีแก่ตนเองในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียด หรือเลือกที่จะอยู่กับความไม่แน่นอน หรืออาจเป็นผลจากการสร้างความเชื่อในด้านดี เพื่อให้เกิดความหวังและความมีคุณค่าในตนเอง (Mishel, 1988: 228-231, 1990: 256) หรือเป็นผลจากการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นสถานการณ์ที่ท้าทาย หรือการมองโลกในแง่ดี ส่วนใหญ่ผู้ที่ประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาสมักจะเป็นผู้ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับต่ำและมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ดี

2. การประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย (Danger appraisal) เป็นผลจากการประเมินตัดสินว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Mishel, 1990: 256) ความกลัวของชีวิต มีทางเลือกจำกัด ไม่ปลอดภัย มีความเสี่ยงสูง และอยู่ในภาวะที่หมดหนทางช่วยเหลือ (Hilton, 1992: 70) หรือมีความหวังน้อย (Christman, 1990: 17-20) ส่วนใหญ่ผู้ที่ประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตรายมักจะเป็นผู้ที่มีความเครียดสูงหรืออยู่ในภาวะซึมเศร้า มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี หรือเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกระทบกันและเป็นเหตุการณ์ใหม่ หรือเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ ทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับสูง (Bailey & Nielsen, 1993: 63-67; Mishel & Sorenson, 1991: 170; Mishel, et al., 1991: 238; Wineman, et al., 1994: 192-193)

ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนย่อมมีวิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการประเมินตัดสินของแต่ละบุคคลว่าเป็นอันตรายหรือเป็นโอกาส เมื่อบุคคลสามารถใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะสามารถปรับตัวได้ดี ซึ่งจะเป็นการปรับเปลี่ยนทางด้านจิตสังคม คุณภาพชีวิต และสุขภาพ (Mishel, 1988: 229-231)

การเผชิญความเครียด (Coping) หมายถึง ความพยายามทางด้านความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลใช้จัดการกับความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่ความสามารถของแต่ละบุคคล (Folkman & Lazarus, 1988: 2-3; Lazarus & Folkman, 1984: 85-95; 1984b: 141-142)

การเผชิญความเครียดแต่ละครั้ง บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันออกไป ซึ่งสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมักถูกประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอันตราย ไม่สามารถทำนายผลที่จะเกิดขึ้นได้ชัดเจน และเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนจึงถูกประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด บุคคลจึงใช้วิธีเผชิญความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนดังนี้ (Lazarus & Folkman, 1984)

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping behaviors) หมายถึง การมุ่งที่จะควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดี โดยการพยายามหาวิธีต่าง ๆ ในการควบคุมปัญหา อาจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่
2. การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping behaviors) หมายถึง การแก้ปัญหหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ โดยที่สถานการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง
3. การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative or passive coping behaviors) หมายถึง การแก้ปัญหโดยการควบคุมสถานการณ์และคิดหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหา โดยที่สถานการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน และการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์
2. ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานด้วยวิธี 50 gram glucose challenge test ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 85 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ จันทร์ทิพย์ วงศ์วัฒน์ (2536) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire Part II; SSQ Part II) ของ เชพเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) เมื่อนำมาใช้กับสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .87
3. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ (2533) ที่แปลมาจากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล (Mishel Uncertainty

Inventory Scale: MUIS) (Mishel, 1981) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และเมื่อนำมาใช้กับสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .75

4. แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ นิตยา สุทธยากร (2531) ที่แปลมาจากแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (The Jalowiec Coping Scal: JCS) (Jalowiec, 1988) เมื่อนำมาใช้กับสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .90

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยครั้งนี้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ผ่านการตรวจสอบโครงร่างการวิจัยโดยคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี รวมทั้งได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้และลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มเข้าร่วมงานวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น.

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-35 ปี (ร้อยละ 64.7) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 20) และกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 15.3) ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างอายุน้อยที่สุด 16 ปี และอายุมากที่สุด 42 ปี มีอายุเฉลี่ย 28 ปี ($\bar{x}$ = 27.88, S.D. = 6.96) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป (ร้อยละ 76.6) โดยมีระยะเวลาการศึกษาเฉลี่ย 10 ปี ($\bar{x}$ = 10.55, S.D. = 3.45) ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 30.6) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 11,507 บาท/เดือน ($\bar{x}$ = 11,507.06, S.D. = 8,248.86) ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000 บาท (mode = 10,000) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์หลัง (ร้อยละ 51.8) และลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 60.0)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 38.69 คะแนน (S.D. = 8.95) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.85) รองลงมาคือ ด้านอารมณ์ (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.74) และด้านสิ่งของได้รับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.28) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม ($n = 85$)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์*
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0-60	12-60	38.69	8.95	-
- แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล	0-12	1-12	8.54	2.23	2.85
- แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	0-24	7-24	16.45	3.93	2.74
- แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ	0-24	4-24	13.71	4.19	2.28

* ค่าเฉลี่ย / จำนวนข้อ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานอยู่ระหว่าง 51-98 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 78.01 คะแนน (S.D. = 9.45) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้มีค่าสูงสุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.00) รองลงมาคือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.99) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.93) และด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.08) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน (n = 85)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์*
ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานโดยรวม	28-140	51-98	78.01	9.45	-
- ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย	13-65	21-52	38.93	6.85	2.99
- ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล	6-30	6-20	12.48	2.85	2.08
- ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ	6-30	11-25	17.61	3.23	2.93
- ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้	3-15	5-13	8.99	1.61	3.00

* ค่าเฉลี่ย / จำนวนข้อ

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.93) รองลงมาคือ ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.44) และด้านการจัดการกับอารมณ์ใช้น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 1.90) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียด (n = 85)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์*
การเผชิญความเครียดรายด้าน					
- ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	16-55	38.04	7.84	2.93
- ด้านการจัดการกับอารมณ์	9-45	9-28	17.11	4.25	1.90
- ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม	14-70	16-52	34.11	7.36	2.44

* ค่าเฉลี่ย / จำนวนข้อ

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.153, p > .05$) แต่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.251, p < .05$) และพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.085, p > .05, r = .133, p > .05$ และ $r = .124, p > .05$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน และการเผชิญความเครียด จำแนกเป็นรายด้าน ($n = 85$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ระดับการศึกษา	-				
2. แรงสนับสนุนทางสังคม	-.076	-			
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน	-.153	-.251*	-		
4. การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	.284**	.029	-.085	-	
5. การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์	.299**	-.129	.133	.439**	-
6. การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม	.315**	-.084	.124	.652**	.681**

* = $p < .05$, ** = $p < .01$

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-35 ปี (ร้อยละ 64.7) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่จึงเป็นผู้ที่มีความมั่นคงทางอารมณ์และมีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีการพิจารณาแก้ไขปัญหาอย่างรอบคอบ (Siruang, 2002: 65) และสามารถนำแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ มาใช้ในการเผชิญกับปัญหาได้อย่างเต็มที่ (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535: 84) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป (ร้อยละ 76.6) มีจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ย 10 ปี ($\bar{x} = 10.55, S.D. = 3.45$) ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำหนดจำนวนปีการศึกษาพื้นฐานภาคบังคับที่ได้กำหนดไว้ 9 ปี ตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา, 2545: 2) ซึ่งบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีทักษะในการสื่อสาร

ที่ดี มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลทั้งจากสื่อต่าง ๆ และจากบุคคล (ปรมะ สตะเวทิน, 2538: 116-117) โดยรู้จักซักถามปัญหาที่ตนไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อย (Muhlenkamp & Sayles, 1986: 336) ผลที่ตามมาคือ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะได้รับข้อมูลทางการวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยากรณ์โรคจากแพทย์ได้มากกว่าและชัดเจนกว่า (Bloom, 1982: 1335-1336) ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 30.6) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 11,507 บาท/เดือน ซึ่งต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนของประชากรทั้งประเทศ (13,736 บาท/เดือน) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547: 163) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรถ์เป็นครรถ์หลัง (ร้อยละ 51.8) ซึ่งผู้ที่เคยผ่านการตั้งครรถ์หรือมีการตั้งครรถ์มาแล้วหลายครั้งจะทำให้มีประสบการณ์และเกิดทักษะในการแก้ปัญหา เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยจะทำให้สามารถเข้าใจและแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ (พรณี ฐันประดับ, 2538: 50) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 60.0)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 38.69 คะแนน (S.D. = 8.95) (ตารางที่ 1) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมค่อนข้างสูง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มครอบครัวมากที่สุด ($\bar{x} = 13.65$, S.D. = 3.38) รองลงมาคือ กลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ และกลุ่มญาติและเพื่อน ($\bar{x} = 12.53$, S.D. = 3.62 และ $\bar{x} = 12.52$, S.D. = 3.78 ตามลำดับ) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 60) (ตารางที่ 1) แต่การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในกรณีนี้ส่วนใหญ่จะเป็นสิ่งที่ได้รับจากบุคลากรทางด้านสุขภาพอยู่แล้ว นอกเหนือจากเรื่องของภาวะสุขภาพโดยตรงการสนับสนุนทางสังคมจึงจะได้รับจากครอบครัว ซึ่งตามวัฒนธรรมไทยเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องดูแล เอาใจใส่ และให้ความรักความห่วงใยผู้เจ็บป่วยในครอบครัว (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลูตีมา ลือประเสริฐ (Lueprasert, 2003) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูงเช่นกัน และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.85) (ตารางที่ 1) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลจากกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพมากที่สุด ($\bar{x} = 3.09$, S.D. = 0.87) รองลงมาคือ กลุ่มครอบครัว และกลุ่มญาติและเพื่อน ($\bar{x} = 2.85$, S.D. = 0.84 และ $\bar{x} = 2.60$, S.D. = 1.01 ตามลำดับ) เนื่องจากระบบบริการสุขภาพที่มีการตรวจคัดกรองเบาหวานและให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่แล้ว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ใน

ระดับค่อนข้างสูง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลมีค่าสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ที่สำคัญจะช่วยให้ผู้ป่วยแปลความหมายของเหตุการณ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้นและสามารถเข้าใจเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น (จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536; สุพัตรา ไกรโสภา, 2539; Newton & Mateo, 1994: 138)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานอยู่ระหว่าง 51-98 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 78.01 คะแนน (S.D. = 9.45) (ตารางที่ 2) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงที่รอตรวจคัดกรองเบาหวานเท่านั้น ยังไม่ทราบผลการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน ซึ่งขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานนั้นก็ไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติที่จะสามารถคุกคามต่อชีวิตตนเองหรือทารกในครรภ์ ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา นะรมรัมย์ (Naromrum, 2003) ในหญิงตั้งครรภ์ที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และบุษกร ประภาพรสุข (Prapapornsuk, 2001) ในสตรีที่มีบุตรยาก อรพิน เกตุแก้วมณี (2541) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และเคลาสัน (Clauson, 1996: 307-325) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้มีค่าสูงสุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.00) (ตารางที่ 2) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่างรอตรวจคัดกรองเบาหวานและยังไม่ทราบผลการวินิจฉัยที่แน่นอน เมื่อยังไม่ทราบผลขั้นต้นว่าตนเองเป็นอะไรจึงไม่สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดตามมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อ้อมใจ สิทธิจำลอง (2542) และ อรพิน เกตุแก้วมณี (2541) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ มีค่าสูงสุดเช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกันคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ที่ว่า บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน ซึ่งสนับสนุนโดยการศึกษาของ ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีวิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.93) (ตารางที่ 3) เช่น การพยายามมองสถานการณ์นั้นอย่างมีความหมาย การพยายามควบคุม

สถานการณ์เท่าที่จะทำได้ และการพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้อยู่ในภาวะที่เจ็บป่วย เพียงแค่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และอยู่ระหว่างรอตรวจคัดกรองเบาหวานเท่านั้น ซึ่งในระยะนี้กลุ่มตัวอย่างจะพยายามรวบรวมปัญหาและค้นหาข้อมูลเพื่อที่จะแก้ปัญหาให้ถูกวิธี ดังนั้นจึงตัดสินใจเลือกและปฏิบัติต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป (ร้อยละ 76.6) ทำให้เป็นผู้ที่รู้จักการแสวงหาข้อมูลและได้รับข้อมูล แล้วยังรู้จักใช้ทักษะในการแก้ปัญหาและนำข้อมูลที่ได้รับมาประยุกต์ให้เข้ากับสถานการณ์ความเป็นจริงได้อย่างเหมาะสม (Jalowiec & Powers, 1981: 13) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด เพราะการศึกษาเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทำให้บุคคลมีสติปัญญาที่ดีและช่วยเพิ่มทักษะในการเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-35 ปี) (ร้อยละ 64.7) ซึ่งเป็นวัยที่มีความมั่นคงทางอารมณ์และมีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีการพิจารณาแก้ไขปัญหาย่างรอบคอบ (Siruang, 2002: 65) และสามารถนำแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ มาใช้ในการเผชิญกับปัญหาได้อย่างเต็มที่ (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535: 84) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก (ร้อยละ 51.8) ซึ่งผู้ที่เคยผ่านการตั้งครรภ์หรือมีการตั้งครรภ์มาแล้วหลายครั้งจะทำให้มีประสบการณ์และเกิดทักษะในการแก้ปัญหาเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยจะทำให้สามารถเข้าใจและแก้ไขปัญหได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ (พรรณี นุ่นประดับ, 2538: 50)

สำหรับการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้รองลงมาคือ ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.44) และด้านการจัดการกับอารมณ์ (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 1.90) ตามลำดับ (ตารางที่ 3) เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบปัญหาที่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถหาทางแก้ปัญหาได้โดยตรงจึงใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับปัญหาทางอ้อม เช่น การยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง การปลอบใจตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลยทุกสิ่งทุกอย่างคงจะคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น” และการยอมรับในสิ่งที่ตรงลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริง ๆ และการจัดการกับอารมณ์ เช่น การเตรียมพร้อมที่จะรับเหตุการณ์ที่อาจเลวร้ายที่สุด กังวลใจ และประหม่า หงุดหงิด เพื่อให้ตนเองมีความเครียดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง นฤตยา ปากเพรียว (Pakpreo, 2002) ในหญิงตั้งครรภ์ กาญจนา นะรมรัมย์ (Naromrum, 2003) ในหญิงตั้งครรภ์ที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และบุษกร ประภาพรสุข

(Prapapornsuk, 2001) ในสตรีที่มีบุตรยาก ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์และด้านการจัดการกับอารมณ์ใช้น้อยที่สุดเช่นกัน

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.153, p > .05$) (ตารางที่ 4) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป (ร้อยละ 76.6) มีจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ย 10 ปี ($\bar{x} = 10.55, S.D. = 3.45$) ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำหนดจำนวนปีการศึกษาพื้นฐานภาคบังคับที่ได้กำหนดไว้ 9 ปี ตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนัก นายกรัฐมนตรี, 2545: 2) ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงเมื่อได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจและการรักษาจะทำความเข้าใจได้ดี รู้จักแสวงหาข้อมูล และใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาของตนได้ และอาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถรับรู้และมีความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเบาหวานและการรักษาจากบุคลากรทีมสุขภาพและจากสื่อต่าง ๆ ได้ดี จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไบล์และเนลเซน (Bailey & Nielsen, 1993: 63-67) ในผู้ป่วยหญิงโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเช่นกัน

สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.251, p < .05$) (ตารางที่ 4) แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานต่ำ ในทางตรงกันข้ามถ้าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานสูง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงที่รอตรวจคัดกรองเบาหวานและยังไม่ทราบผลการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างต้องรอตรวจคัดกรองเบาหวานโดยที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ว่าตนเองจะเป็นโรคเบาหวานหรือไม่นั้นอาจจะมีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้นได้ แต่ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{x} = 38.69, S.D. = 8.95$) (ตารางที่ 2) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลจากกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพมากที่สุด ($\bar{x} = 3.09, S.D. = 0.87$) และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านสิ่งของจากกลุ่มครอบครัวมากที่สุด ($\bar{x} = 5.67, S.D. = 1.64$ และ $\bar{x} = 5.13, S.D. = 1.82$ ตามลำดับ) ซึ่งมีผลทำให้ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างลดลง

สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536; ฌอนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538; สุภาณี แก้วธำรงค์, 2543; Bennett, 1993: 131-139; Mishel & Barden, 1988: 98-103) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมใจ สิทธิจำลอง (2542) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และการศึกษาของ จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

การศึกษานี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ มิเชล (Mishel, 1990) ที่เสนอว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.085$, $r = .133$, $r = .124$, $p > .05$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 76.6) จึงมีความสามารถในการรับข้อมูล เข้าใจ และสามารถแยกแยะระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนได้ ทำให้ไม่มีผลต่อการใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดทุก ๆ ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน เกตุแก้วมณี (2541) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี กาญจนานา นะรมรัมย์ (Naromrum, 2003) ในหญิงตั้งครรภ์ที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และ บุญกร ประภาพรสุข (Prapapornsuk, 2001) ในสตรีที่มีบุตรยาก ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดเช่นกัน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ข้อคำถามบางข้อในแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานเป็นเหตุการณ์ที่ยังไม่เคยเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความไม่เข้าใจและยากที่จะตอบคำถามได้ เช่น อาการของฉันเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจนคาดการณ์ไม่ได้ และอาการของฉันเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ บางวันก็ดี บางวันก็ไม่ดี ดังนั้นการนำเครื่องมือชุดนี้ไปใช้ในงานวิจัยอื่น ๆ ต่อ จึงควรพิจารณาข้อคำถามต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ตอบสามารถเข้าใจและตอบได้ง่ายขึ้น

2. การให้คำนิยามคำตอบ (response check) ของแบบสอบถามอาจไม่สื่อให้เกิดความเข้าใจในการตอบได้อย่างเหมาะสม เช่น แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรอง

เบาหวาน ให้คำนิยามคำตอบของข้อความว่า จริงที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกข้อความดังกล่าวเป็นจริงอย่างมาก และแบบสอบถามการเผชิญความเครียด ให้คำนิยามคำตอบของข้อความว่า ไม่เคย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเลย น่าจะเป็นการตอบในลักษณะของความเห็นด้วยกับข้อคำถามนั้น ๆ มากกว่าการตอบว่าจริงหรือไม่ ดังนั้นผู้ที่นำเครื่องมือชุดนี้ไปใช้จึงควรปรับการให้คำนิยามคำตอบของแบบสอบถามดังกล่าว เพื่อให้ผู้ตอบสามารถทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ได้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้สามารถประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริงและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มครอบครัวมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้บุคคลใกล้ชิดของสตรีตั้งครรภ์ เช่น สามี หรือญาติ ให้มีส่วนร่วมช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในการลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานลง

2. จากการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานมีความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์ทุกราย ตลอดจนให้ความสนใจในเรื่องของอารมณ์และความรู้ความเข้าใจ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด ความรู้และความเข้าใจ ซึ่งผลที่ตามมาคือ อารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อภาวะและสถานการณ์ของความเจ็บป่วย และพยาบาลควรให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการตรวจคัดกรองเบาหวาน โดยใช้เทคนิคการติดต่อสื่อสารที่สตรีตั้งครรภ์เข้าใจได้ง่าย ไม่สร้างความรู้สึกไม่แน่ใจหรือคำพูดที่ยากต่อการทำความเข้าใจในสตรีตั้งครรภ์ที่อาจมีระดับการศึกษาหรือฐานะทางสังคมที่แตกต่างกัน

ด้านการศึกษา

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า สถานการณ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลควรมุ่งเน้นให้

นักศึกษาเรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน เช่น อายุ รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองเบาหวาน

2. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในรูปแบบของการวิจัยกึ่งทดลอง (experimental research designs) เพื่อศึกษาถึงวิธีการหรือรูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานและสามารถช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS, UNCERTAINTY DURING GLUCOSE SCREENING TEST FOR GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND COPING IN PREGNANT WOMEN

KRONGKAEW RASTSADONDEE 4536568 RAMN / M

M.N.S. (MATERNITY AND NEWBORN NURSING)

THESIS ADVISOR: ORAPIN CHAREONPOL, M.Ed., SRISAMORN PHUMONSAKUL, D.N.S.

EXECUTIVE SUMMARY**Background and Significance of the Problem**

Gestational Diabetes Mellitus (henceforth GDM) is an abnormal carbohydrates catabolism which is first detected during pregnancy (American Diabetes Association, 2000: 1; Cunningham et al., 2001: 1359). The prevalence of GDM is 1-15% depending on ethnicity and diagnostic criteria. For example, if the criteria of National Diabetes Data Group (NDDG) are used, the prevalence rate of GDM worldwide is 2-3%, and that in Thailand is 2.1%. However, if the criteria proposed by World Health Organization (WHO) are used, the prevalence rate of GDM worldwide is 15%, and that in Thailand is 15.7% (Theera Thongsong & Chanane Wanapirak, B.E. 2541: 388; Panyu Panburana, B.E. 2545: 82-83; Cunningham et al., 2001: 1359-1381). A review of the records of Sanpasithiprasong Hospital, Ubonratchathani, revealed that of 5,653 pregnant women who sought prenatal care at the hospital from January 2003 to December 2005, 929 had risk factors for GDM, accounting for 16.43% of the total number of pregnant women seeking prenatal care at the hospital. The prevalence rate of GDM is 5.1% (47 out of the total of 929 pregnant women with high risks for GDM). The criteria used in this study were those developed by NDDG to diagnose gestational diabetes mellitus, which revealed that the prevalence of gestational diabetes mellitus was at a rather high level (Prenatal Clinic, Sanpasithiprasong Hospital, Ubonratchathani, B.E. 2549).

Gestational diabetes mellitus is one of the most significant medical complications commonly found among pregnant women (Vinit Paupradit, B.E. 2533: 163). It can cause harms to both the mother and her infant. That is, GDM can cause

mortality due to hypoglycemia during the first trimester and after delivery, and it can cause Ketoacidosis in the second and third trimesters (Gabbe & Hibbard, 1989: 309). Other complications during pregnancy which can be caused by GDM include pregnancy induced hypertension, premature labor, hydramnios, infection, spontaneous abortion, and macrosomia which requires medical intervention which may lead to postpartum hemorrhage or infection (Gabbe et al., 1976: 549-551). Possible effects of GDM on infants are intrauterine fetal death, neonatal death, congenital malformation, respiratory distress syndrome, hypoglycemia (Vinit Paupradit, B.E. 2533: 166-167; Kitzmiller et al., 1978: 560; Lemons et al., 1981: 187), hypocalcemia, and hyperbilirubinemia. GDM can also adversely affect infants' brain development, and it has been reported that 1-3% of infants born to mothers with GDM will suffer from diabetes mellitus type 1 (overt diabetes) (American Diabetes Association, 2000: 1-176; Uvena-Celebrezze & Catalano, 2000: 127-139).

Complications during pregnancy are a major source of stress, anxiety, and uncertainty in pregnant women (Johnson & Murphy, 1986: 177). Pregnant women with high risks for GDM are considered having a high-risk pregnancy, which can affect their physical, mental, emotional, and social well-being. Pregnant women need close and constant care from physicians and healthcare team members to prevent complications and to lessen the severity of the diseases that may take place. They also need to undergo GDM screening. Most of the pregnant women who are waiting for GDM screening develop the feelings of ambiguity, uncertainty, and doubt whether they are having GDM or not. As a consequence, having to wait for GDM screening while being unable to predict whether they have GDM or not can make pregnant women develop the uncertainty. However, different individuals have different abilities to perceive a situation or to make a decision about the situation they are facing. One factor which can promote such ability is level of education, which enables pregnant women to more easily and quickly give meaning to the situation. In general, individuals who are highly educated are more likely to understand and interpret the meaning of a situation faster than those who are not highly educated (Mishel, 1988: 227). In addition to this, another important resource which enables pregnant women to understand the situation they are facing is social support. These two factors have an influence on the uncertainty of pregnant women. The uncertainty experienced by

pregnant women will make them interpret the situation during glucose screening test for GDM as a stressful situation, and this causes them to seek ways to cope with such stress. If they are unable to find and utilize effective coping strategies, they may feel exhausted, angry, guilty, desperate, or helpless, and this can make them pay less attention to necessary self-care and care of their fetus (Kemp & Hatmaker, 1989: 331-336).

Most of the existing studies investigated the uncertainty and coping of pregnant women with high-risk pregnancy. In fact, this group of women are already well-informed of their own high-risk condition. Moreover, studies on uncertainty and coping while waiting for biopsy results were mostly conducted with patients who may have cancer. The uncertainty of pregnant women diagnosed with high-risk pregnancy undergoing treatment may differ from the uncertainty experienced by women waiting for biopsy results. It is even more likely that the uncertainty of these two groups of women will be different from the uncertainty experienced by pregnant women waiting for diagnosis of GDM. For these reasons, studies investigating uncertainty during glucose screening test for GDM and coping in pregnant women, as well as factors affecting uncertainty including level of education and social support, are called for. Consequently, the researcher was interested in investigating uncertainty during glucose screening test for GDM, coping in pregnant women, as well as factors affecting the uncertainty including level of education and social support. It was anticipated that the findings of this study could provide a guideline necessary for further development of nursing care practice to promote effective coping of pregnant women.

Theoretical Framework of the Study

The present study employed the Uncertainty in Illness Theory of Mishel (1983: 324-330; 1988: 225-232; 1990: 256-262) and the Stress and Coping Theory of Lazarus and Folkman (1984: 85-95; 1984b: 141-142; Folkman & Lazarus, 1988: 2-3) as the theoretical framework of the study.

Uncertainty refers to the feeling that takes place when individuals are unable to forecast or predict future situations and how they may affect their life and well-being.

Uncertainty can be divided into four aspects as follows: 1) ambiguity, 2) complexity, 3) inconsistency of the information, and 4) unpredictability.

The factors which influence uncertainty are stimuli frame, cognitive capacity, and structure provider. These three factors are sources of information individuals use to interpret the meaning of the illness situation (Mishel, 1988: 225-232).

1. Stimuli frame refers to the structure and pattern of the stimuli individuals perceive. It consists of symptom pattern, event familiarity, and event congruence. The patterns of these three stimuli frames directly affect the uncertainty in illness. If the stimuli are positive, they can reduce the uncertainty in illness. However, if the stimuli are negative, they can increase the uncertainty in illness.

2. Cognitive capacity refers to individuals' ability to interpret information to make judgment about the situation they are facing, which varies among individuals. Cognitive capacity has an indirect effect on uncertainty in illness through the stimuli frame.

3. Structure provider refers to readiness of the available resources which enables individuals to interpret and give meaning to the components of such stimuli. Structure provider consists of education, social support, and credible authority. It has both direct and indirect effect on uncertainty in illness.

According to the uncertainty in illness theory, having to wait for GDM screening can be considered one stimulus perceived by pregnant women. As they have never had experience with GDM screening, pregnant women are unable to create clarity or give meaning to the illness situation they are facing, hence a uncertainty. When individuals experience uncertainty, they use different coping strategies because they give meaning to the situation that causes uncertainty differently, depending on a number of personal factors. For instance, educational level of pregnant women reflects their ability to think, process information, and interpret the situation. It also yields support that enables pregnant women to make decision about and evaluate the situation. On the other hand, social support is an external resource that helps pregnant women interpret the meaning of the situation. It also gives them opportunity to consult or seek advice to gain understanding of the situation and develop a framework of thought similar to the truth they are facing. In short, social support enables pregnant women to better understand the stimuli frame.

When considering the situation in which pregnant women have to wait for GDM screening, they have to appraise their uncertainty while waiting. The process in which uncertainty in illness is appraised, based on the theory of Mishel (1988: 228-231; 1990: 256), consists of inference, which refers to appraisal of uncertainty in illness in accordance with past events, and illusion, which refers to forming a positive or favorable belief about illness to create hope and sense of self-worth and to stay away from the threat of illness. The factors which affect inference and illusion depend on individuals' personality and personal characteristics, intellectuality, knowledge, experience, and situational context, as well as sources of social support and healthcare team members. These factors influence individuals' appraisal of uncertainty, and there are two appraisal outcomes as follows:

1. Opportunity appraisal results when individuals appraise that uncertainty gives them an opportunity to either choose coping strategies or live with such uncertainty. It may also be a result of formation of positive beliefs to create hope and sense of self-worth (Mishel, 1988: 228-231; 1990: 256). In addition, opportunity appraisal may take place when individuals appraise uncertainty as a challenging situation, and when they have optimism. In general, individuals who have opportunity appraisal tend to be those who have a low level of uncertainty and possess good self-control.

2. Danger appraisal takes place when individuals feel that uncertainty is a situation beyond their control (Mishel, 1990: 256). Danger appraisal may also result when individuals feel that the situation they are facing threatens their well-being in life, offers them limited options, is unsafe or risky, and renders them helpless (Hilton, 1992: 70). It may results when individuals have almost no hope (Christman, 1990: 17-20). Most of the individuals who choose danger appraisal tend to be highly stressed or suffer from depression. In addition, they may have a bad family relationship, suddenly find themselves dealing with a new or unexpected situation, or suffer from a chronic illness for which treatment outcome is unpredictable. Thus, they have a high level of uncertainty (Bailey & Nielsen, 1993: 63-67; Mishel & Sorensen, 1991: 170; Mishel et al., 1991: 238; Wineman et al., 1994: 192-193).

In brief, pregnant women who have uncertainty in illness have different coping strategies, depending on individuals' appraisal of the situation as opportunity or

danger. When individuals are able to effectively select coping strategies, they will be able to adapt themselves, which results in adjustment of psychosocial condition, quality of life, and health (Mishel, 1988: 229-231).

Coping refers to individuals' cognitive and behavioral attempts to deal with stress caused by uncertainty. Individuals' ability to cope depends on their own capability (Folkman & Lazarus, 1988: 2-3; Lazarus & Folkman, 1984: 85-95; 1984b: 141-142).

Each time individuals have to cope with stress, they may use different coping strategies. Situations which cause the uncertainty tend to be appraised as dangerous situations whose outcomes are unpredictable and serious. Thus, uncertainty is appraised as a stressful situation. Individuals can use different coping strategies to deal with stress caused by uncertainty as follows (Lazarus & Folkman, 1984):

1. Confrontive coping behaviors refer to individuals' attempt to control problems or situations that cause stress by changing them into positive situations by seeking different ways to bring the problems under control or by adjusting their behaviors or their environments.
2. Emotive coping behaviors refer to individuals' attempt to solve problems or deal with situations that cause them stress without changing such problems or situations.
3. Palliative or passive coping behaviors refer to individuals' attempt to solve problems by controlling the situation and searching for ways to change perception of the problems without changing the situations or problems.

Research Objectives

1. To investigate social support, uncertainty during glucose screening test for GDM and coping of pregnant women
2. To determine the relationship between selected factors of level of education and social support and pregnant women's uncertainty during glucose screening test for GDM
3. To study the relationship between uncertainty during glucose screening test for GDM and coping of pregnant women

Research Hypotheses

1. Selected factors of level of educational and social support were related to pregnant women's uncertainty during glucose screening test for GDM.
2. There was a relationship between uncertainty during glucose screening test for GDM and coping of pregnant women.

Research Methodology

The study sample consisted of 85 pregnant women who were diagnosed as having high risks for GDM and who were waiting for screening of GDM with the 50-gram glucose challenge test at the prenatal clinic, Sanpasithiprasong Hospital, Ubonratchathani from May to July, 2007. The sample was selected by means of purposive sampling.

The instruments used in this study were the following four questionnaires:

1. Demographic Questionnaires
2. The Social Support Scale of Chantip Wongwiwat (B.E. 2536) which was adapted from the Social Support Scale of Somjit Hanucharunkul (1988) adapted from the Social Support Questionnaire Part II (SSQ Part II) developed by Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981). When the questionnaire was used with 85 pregnant women during glucose screening test for GDM, Cronbach's Alpha Coefficient was .87.
3. Uncertainty During Glucose Screening Test For GDM Questionnaires was adapted by the researcher from the Uncertainty in Illness Scale of Boonchan Wongsunopparat (B.E. 2533) which was translated from Mishel's Uncertainty Inventory Scale (MUIS) (Mishel, 1981). The scale was examined to ensure content validity by a panel of five experts. When the scale was used with 85 pregnant women during glucose screening test for GDM, Cronbach's Alpha Coefficient was .75.
4. The Jalowiec Coping Scale of Nittaya Suthayakorn (B.E. 2531) which was translated from the Jalowiec Coping Scale (JCS) (Jalowiec, 1988). When the scale was used with 85 pregnant women during glucose screening test for GDM, Cronbach's Alpha Coefficient was .90.

Before data collection was conducted, the researcher asked for permission to conduct research involving human subjects from the Research in Human Subjects Ethics Committee of Sanpasithiprasong Hospital, Ubonratchahani. The research

proposal was also approved by the research committee at Mahidol University and the Director of Sanpasithiprasong Hospital, Ubonratchathani. The subjects who participated in the study gave their informed consent and signed the informed consent form. Data were collected Monday through Friday, from 8:00 a.m. to 4:00 p.m.

Research Findings

Close to two-thirds of the subjects (64.7%) were between 20 and 35 years of age, 20% were older than 35 years old, and 15.3% were younger than 20 years old. Their age range was 16 to 42 years old, with the mean age of 28 years ($\bar{x} = 27.88$; S.D. = 6.96). As regards level of education, more than three quarters, or 76.6%, completed early secondary education, and the mean length of education was ten years ($\bar{x} = 10.55$, S.D. = 3.45). Furthermore, 30.6% were housewives, and the average monthly family income was 11,507 baht ($\bar{x} = 11,507.06$, S.D. = 8,248.86). Most had an income of 10,000 baht per month (mode = 10,000). In terms of pregnancy, more than half, or 51.8%, had been pregnant before. In addition, about 60% lived in a nuclear family.

Moreover, the subjects had social support scores between 12 and 60 points, with the mean of 38.69 points and S.D. of 8.95. This indicated that the subjects had a rather high level of overall social support. When considering each aspect of social support, it was found that the subjects received information support more than any other social support (relative mean = 2.85), followed by emotional support (relative mean = 2.74), and they received tangible support the least (relative mean = 2.28), as illustrated in Table 1.

Table 1: Possible scores, actual scores, means, standard deviations, and relative means of social support (n = 85)

Variables	Possible scores	Actual Scores	Mean	Standard deviation	Relative means*
Overall social support	0-60	12-60	38.69	8.95	-
-Information support	0-12	1-12	8.54	2.23	2.85
-Emotional support	0-24	7-24	16.54	3.93	2.74
-Tangible support	0-24	4-24	13.71	4.19	2.28

* Mean/number of items

The subjects' scores of uncertainty during glucose screening test for GDM ranged from 51 to 98 points, with the mean of 78.01 points and the standard deviation of 9.45. Thus, the subjects had overall uncertainty at a moderate level. When considering each aspect of uncertainty, it was found that the mean score of unpredictability was highest (relative mean = 3.00), followed by ambiguity (relative mean = 2.99), inconsistency of the information (relative mean = 2.93), and complexity (relative mean = 2.08), respectively, as depicted in Table 2.

Table 2: Possible scores, actual scores, means, standard deviations, and relative means of uncertainty during glucose screening test for GDM (n = 85)

Variables	Possible scores	Actual Scores	Mean	Standard deviation	Relative means*
Overall uncertainty	28-140	51-98	78.01	9.45	-
-Ambiguity	13-65	21-52	38.93	6.85	2.99
-Complexity	6-30	6-20	12.48	2.85	2.08
-Inconsistency of the information	6-30	11-25	17.61	3.23	2.93
-Unpredictability	3-15	5-13	8.99	1.61	3.00

* Mean/number of items

As for coping, the subjects used confrontive coping behaviors more than other coping strategies (relative mean = 2.93), followed by palliative coping behaviors (relative mean = 2.44) and emotive coping behaviors (relative mean = 1.90), respectively, as shown in Table 3.

Table 3: Possible scores, actual scores, means, standard deviations, and relative means of coping (n = 85)

Variables	Possible scores	Actual Scores	Mean	Standard deviation	Relative means*
Each aspect of coping					
-Confrontive coping behaviors	13-65	16-55	38.04	7.84	2.93
-Emotive coping behaviors	9-45	9-28	17.11	4.25	1.90
-Palliative coping behaviors	14-70	16-52	34.11	7.36	2.44

* Mean/number of items

Pearsons' product moment correlation coefficient revealed that there was no statistically significant relationship between level of educational and pregnant women's uncertainty during glucose screening test for GDM ($r = -.153$, $p > .05$). However, social support was negatively associated with pregnant women's uncertainty during glucose screening test for GDM with statistical significance ($r = -.251$, $p < .05$). In addition, there was no statistically significant relationship between uncertainty during glucose screening test for GDM and any aspect of coping of pregnant women; that is, confrontive coping behaviors, emotive coping behaviors, and palliative coping behaviors ($r = -.085$, $p > .05$; $r = .133$, $p > .05$; $r = .124$, $p > .05$, respectively), as illustrated in Table 4.

Table 4: Pearsons' product moment correlation coefficient among level of education, social support, uncertainty during glucose screening test for GDM, and each aspect of coping (n = 85)

Variables	1	2	3	4	5
1. Level of education	-				
2. Social support	-0.076	-			
3. Uncertainty during glucose screening test for GDM	-.153	-.251*	-		
4. Confrontive coping behaviors	.284	.029	-.085	-	
5. Emotive coping behaviors	.299**	-.129	.133	.439**	-
6. Palliative coping behaviors	.315**	-.084	.124	.652**	.681**

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

Discussion of Findings

More than half of the subjects, or 64.7%, were between 20 and 35 years old. This age group is considered adults who have emotional stability and are able to adjust themselves to changing situations. Thus, they are likely to carefully consider their problems to find solutions (Sriruang, 2002: 65), and they are able to fully utilize various resources they have to deal with their problems (Sritham Thanabhum, B.E. 2535: 84). In this study, more than three-fourths of the subjects, or 76.6%, completed early secondary education, and the mean length of education was 10 years ($\bar{x} = 10.55$; S.D. = 3.45), which was longer than the compulsory education of nine years (Office of the National Education Commission, Office of the Prime Minister, B.E. 2545: 2). Who are educated had sufficient skills to seek for information from different sources and individuals (Porama Satavetin, B.E. 2538: 116-117). Generally, individuals who are educated are equipped with skills that enable them to ask questions when they lack understanding and to utilize different resources available to them (Muhlenkamp & Sayles, 1986: 336). As a result, they tend to receive more and clearer information regarding diagnoses, treatments, and prognoses from physicians (Bloom, 1982: 1335-1336). The largest group of the subjects were housewives (30.6%), and had a monthly family income of 11,507 Baht on average, which was lower than the average

household income of the Thai population at 13,736 Baht per month (Office of the National Statistics, B.E. 2547: 163). This means that the subjects of this study had a low economic status. In addition, more than half, or 51.8%, of the subjects had been pregnant before. The subjects who had past experience with pregnancy were more likely to have problem-solving skills. When they were faced with problems caused by an illness, they were more likely to understand the situation and solve problems than those who lacked experiences (Pannee Chunpradab, B.E. 2538: 50). In addition, 60% of the subjects lived in a nuclear family.

Moreover, the scores of social support of the subjects ranged from 12 to 60 points, with the mean of 38.69 and the standard deviation of 8.95 (Table 1). This indicates that the subject received a rather high level of overall social support. The subjects received social support from their family more than other sources ($\bar{x} = 13.65$, S.D. = 3.38). The second most important source of social support of the subjects were healthcare team members, and relatives and friends ($\bar{x} = 12.53$, S.D. = 2.62 and $\bar{x} = 12.52$, S.D. = 3.78, respectively). Even though most of the subjects lived in a nuclear family (60%), the social support related to health status they received in this case was mostly what they generally received from healthcare team members. Besides health status, the subjects received social support from their families. According to the Thai culture, family members have duties and responsibilities to pay attention to and take care of the sick members in the family (Chantip Wongvivat, B.E. 2536). For this reason, the subjects perceived a rather high level of social support. These findings were in congruence with the findings of Thitima Lueprasert (B.E.2546) that pregnant women with high-risk pregnancy who were hospitalized had a high level of social support. When considering each aspect of social support, it was discovered that the subjects received information support the most (relative mean = 2.85) (Table 1). The subjects received social support in terms of information support from the healthcare team members more than from any other sources ($\bar{x} = 3.09$, S.D. = 0.87), followed by family and relative and friends ($\bar{x} = 2.85$, S.D. = 0.84 and $\bar{x} = 2.60$, S.D. = 1.01, respectively). This may be because the healthcare services provided to the subjects already included GDM screening and consultation of GDM. These factors enabled the subjects in the present study to have a rather high level of social support, especially information support. These findings yielded support to the

findings of previous studies that nurses are very important sources of information support and emotional support of the patients as they enabled the patients to more clearly interpret the meaning of the situation and to more easily understand the events related to their sickness (Chularak Kaweevivitchai, B.E. 2536; Supatra Kraisopa, B.E. 2539; Newton & Mateo, 1994: 138).

Regarding uncertainty during glucose screening test for GDM, the scores of the subjects ranged from 51 to 98 points, with the mean of 78.01 and the standard deviation of 9.45 (Table 2). This means that the subjects had a moderate level of uncertainty. One plausible explanation is that the subjects were still waiting for GDM screening, and they had not received definite diagnosis of GDM. While they were waiting for the screening, they did not experience any abnormality that could threaten their life or the fetus. Thus, they perceived uncertainty at a moderate level. Likewise, Kanchana Naromrum (B.E. 2546) conducted a study with pregnant women waiting to have a cesarean section, Bussakorn Prapapornsuk (B.E. 2544) conducted a study with women with infertility problems, Orapin Katekaewmanee (B.E. 2541) conducted a study with pregnant women who were HIV positive, and Clauson (1996: 307-325) carried out a study with pregnant women with high-risk pregnancy. They all found that the study samples had a moderate level of overall uncertainty. When considering each aspect of uncertainty, it was discovered that the mean score of unpredictability was highest (relative mean = 3.00) (Table 2). This may be because the subjects in this study were still waiting for GDM screening and they had not had definite diagnosis yet. When they did not know whether anything was wrong with them, they were unable to predict what would follow. These findings yielded support to the findings of Benjawan Ekasingh (B.E. 2541) who conducted a study with pregnant women with hypertension and diabetes mellitus, and Omjai Sithijamlong (B.E. 2542) and Orapin Katekaewmanee (B.E. 2541) who carried out a study with pregnant women who were HIV positive and found that the mean scores of the unpredictability aspect of uncertainty were the highest.

Besides, all subjects in this study used all coping behaviors-confrontive coping behaviors, emotive coping behaviors, and palliative coping behaviors. Similarly, Jalowiec (1988) has pointed out that individuals are likely to use all coping behaviors. This finding was consistent with the finding of Piyanet Kanchanacharoen (B.E. 2541)

who conducted a study with pregnant women with high-risk pregnancy and found that they used all coping behaviors. When considering each coping behavior, it was found that the subjects used confrontive coping behaviors more than any other coping behaviors (relative mean = 2.93) (Table 3). For example, they tried to give meaning to the situation, to control the situation as much as possible, and to learn about new things about the situation to better cope with such situation. This could be explained that the subjects were not sick, but they only had risk factors for GDM and were waiting for GDM screening. During this time, the subjects tried to compiled problems and search for information to correctly and effectively solve their problems. Thus, they were able to appropriately choose coping behaviors. Another explanation is that the subjects used confrontive coping behaviors more than any other coping behaviors because they completed at least early secondary education (76.6%), so they were able to search for information and to use the skills they have to apply the obtained information to appropriately solve their problems (Jalowiec & Powers, 1981: 13). This may explain why the subjects in the present study used more confrontive coping behaviors. Put another way, education is an important resource that equip individuals with intellectuality and problem-solving skills (Lazarus & Folkman, 1984). Furthermore, close to two-thirds of the subjects (64.7%) were adults aged 20-35 years, so they should have emotional stability and adaptability to adjust themselves to the changing situations, to carefully consider solutions to their problems (Sriruang, 2002: 65), and to make full use of available resources to deal with their problems (Sritham Thanabhumi, B.E. 2535: 84). In addition, it was also found that more than half of the subjects (51.8%) had been pregnant before. In general, those who have experienced pregnancy are more likely to be equipped with experiences and skills that enable them to solve problem when they encounter a sickness than those who do not have such experience (Pannee Chunpradab, B.E. 2538: 50).

The other two coping behaviors used by the subjects in the present study were palliative coping behaviors (relative mean = 2.44) and emotive coping behaviors (relative mean = 1.90), respectively (Table 3). As the subjects did not have a clear understanding of the problem, they were unable to find direct solutions to the problems and needed to turn to palliative coping such as accepting the situation as it was, comforting themselves that everything would turn out fine, and accepting the

second best. Besides, they managed their own emotions by preparing for the worst to reduce stress. Similar findings were reported by Benjawan Ekasingh (B.E. 2541) who conducted a study with pregnant women with hypertension and diabetes mellitus, Piyanet Kanchanacharoen (B.E. 2541) who conducted a study with pregnant women with high-risk pregnancy, Naritaya Pakpreo (B.E. 2545) who conducted a study with pregnant women, Kanchana Naromrum (B.E. 2546) who conducted a study with pregnant women waiting to undergo a cesarean section, and Bussakorn Prapapornsuk (B.E. 2544) who carried out a study with pregnant women with infertility problems and found that the subjects used confrontive coping behaviors most often, followed by palliative coping behaviors and emotive coping behaviors, respectively.

According to Pearsons' product moment correlation coefficient, there was no statistically significant relationship between level of education and uncertainty during glucose screening test for GDM ($r = -.153$, $p > .05$) (Table 4). This may be because most of the subjects (76.6%) completed at least early secondary education with the mean length of education of ten years ($\bar{x} = 10.55$, $S.D. = 3.45$), which was longer than the nine-year compulsory education (Office of the National Education Commission, Office of the Prime Minister, B.E. 2545: 2). Individuals who are educated are more likely to understand the information and explanation regarding examination and treatment offered to them by healthcare team members. Also, they tend to be able to search for information from different sources and use different resources to solve their problems. Thus, in this study, the subjects who were highly educated were able to perceive and understand information about GDM screening and treatment from healthcare team members and other media, so their uncertainty decreased as a result. Therefore, no statistically significant relationship between educational level and uncertainty during glucose screening test for GDM was found. Likewise, Bailey & Nielsen (1993: 63-67) conducted a study with female patients who suffered from rheumatoid arthritis and found that education was not associated with uncertainty in illness.

Social support was found to be negatively related to pregnant women's uncertainty during glucose screening test for GDM with statistical significance ($r = -.251$, $p < .05$) (Table 5). This means that pregnant women who have a high level of social support have a low level of uncertainty while waiting for GDM screening.

On the contrary, pregnant women who have a low level of social support tend to have a high level of uncertainty while waiting for GDM screening. It may be explained that the subjects were waiting to undergo GDM screening and they had not yet received a definite diagnosis. As a result, when they had to wait for GDM screening without being able to predict the situation or outcome, they may have developed the uncertainty. However, the subjects in the present study received a rather high level of social support ($\bar{x} = 38.69$, S.D. = 8.95) (Table 2). They received information support from healthcare team members more than any other sources ($\bar{x} = 3.09$, S.D. = 0.87), and they received emotional support and tangible support from their family more than any other sources ($\bar{x} = 5.67$, S.D. = 1.64 and $\bar{x} = 5.13$, S.D. = 1.82, respectively). Therefore, the subjects received sufficient social support, which helped reduce uncertainty during glucose screening test for GDM. The findings of this study were consistent with the findings of a number of researchers that there was a negative relationship between social support and uncertainty in illness. In other words, individuals who receive sufficient social support will have less uncertainty in illness (Chularak Kaweevivitchai, B.E. 2536; Thanomsri Kuariyasakul, B.E. 2538; Supanee Kaewthamrong, B.E. 2543; Bennett, 1993: 131-139; Mishel & Barden, 1988: 98-103). However, the findings were contradictory to the findings of Omjai Sithichamlong (B.E. 2542) and Chantip Wongwiwat (B.E. 2536) who reported that social support was not associated with uncertainty in illness of pregnant women with HIV infection and patients with myocardial infarction, respectively.

According to the study findings, social support was negatively related to uncertainty while waiting for GDM screening. This finding yielded support to the proposition of Mishel (1990) that there is a negative relationship between social support and uncertainty in illness.

Finally, the findings indicated that uncertainty during glucose screening test for GDM was not statistically significantly related to all coping behaviors of pregnant women including confrontive coping behaviors, emotive coping behaviors, and palliative coping behaviors ($r = -.085$, $p > .05$; $r = .133$, $p > .05$; $r = .124$, $p > .05$, respectively) (Table 4). One plausible explanation is that most subjects (76.6%) completed at least early secondary education, so they were able to receive and comprehend information and differentiate levels of uncertainty, so no relationship

between uncertainty and any coping behaviors was found. These findings yielded support to the findings of Orapin Katekaewmanee (B.E. 2541) who conducted a study with pregnant women who were HIV positive, Kanchana Naromrum (B.E. 2546) who conducted a study with pregnant women waiting to have a cesarean section, and Bussakorn Prapapornsuk (B.E. 2544) who carried out a study with women with infertility problems and found that there was no relationship between uncertainty in illness and coping.

Limitations of the Study

1. Some of the items included in the uncertainty during glucose screening test for GDM questionnaire had never occurred to the pregnant women. Thus, they did not have enough understanding to accurately respond to those items such as ‘my symptoms change all the times until they become unpredictable’ and ‘my symptoms change constantly, and they are good on some days and bad on others.’ If the questionnaire is used in further studies, the appropriateness of the items should be reconsidered to make sure that the respondents are able to understand and accurately respond to the items.

2. The response check method required to complete the questionnaires may not be sufficient to make the subjects of this study understand the items and appropriately respond to the items. For example, regarding the uncertainty while waiting for GDM screening questionnaire, the definition of the ‘most true’ response was ‘you feel that such statement is so true.’ Also, as for the coping questionnaire, the definition of the ‘never’ response was ‘the item did not match your real situation at all.’ In fact, the responses to these items should have shown the subjects’ opinion towards the items rather than answering with a ‘yes’ or ‘no’ response. In further studies, the questionnaires should be revised to ensure that the respondents understand the situation so that their actual uncertainty and coping would be more accurately and comprehensively assessed.

Recommendations and Implementation of the Study Findings

Based on the findings of the study, the following recommendations could be made.

For nursing practice

1. The findings showed that social support was negatively associated with pregnant women's uncertainty during glucose screening test for GDM with statistical significance. Thus, nurses should encourage pregnant women's close persons such as husband or relatives to take part in caregiving and help them reduce uncertainty during glucose screening test for GDM.

2. According to the study findings, the overall of uncertainty during glucose screening test for GDM was at a moderate level. Thus, nurses should assess the uncertainty of all pregnant women who are waiting for GDM screening. In addition, nurses should pay attention to pregnant women's emotion, as well as knowledge and understanding. This is because uncertainty is generally related to individuals' cognition, knowledge, and understanding, which can affect their emotion and feeling toward the sickness condition. Nurses, therefore, should offer clear and accurate information regarding GDM and GDM screening. Furthermore, nurses should develop a form of communication with pregnant women waiting for GDM screening which is easy to understand, does not cause confusion or uncertainty, and is not too difficult for pregnant women who may have different level of education or socioeconomic statuses to understand.

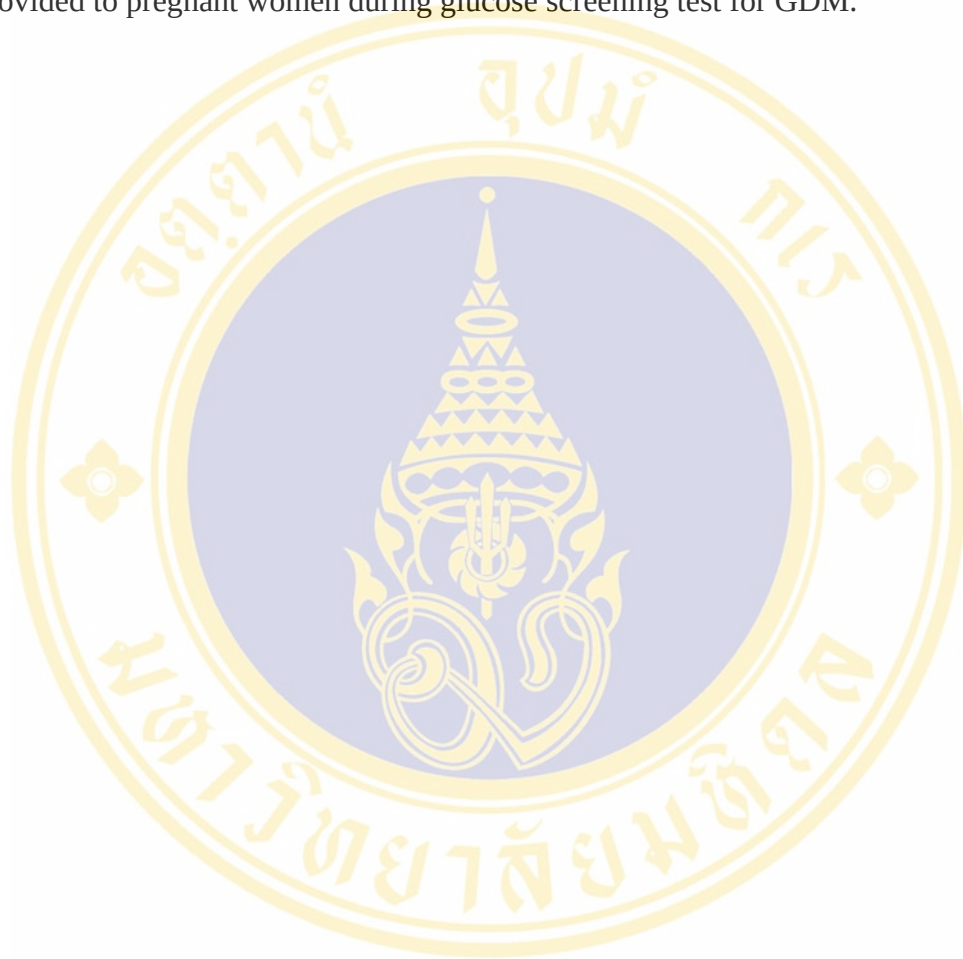
For nursing education

The findings of the present study revealed that the situation during glucose screening test for GDM may cause uncertainty in pregnant women. As a result, the nursing curriculum should equip nursing students with knowledge and awareness of the significance of appropriate dissemination of information about the disease so as to reduce the level of uncertainty of pregnant women waiting for GDM screening.

For nursing research

1. Studies should be conducted to investigate other factors which may affect the uncertainty and coping of pregnant women who are waiting for GDM screening such as age, family income, number of pregnancy, and previous experience with GDM screening.

2. Experimental research studies should also be carried out to determine the patterns or methods of nursing practice that can effectively reduce the uncertainty of pregnant women during glucose screening test for GDM and enable them to select appropriate coping strategies, which will, in turn, benefit nursing care practice provided to pregnant women during glucose screening test for GDM.



บรรณานุกรม

- กิตติกร นิลมานันต์. (2538). *ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมะเร็งไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. (2536). *แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ถนอมศรี คูอาริยะกุล. (2538). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพาพร วงศ์หะญกุล. (2533). *ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีระ ทองสง และชนนทร์ วนาภิรักษ์. (2541). *สถิติศาสตร์. ภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- นิตยา สุทธยากร. (2531). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์. (2533). ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา.

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจวรรณ เอกะสิงห์. (2541). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประมะ สตะเวทิน. (2538). หลักนิเทศศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์จำกัด.

ปิยะเนตร กาญจนเจริญ. (2541). ความเครียด และการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงขณะพักรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. (2549). รายงานสถิติสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน. อุบลราชธานี.

พรณี นุ่นประดับ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัญญ พันธุ์บุรณะ. (2545). OB – GYN Update: ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: บิยอนด์ เอนเตอร์ไพรส์.

มณฑา ลิ้มทองกุล. (2535). ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และวิธีการเผชิญกับปัญหาขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มนชยา ปิ่นทอง. (2547). ความรู้สึกไม่แน่นอนและวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีที่รอผลการตรวจชิ้นเนื้อภายหลังผ่าตัดเนื้องอกของอวัยวะสืบพันธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรารณณ์ ทิพย์สุวรรณกุล. (2541). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วินิต พัวประดิษฐ์. (2533). การบริหารครรภ์เสี่ยงสูง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.

- วิมลวัลย์ วโรพาร. (2535). การรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด และความผาสุกทั่วไปของบิดา-มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2535). พัฒนาการทางอารมณ์ และบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วารสารพยาบาล, 40 (1), 11-26.
- สุพัตรา ไกรโสภา. (2539). อิทธิพลของการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรในทีมสุขภาพต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุภาณี แก้วธำรงค์. (2543). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอสแอลอี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. (2545). พระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับ พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2547). สมุดสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- หทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2541). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพิน เกตุแก้วมณี. (2541). การศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อ้อมใจ สิทธิจำลอง. (2542). แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- American Diabetes Association. (2000). *Medical management of pregnancy complicated by diabetes*. (3rd ed). Canada: Transcontinental Printing Inc.
- Bailey, J. M., & Nielson, B. I. (1993). Uncertainty and appraisal of uncertainty in women with rheumatoid arthritis. *Orthopaedic Nursing*, 12 (2), 63-67.
- Bennett, S. J. (1993). Relationship among selected antecedent variables and coping effectiveness in postmyocardial infarction patients. *Research in Nursing & Health*, 16 (3), 131-139.
- Bloom, J. R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science Medicine*, 16 (September), 1329-1338.
- Brown, M. A. (1986). Social support, stress, and health: a comparison of expectant mothers and fathers. *Nursing Research*, 35 (2), 72-76.
- Buckley, K., & Kulb, N. W. (1990). *Diabetes mellitus in high risk maternity nursing manual*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Cassmeyer, V. L., Long, B. C., & Wykle, M. (1993). Stressor, stress, and stress management. In B. C. Long., W. Y. Phipps, and V. L. Cassmeyer, (Eds.), *Medical-Surgery Nursing: A Nursing Approach*. (3rd ed). St. Louis: Mosby.
- Christman, N. J. (1990). Uncertainty and adjustment during radiotherapy. *Nursing Research*, 39 (1), 17-20.
- Christman, N. J., McConnell, E. A., Pfeiffer, C., Webster, K. K., Schmitt, M., & Reis, J. (1988). Uncertainty from hospital to home. *Research in Nursing & Health*, 11 (2), 71-82.
- Clauson, M. I. (1996). Uncertainty and stress in women hospital with high-risk pregnancy. *Clinical Nursing Research*, 5 (3), 309-324.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Coustan, D. R., & Felig, P. (1988). Diabetes Mellitus. In *medical complications during pregnancy*. (3rd ed). Edited by Burrow, G. N., & Ferris, T. F. Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Crigger, N. J. (1996). Testing an uncertainty model for women with multiple sclerosis. *Advanced Nursing Science*, 18 (3), 37-47.

- Cronenwett, L. R. (1985). Network structure, social support, and psychological outcome of pregnancy. *Nursing Research*, 34 (March-April), 93-99.
- Cunningham, F. G., Mac. Donald, P. C., Levono, K. J., Gant, N. F., & Gilstrap, N. F. (1993). *Williams obstetrics*. (19th ed). East Norwalk: Appleton & Lange.
- Cunningham, F. G., Mac. Donald, P. C., Levono, K. J., Gant, N. F., & Gilstrap, N. F. (2001). *Williams obstetrics*. (21th ed). New York: McGraw Hill.
- Failla, S., et al. (1996). Adjustment of women with SLE. *Applied Nursing Research*, 9 (4), 57-96.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150-170.
- _____. (1988). *Manual of Way of Coping Questionnaire*. California: Consulting Psychologists Press.
- Gabbe, S. G., Mestman, J. H., & Hibbard, L. T. (1976). Maternal mortality in diabetes mellitus. *Obstet Gynecol*, 48 (April), 549-551.
- Galloway, S. C., & Graydon, J. E. (1996). Uncertainty, symptom distress and information needs after surgery for cancer of the colon. *Cancer Nursing*, 19 (2), 112-117.
- Hanucharunkul, S. (1988). *Self care, social support and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. Doctoral Dissertation College of Nursing, Wayne State University, Detroit, Mi.
- Hilton, B. A. (1992). Perceptions of uncertainty: Its relevance to life-threatening and chronic illness. *Critical Care Nurse*, 12 (2), 70-73
- Huisjes, H. J., & Lind, T. (1990). *Early pregnancy failure*. New York: Churchill Livingstone.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale in Waltz, C. F., & Strickland, O. L. (Eds). *Measurement of client outcomes*. New York: Springer Publishing Co.
- Jalowiec, A., & Powers, M. J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nursing Research*, 30 (1), 10-15.

- Johnson, T. M., & Murphy, J. M. (1986). *High-risk pregnancy: A team approach*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Jones, M. B. (1979). The high-risk pregnancy. In S. H. Johnson (Ed). *High - risk parenting: Nursing assessment and strategies for the family at risk*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Kemp, V. H., & Hatmaker, D. D. (1989). Stress and social support in high risk pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 12 (9), 331-336.
- Kitzmilller, J. L., et al. (1978). Diabetic pregnancy and perinatal mortality. *American Journal Obstetric Gynecology*, 131 (4), 560-580.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation in W. D. Gentry (Ed). *Handbook of behavior medicine*. New York: The Guilford Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984b). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Spring Publishing Co.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). *Perspective in interaction psychology: Stress-related transaction between person and environment*. New York: Plenum Press.
- Lemons, J. A., Vargas, P., & Delancy, J. J. (1981). Infant of the diabetic mother: Review of 225 cases. *Obstetric Gynecology*, 57 (February), 187-191.
- Lueprasert, T. (2003). *The relationship between personal factors, self-esteem, social support and stress during antepartum hospitalization in high-risk pregnancy women*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30 (5), 258-263.
- _____. (1983). Parents's perceptions of uncertainty concerning their hospitalized child. *Nursing Research*, 32, 324-330.
- _____. (1984). Perceived uncertainty and stress in illness. *Research in Nursing & Health*, 7 (5), 163-171.
- _____. (1988). Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20 (4), 225-232.

- _____. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 22 (4), 256-262.
- Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1988). Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 37 (2), 98-103.
- Mishel, M. H., & Epstein, D. (1990). *Uncertainty in illness scales manual*. College of Nursing University of Arizona.
- Mishel, M. H., & Sorenson, D. S. (1991). Uncertainty in gynecological cancer: A test of the mediating function of mastery and coping. *Nursing Research*, 40 (3), 167-171.
- Mishel, M. H., Padilla, G., Grant, M., & Sorenson, D. (1991). Uncertainty in illness theory: A replication of the mediating effects of mastery and coping. *Nursing Research*, 40 (4), 236-240.
- Moore, M. L. (1983). *Realities in childbearing*. (2nd ed). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Muhlenkamp, A. F., & Sayles, J. A. (1986). Self esteem, social support and positive health practice. *Nursing Research*, 35 (11), 334-338.
- Namir, S., et al. (1987). Coping with Aids: Psychological and health implications. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 309-328.
- Naromrum, K. (2003). *The relationship among selected factors, social support, uncertainty, and coping strategies of pregnant women waiting for elective cesarean section*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- National Diabetes Data Group. (1979). *Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance*.
- Newton, C., & Mateo, M. A. (1994). Uncertainty: Strategies for patients with brain tumor and their family. *Cancer Nursing*, 17 (2), 137-140.
- Norbeck, J. S. (1981). Social support: A model for clinical research and application. *Advances in Nursing Science*, (July), 43-58.

- Pakpreo, N. (2002). *Selected factors, nurse-client relationship and coping strategies in pregnant women*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Persin, B., & Hanson, U. (1998). *Neonatal morbidities in gestational diabetes care*.
- Prapapornsuk, B. (2001). *Correlation among selected factors, marital relationship, perceived uncertainty and coping strategies in infertile women*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Reece, E. A., et al. (1992). *Medicine of the fetus and mother*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4.
- Sibai, B. M., Caritis, S., & Hauth, L. (2000). Risks of pre-eclampsia and adverse neonatal outcomes among women with pregestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol*, 182-364.
- Sriruang, A. (2002). *Marital relationship and paternal developmental tasks during the wife 's pregnancy*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- The expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus Care. (1997).
- Uvena-celebreeze, J., & Catalono, P. M. (2000). The infant of the women with gestational diabetes mellitus. *Clin Obstet Gynecol*, 43, 127-139.
- Wineman, N. M., Durand, E. J., & Steiner, R. P. (1984). A comparative analysis of coping behaviors in persons with multiple sclerosis or a spinal cord injury. *Research in Nursing & Health*, 17 (3), 185-194
- Wong, C. A., & Bramwell, L. (1992). Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. *Cancer Nursing*, 15 (5), 363-371.

- Xiong, X., Saunders, L. D., Wang, F. L., & Demianczuk. (2001). Gestational diabetes mellitus: prevalence, risk factors, maternal and infant outcomes. *Inter Gynecol Obstet*, 75, 221-228.
- York, F. D., Brown, L. K., Persiley, E. M., & Jacobson, R. D. (1996). Appraisal, mood, and coping among individual experiencing diagnostic exercise stress testing. *Research in Nursing & Health*, 17 (16), 441-448.





ภาคผนวก ก
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หรือเติมคำตอบลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. อายุ ปี
 2. อาชีพ
 - [] รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
 - [] ธุรกิจส่วนตัว
 - [] ลูกจ้าง
 - [] แม่บ้าน
 - [] อื่น ๆ โปรดระบุ.....
 3. ระดับการศึกษาสูงสุด.....
 4. รายได้ของครอบครัว (รวมของสามี) บาท / เดือน
 5. ลำดับที่ของการตั้งครรภ์
 - [] ครรภ์แรก
 - [] ครรภ์หลัง
 6. ลักษณะครอบครัว
 - [] ครอบครัวเดี่ยว
 - [] ครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิก.....คน ประกอบด้วย.....
- (เขียนเป็นสถานภาพทางสังคม เช่น สามี พ่อ แม่ พี่ ป้า น้า อา หลาน เป็นต้น)

7. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในครรภ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน
- ☐ อายุมากกว่า 35 ปี
- ☐ มีความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ หรือมีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
- ☐ มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ที่แล้ว
- ☐ น้ำหนักมากกว่า 90 กิโลกรัม
- ☐ มีประวัติเคยคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม
- ☐ มีประวัติลูกเสียชีวิตในครรภ์ เสียชีวิตขณะคลอดหรือหลังคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ
- ☐ มีประวัติทารกพิการแต่กำเนิด
- ☐ ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะติดต่อกัน 2 ครั้ง ในระหว่างมาตรวจครรภ์
- ☐ มีประวัติตั้งครรภ์แฝดน้ำ

ภาคผนวก ข

แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ต้องการทราบถึงปริมาณความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากบุคคลในกลุ่มสังคมต่าง ๆ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มครอบครัว กลุ่มญาติและเพื่อน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพว่ามีมากน้อยเพียงใด เริ่มตั้งแต่วันแรกที่ท่านทราบการวินิจฉัยว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์จนถึงวันนี้ขณะที่ท่านอยู่ระหว่างการรอตรวจคัดกรองเบาหวาน ขอให้ท่านพิจารณาความช่วยเหลือในแต่ละข้อจากบุคคล 3 กลุ่มนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่อง จากความช่วยเหลือใน 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ท่านได้รับความช่วยเหลือค่อนข้างมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านได้รับความช่วยเหลือปานกลาง
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย
ไม่ได้เลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย

1. ความช่วยเหลือจากกลุ่มครอบครัว

ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์					
2. ท่านได้รับความสนใจ เอาใจใส่ในทุกข์สุข					
.					
.					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน					

2. ความช่วยเหลือจากกลุ่มญาติและเพื่อน
ได้แก่ ญาติพี่น้อง และเพื่อนสนิท

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์					
2. ท่านได้รับความสนใจ เอาใจใส่ในทุกข์สุข					
.					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน					

3. ความช่วยเหลือจากกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ
ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์					
2. ท่านได้รับความสนใจ เอาใจใส่ในทุกข์สุข					
.					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน					

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

ข้อความต่อไปนี้เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน เริ่มตั้งแต่วันที่ท่านทราบการวินิจฉัยว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์จนถึงวันนี้ขณะที่ท่านอยู่ระหว่างการรอตรวจคัดกรองเบาหวาน โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียง 1 ช่อง โดยถือเกณฑ์ดังนี้

จริงที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่าข้อความดังกล่าวเป็นจริงอย่างมาก
จริง	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่าข้อความดังกล่าวเป็นจริงบ้าง
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความดังกล่าวเป็นจริง
ไม่จริง	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่าข้อความดังกล่าวไม่จริงบ้าง
ไม่จริงที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่าข้อความดังกล่าวไม่เป็นจริงเลย

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1. ฉันไม่รู้ว่าฉันมีอะไรผิดปกติ ฉันจึงต้องตรวจคัดกรองเบาหวาน					
2. ฉันมีคำถามมากมายที่หาคำตอบไม่ได้					
3. ฉันไม่แน่ใจว่าผลการตรวจครั้งนี้ฉันจะเป็นปกติหรือเป็นเบาหวาน					
.					
.					
.					
.					
.					
28. แพทย์และพยาบาลใช้คำพูดง่าย ๆ ที่ฉันเข้าใจได้					

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

ในกรณีที่ท่านมีความเครียดเกิดขึ้นเนื่องจากการรอตรวจคัดกรองเบาหวาน (เริ่มตั้งแต่วันที่ท่านทราบการวินิจฉัยว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์จนถึงวันนี้ขณะที่ท่านอยู่ระหว่างการรอตรวจคัดกรองเบาหวาน) ท่านเคยใช้วิธีการแก้ปัญหาในแต่ละข้อข้างล่างนี้จัดการกับความเครียดหรือไม่ และมากน้อยเพียงใด โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ โดยถือเกณฑ์ ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ข้อความนั้น ไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเลย
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านบ้างเล็กน้อย
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเป็นบางครั้ง
บ่อย ๆ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนใหญ่
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อย ๆ	เกือบ ทุกครั้ง
1. กังวลใจ					
2. ระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกาย					
3. หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น					
.					
.					
.					
.					
.					
36. ขอมรับในสิ่งที่ส่งตรงลงมาจากสิ่งที่ ต้องการจริง ๆ					

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผศ.ดร. มยุรี นิรัทธราคร
กลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. ผศ.ดร. นิตยา สีนสุกใส
ภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร. ชมพูนุช โตภาจารย์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผศ. มณฑา ลิ้มทองกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาวบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์
พยาบาลผู้ชำนาญการ 8 ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก จ

เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์



เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ชื่อโครงการ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอ
ตรวจคัดกรองเบาหวานกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS,
UNCERTAINTY DURING GLUCOSE SCREENING TEST FOR
GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND COPING IN
PREGNANT WOMEN

คณะผู้วิจัย

นางสาวกรองแก้ว ราษฎร์ดี

หน่วยงาน/สถาบัน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

รหัสโครงการ

003/2550

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
ได้พิจารณารายละเอียดของโครงร่างการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย เอกสารแสดง
ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ.2550

มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้

และให้ส่งรายงานการวิจัยจำนวน 2 ชุด เมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว



(แพทย์หญิงเพ็ญจันทร์ สายพันธ์)
ประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์



(นายแพทย์กวี ไชยศิริ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน สตรีตั้งครรภ์ที่รอตรวจคัดกรองเบาหวานทุกท่าน

ดิฉันนางสาวกรองแก้ว ราษฎร์ดี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์” เพื่อนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพต่อไป ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยการตอบแบบสอบถามซึ่งมีทั้งหมด 4 ชุด โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30-45 นาที

การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ รวมทั้งไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ซึ่งการตอบแบบสอบถามไม่ต้องใส่ชื่อ-สกุลในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเป็นความลับและนำมาใช้เพื่อการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้สามารถทำได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการใด ๆ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้จะสำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือจากท่าน ดิฉันขอแสดงความขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

กรองแก้ว ราษฎร์ดี

(นางสาวกรองแก้ว ราษฎร์ดี)

ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและได้รับคำอธิบายตามรายละเอียดข้างบนอย่างครบถ้วนและมีความเข้าใจเป็นอย่างดี ยินดีเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ภาคผนวก ข

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงแบบปกติ (Normality) ของระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน และการเผชิญความเครียด โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test

สรุปผลการทดสอบได้ว่า ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน และการเผชิญความเครียด มีการกระจายแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > .05$

ตาราง แสดงผลการทดสอบการแจกแจงแบบปกติ

ตัวแปร	Kolmogorov-Smirnov	
	statistic	p-value
ระดับการศึกษา	1.655	.008
แรงสนับสนุนทางสังคม	.702	.707
ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน	1.089	.186
การเผชิญความเครียด	.662	.772

ภาคผนวก ณ

ตาราง แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในครั้งนี (n = 85)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในครั้งนี		
มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน	69	81.2
อายุมากกว่า 35 ปี	18	21.2
มีความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ หรือมีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง	8	9.4
ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะติดต่อกัน 2 ครั้ง ในระหว่างมาตรวจครรภ์	7	8.2
มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ที่แล้ว	5	5.9
มีประวัติเคยคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม	4	4.7
น้ำหนักมากกว่า 90 กิโลกรัม	3	3.5
มีประวัติลูกเสียชีวิตในครรภ์ เสียชีวิตขณะคลอดหรือหลังคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ	2	2.4
มีประวัติทารกพิการแต่กำเนิด	0	0
มีประวัติตั้งครรภ์แฝดน้ำ	0	0

ภาคผนวก ญ

ตาราง แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของชนิดแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งตามแหล่งประโยชน์ที่ได้รับ (n = 85)

ชนิด แหล่งประโยชน์	ด้านข้อมูล		ด้านอารมณ์		ด้านสิ่งของ		รวม	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
กลุ่มครอบครัว	2.85	0.84	5.67	1.64	5.13	1.82	13.65	3.38
กลุ่มญาติและเพื่อน	2.60	1.01	5.35	1.56	4.56	1.82	12.52	3.78
กลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ	3.09	0.87	5.42	1.64	4.01	2.06	12.53	3.62
รวม	8.54	2.23	16.45	3.93	13.71	4.19	38.69	8.95

ภาคผนวก ก

ตาราง แสดงลำดับที่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน

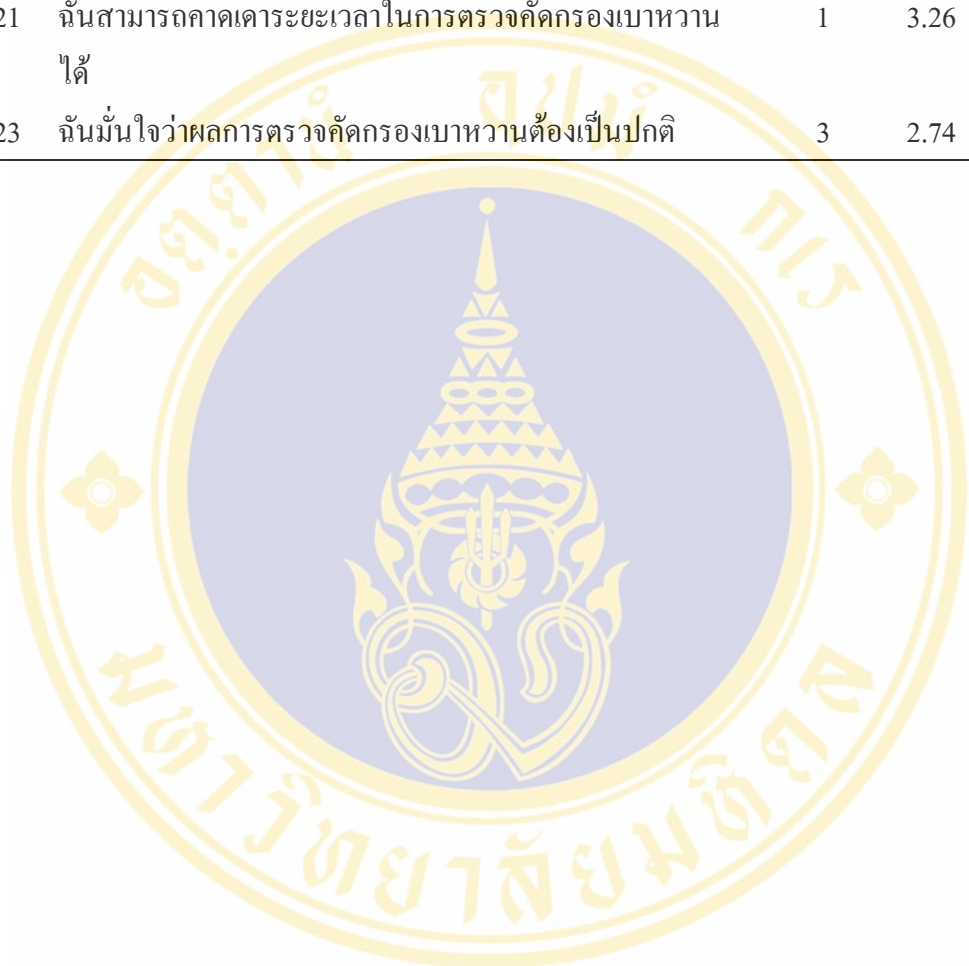
ข้อ	ข้อความ	ลำดับที่	$\bar{x}$	S.D.
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย				
3	ฉันไม่แน่ใจว่าผลการตรวจครั้งนี้ฉันจะเป็นปกติหรือเป็นเบาหวาน	1	3.62	.94
4	ฉันไม่รู้ว่าการตรวจคัดกรองเบาหวานจะทำให้ฉันไม่สุขสบายเพียงใด	7	3.12	.92
7	ฉันไม่รู้ว่าจะได้รับการตรวจในขั้นต่อไปอย่างไร	2	3.34	.87
8	อาการของฉันเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจนคาดการณ์ไม่ได้	10	2.65	1.10
12	วิธีการตรวจคัดกรองเบาหวานที่ฉันได้รับมีความซับซ้อนและเข้าใจยาก	12	2.62	.87
13	ฉันไม่แน่ใจว่าการตรวจคัดกรองเบาหวานมีประโยชน์สำหรับฉันหรือไม่	8	2.90	1.24
14	ฉันไม่สามารถวางแผนสำหรับอนาคตได้เพราะไม่รู้ว่าผลการตรวจคัดกรองเบาหวานจะเป็นอย่างไร	5	3.21	1.14
15	อาการของฉันเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ บางวันก็ดี บางวันก็ไม่ดี	9	2.67	1.05
16	ฉันไม่รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรหลังการตรวจคัดกรองเบาหวาน	6	3.13	1.05
18	ฉันไม่รู้ว่าต่อไปจะมีอะไรเกิดขึ้นกับฉันบ้าง	4	3.22	.98
19	ผลการตรวจคัดกรองเบาหวานยังบอกได้ไม่แน่นอนว่าจะเป็นเบาหวานหรือไม่	3	3.25	.90
20	ฉันยังไม่รู้ว่าหลังจากตรวจคัดกรองเบาหวานแล้ว ฉันจะสามารถดูแลตนเองได้เหมือนเดิมหรือไม่	11	2.63	.99
22	การรอตรวจคัดกรองเบาหวานทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของฉันเปลี่ยนแปลงไป	13	2.55	.94

ตาราง แสดงลำดับที่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน (ต่อ)

ข้อ	ข้อความถาม	ลำดับที่	$\bar{x}$	S.D.
ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล				
6	ฉันรู้วัตถุประสงค์ในการตรวจคัดกรองเบาหวานอย่างชัดเจน	2	2.26	.89
9	ฉันเข้าใจคำอธิบายที่ได้รับทุกอย่าง	3	2.06	.74
24	วิธีการตรวจคัดกรองเบาหวานที่ฉันได้รับเป็นที่รู้ดีว่าสามารถคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1	2.30	.84
26	ฉันสามารถขอความช่วยเหลือจากพยาบาลได้เมื่อฉันต้องการ	4	2.02	.75
27	ฉันได้รับความเห็นว่าจะต้องตรวจคัดกรองเบาหวานอย่างแน่นอน	5	1.93	.67
28	แพทย์และพยาบาลใช้คำพูดง่าย ๆ ที่ฉันเข้าใจได้	6	1.90	.68
ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างกันไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ				
1	ฉันไม่รู้ว่าฉันมีอะไรผิดปกติ ฉันจึงต้องตรวจคัดกรองเบาหวาน	1	3.46	.89
2	ฉันมีคำถามมากมายที่หาคำตอบไม่ได้	3	3.09	.97
5	ฉันไม่ค่อยเข้าใจคำอธิบายของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเบาหวานที่ได้รับ	5	2.62	.90
10	สิ่งที่แพทย์บอกฉันเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเบาหวานนั้นไม่ชัดเจน แปลความหมายได้หลายอย่าง	4	2.92	.97
17	ฉันได้รับความคิดเห็นแตกต่างกันมากมายเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเบาหวาน	2	3.18	1.06
25	แพทย์ไม่ได้อธิบายว่าเพราะเหตุใดฉันจึงต้องตรวจคัดกรองเบาหวาน	6	2.34	1.15
ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้				
11	ฉันสามารถคาดเดาได้ว่าการตรวจคัดกรองเบาหวานของฉันจะเป็นอย่างไร	2	2.99	.86

ตาราง แสดงลำดับที่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ลำดับที่	$\bar{x}$	S.D.
21	ฉันสามารถคาดเดาระยะเวลาในการตรวจคัดกรองเบาหวานได้	1	3.26	.87
23	ฉันมั่นใจว่าผลการตรวจคัดกรองเบาหวานต้องเป็นปกติ	3	2.74	.77



ภาคผนวก ก

ตาราง แสดงลำดับที่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียด

ข้อ	ข้อความถาม	ลำดับที่	$\bar{x}$	S.D.
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา				
2	ระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือการออกกำลังกาย	11	2.27	1.05
5	คิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์	6	3.14	1.18
11	ถกปัญหากับผู้ที่เคยอยู่ในสถานการณ์เดียวกันมาก่อน	13	2.15	1.01
15	พยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบปราศจากอคติและ ครบถ้วนรอบด้าน	4	3.29	1.05
16	พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้	2	3.36	1.07
17	พยายามมองสถานการณ์นั้นอย่างมีความหมาย	1	3.47	.99
22	พยายามอย่างมากที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์	12	2.26	1.02
27	การปลอบใจหรือช่วยเหลือจากญาติสนิทในครอบครัวหรือ เพื่อน	5	3.25	.91
28	พยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อจะสามารถ เผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้น	3	3.34	.92
29	ทดลองแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด	8	2.99	1.14
31	พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา	9	2.83	1.08
32	พยายามแยกปัญหาออกเป็นส่วนย่อย ๆ เพื่อที่จะสามารถ แก้ไขได้ดีขึ้น	7	3.07	1.02
34	กำหนดเป้าหมายเฉพาะเพื่อช่วยแก้ปัญหา	10	2.60	1.11
ด้านการจัดการกับอารมณ์				
1	กังวลใจ	2	2.45	.87
6	รับประทานอาหาร สูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก หรือหมากฝรั่งมาก ขึ้น	9	1.16	.51
9	ฝันกลางวัน เหม่อลอย	8	1.36	.65
12	เตรียมพร้อมที่จะรับเหตุการณ์ที่อาจเลวร้ายที่สุด	1	2.94	1.27
13	โกรธ สาปแช่ง สบถสาบาน	7	1.39	.69

ตาราง แสดงลำดับที่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียด (ต่อ)

ข้อ	ข้อความถาม	ลำดับที่	$\bar{x}$	S.D.
19	ประหม่า หงุดหงิด	3	2.23	.99
21	ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการก่อให้เกิดปัญหาหรือสถานการณ์ที่ ประสบอยู่	6	1.58	.88
23	ระบายความตึงเครียดกับคนอื่นหรือสิ่งอื่น	4	2.05	1.06
24	ปลีกตัวออกไปอยู่คนเดียว ต้องการอยู่ตามลำพัง	5	1.94	.99
	ด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์			
3	หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น	4	3.13	.95
4	วางแผนต่อปัญหาโดยคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างอาจเลวร้ายลง กว่านี้ก็ได้	9	1.98	.95
7	พยายามลืมปัญหาและคิดถึงสิ่งอื่นแทน	6	2.82	1.11
8	ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาคือควบคุมสถานการณ์นั้นแทน	14	1.59	.88
10	ทำอะไรก็ได้เพียงเพื่อสักแต่ว่าจะมีอะไรทำเพื่อแก้ปัญห แม้ว่าอาจไม่แน่ใจว่าจะได้ผล	8	2.16	.99
14	ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง	1	3.36	1.23
18	สวดอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์	7	2.43	1.00
20	พยายามหนีจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่	13	1.67	.84
25	ปลงตก เพราะดูเหมือนว่าหมดหนทางแก้ไข	12	1.78	.98
26	ไม่ทำอะไรเลยโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายเอง	11	1.82	.86
30	ปลงตก เพราะเป็นชะตากรรมของตน ดังนั้นการพยายามทำ อะไรก็ตามที่จะแก้ปัญหาก็ไร้ความหมาย	10	1.93	1.08
33	เข้านอนโดยคิดว่าทุกสิ่งอาจดีขึ้นในเช้าวันรุ่งขึ้น	5	2.89	1.11
35	(ปลอบใจตัวเองว่า) “อย่ากังวลไปเลยทุกสิ่งทุกอย่างคงจะ คลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น”	2	3.30	1.05
36	ยอมรับในสิ่งที่ตรงลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริง ๆ	3	3.22	1.06

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวกรองแก้ว ราษฎร์
วัน เดือน ปีเกิด	27 เมษายน 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดมุกดาหาร
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2537-2541 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2545-2550 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2545-ปัจจุบัน ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี โทรศัพท์ 045-355312 ตำแหน่ง: อาจารย์