



1 ก.ค. 2537.

ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม  
ความพร้อมในการดูแลตนเอง กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์

Causal Relationship among Daily Hassles, Social Support,  
Self-Care Deficit and Health Outcome of Pregnant Women

อภินันท์นาการ

จาก

“สิทธิการทอกลี ม.มหิดล”

สัญญา ปรียัญกุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2536

ISBN 974 - 587 - 823 - 5

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University  
32459

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม  
ความพร้อมในการดูแลตนเอง กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์

.....  
.....

สุกัญญา ปริสัณกุล  
ผู้วิจัย

.....  
.....

วิจิตร ศรีสุนทรณ, วท.บ., ค.บ., M.P.H., Dr.P.H.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....  
.....

ประคิน สัจฉายา, วท.บ., M.S.N., Ph.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....  
.....

ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....  
.....

ธวัชชัย วรพงศธร, วท.บ., M.A., Ph.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....  
.....

ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตร

คณะทันตแพทยศาสตร์

.....  
.....

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม  
ความพร้อมในการดูแลตนเอง กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์  
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 9 พฤษภาคม 2537

.....  
สัณญา ปริสณกุล  
ผู้วิจัย

.....  
วิจิตร ศรีสุพรรณ, วท.บ., ค.บ., M.P.H., Dr.P.H.  
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
ประคัล สุระค  
.....  
ประคัล สุระค, วท.บ., M.S.N., Ph.D.  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
ธวัชชัย วรพงศ์ธร, วท.บ., M.A., Ph.D.  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.  
.....

.....  
มนตร์ จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.  
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ : สุกัญญา ปริสัณฺญกุล

วัน เดือน ปีเกิด : 15 กุมภาพันธ์ 2491

สถานที่เกิด : จังหวัดลำปาง ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, พ.ศ. 2512 :  
อนุปริญญาพยาบาลอนามัยและประกาศนียบัตรผดุงครรภ์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, พ.ศ. 2515 - 2516 :  
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล)  
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2520 - 2522 :  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล)  
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2533 - 2536  
พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
ทุนการวิจัย : โครงการร่วมผลิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน : พ.ศ. 2512 - 2515 : หน่วยห้องคลอด  
แผนกการพยาบาลสูติ-นรีเวชวิทยา  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
ตำแหน่ง : พยาบาลประจำการ  
พ.ศ. 2516 - ปัจจุบัน : อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล  
สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะ-  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
ตำแหน่ง : รองศาสตราจารย์ ระดับ 8

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก คณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประคิด สุจนายา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง และรองศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย วรพงศธร อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยความสมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยอม อยู่สวัสดิ์ รองศาสตราจารย์มาลี เลิศมาลีวงศ์ รองศาสตราจารย์อรพินธ์ เจริญผล และอาจารย์ ดร.อวยพร ตันมุขกุล ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่และเด็ก หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลแม่และเด็ก หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของหน่วยฝากครรภ์ทุก ๆ ท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณหญิงมีครรภ์ทุก ๆ ท่านที่ได้ให้ข้อมูลต่าง ๆ ในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งทำให้การวิจัยสำเร็จลงด้วยดี และท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจในการศึกษามาโดยตลอด

สุกัญญา ปริสัณญกุล

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การ  
สนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ  
ของหญิงมีครรภ์

ผู้วิจัย สุกัญญา ปรีดิญาณกุล

ปริญญา พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

วิจิตร ศรีสุพรรณ วท.บ., ค.บ., M.P.H., Dr.P.H.

ประคิน สุกฉายา วท.บ., M.S.N., Ph.D.

ทัศนา บุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

ธวัชชัย วรพงศ์ธร วท.บ., M.A., Ph.D.

วันสำเร็จการศึกษา 9 พฤษภาคม พ.ศ.2537

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้าเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล  
ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง กับ  
ผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และน้ำหนัก  
ของทารกแรกเกิด โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์ที่มา  
ฝากครรภ์ ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 เชียงใหม่ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่  
กำหนดไว้ จำนวน 284 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่ปรับปรุงจาก  
เครื่องมือของเดอลองกิสและคณะ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางสังคมของบราวน์ แบบ  
ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และแบบ  
บันทึกน้ำหนักทารกแรกเกิดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ทดสอบรูปแบบจำลองตามสมมติฐานและรูปแบบจำลอง  
ลดรูปโดยวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบบังคับเข้า ทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบจำลอง  
ลดรูปกับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีของสเปคท์ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีอิทธิพลทางบวกโดยตรงต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ โดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเอง และมีอิทธิพลทางลบต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเอง กับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์

การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางลบโดยตรงต่อความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) มีอิทธิพลทางลบต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์โดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเอง และมีอิทธิพลทางบวกต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเอง กับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์

ความพร้อมในการดูแลตนเองมีอิทธิพลทางบวกโดยตรงต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และมีอิทธิพลทางบวกต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ความพร้อมในการดูแลตนเองสามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนความตรงของทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม ในส่วนที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของบุคคล

Thesis Title            Causal Relationship among Daily Hassles, Social Support, Self-Care Deficit and Health Outcome of Pregnant Women

Name                    Sukanya Parisunyakul

Degree                   Doctor of Nursing Science

Thesis Supervisory Committee

Wichit Srisuphan B.S., B.Ed., M.P.H., Dr.P.H.

Prakin Suchaxaya B.S., M.S.N., Ph.D.

Thassana Boonthong B.Ed., M.S., Ed.D.

Thavatchai Vorapongsathorn B.S., M.A., Ph.D.

Date of Graduation    19 May B.E. 2537 (1994).

# ABSTRACT

The purpose of this prospective study was to examine the causal relationship among daily hassles, social support, self-care deficit and health outcome of pregnant women based on Orem's self-care theory. Health outcome of pregnant women were complication of pregnancy and baby birth weight. Subjects were recruited by purposive sampling, consisted of 284 normal primigavidas attending antenatal clinic at Health Promotion Center Region 10, Chiang Mai. Instruments used in the study were Daily Hassles Scale modified from the tool developed by DeLongis et al. and the Support Behavior Inventory developed by Brown. Instruments using for appraising of self-care deficit and complication of pregnancy and baby birthweight were developed by the investigator. The hypothesis model and the reduced model were tested by using multiple regression analysis with enter

method. The goodness of fit of reduced model and empirical data were tested by Specht technique. The results of the path model showed that :

Daily hassles had positive direct effect on self-care deficit with statistical significance at the level of .001. Daily hassles had a positive indirect effect on complication of pregnancy through self-care deficit and had a negative indirect effect on baby birthweight through self-care deficit and complication of pregnancy.

Social support had a negative direct effect on self-care deficit with statistical significance at the level of .01. Social support had a negative indirect effect on complication of pregnancy through self-care deficit and had a positive indirect effect on baby birthweight through self-care deficit and complication of pregnancy.

Self-care deficit had a positive direct effect on complication of pregnancy with statistical significance at the level of .01 and had a positive direct and indirect effect on baby birthweight through complication of pregnancy with statistical significance at the level of .01.

Daily hassles and social support had statistical significance in the prediction of self-care deficit ( $p < .01$ ). Self-care deficit had statistical significance in the prediction of complication of pregnancy and baby birthweight ( $p < .01$ ).

The findings support the validity of Orem's self-care deficit theory particularly the part that explained the relationship among environment factor which is a basic conditioning factor, self-care agency, therapeutic self-care demand and self-care deficit with affecting personal life, health and well-being.

## สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญแผนภูมิ

ก

ค

จ

ช

ช

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1

กรอบทฤษฎี

6

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

16

สมมติฐานของการวิจัย

16

นิยามตัวแปร

17

ขอบเขตการวิจัย

18

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์

19

ความพร้อมในการดูแลตนเอง

20

สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน

39

ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันกับภาวะสุขภาพ

42

การสนับสนุนทางสังคม

48

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ

53

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเอง

61

สารบัญ (ต่อ)

|            |                                                         |     |
|------------|---------------------------------------------------------|-----|
| บทที่ 3    | วิธีดำเนินการวิจัย                                      |     |
|            | ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง                | 67  |
|            | เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย                              | 68  |
|            | การเก็บรวบรวมข้อมูล                                     | 72  |
|            | การวิเคราะห์ข้อมูล                                      | 73  |
| บทที่ 4    | ผลการวิจัยและการอภิปรายผล                               |     |
|            | ผลการวิจัย                                              | 75  |
|            | การอภิปรายผล                                            | 100 |
|            | ข้อจำกัดในการวิจัย                                      | 117 |
| บทที่ 5    | สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ                               |     |
|            | สรุปการวิจัย                                            | 119 |
|            | ข้อเสนอแนะ                                              | 122 |
| บรรณานุกรม |                                                         | 125 |
| ภาคผนวก    |                                                         | 141 |
| ก          | การทดสอบรูปแบบจำลอง                                     | 142 |
| ข          | ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล                        | 153 |
| ค          | ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์เชิงรบกวนในชีวิตประจำวัน             | 155 |
| ง          | ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมสนับสนุนทางสังคม               | 156 |
| จ          | ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเองในหญิงมีครรภ์ | 158 |
| ฉ          | ตัวอย่างแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์            | 159 |
| ช          | รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ                                     | 160 |

## สารบัญตาราง

| ตารางที่ |                                                                                                                                    | หน้า |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1        | จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล                                                                                | 76   |
| 2        | ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเอนของตัวแปรที่ศึกษา                                                              | 79   |
| 3        | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันในตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษา                                                                       | 80   |
| 4        | เปรียบเทียบค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างแบบจำลองเต็มรูป และแบบจำลองลดรูป                                         | 87   |
| 5        | เปรียบเทียบค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ( $R^2$ ) ของรูปแบบจำลองเส้นทางความสัมพันธ์                                                     | 88   |
| 6        | ผลการทดสอบความสอดคล้องแบบจำลองเต็มรูปกับแบบจำลองลดรูป โดยวิธีการของสเปคท์ (Specht 1975)                                            | 90   |
| 7        | ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (path coefficients or beta weigh) ของแบบจำลองลดรูป                                        | 91   |
| 8        | อิทธิพลของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง                                                  | 93   |
| 9        | อิทธิพลของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมในการดูแลตนเองต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์                    | 94   |
| 10       | อิทธิพลของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง และภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด | 95   |
| 11       | ค่าสัมประสิทธิ์ของการทำนาย ( $R^2$ ) ของรูปแบบเส้นทางความสัมพันธ์ของแบบจำลองลดรูป                                                  | 97   |
| 12       | สรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดในแบบจำลองลดรูป                                                           | 99   |
| 13       | วิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของน้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกเกิดและกลุ่มคะแนนภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์           | 114  |

## สารบัญแนบ

แนบที่

หน้า

|   |                                                                                                       |     |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 | กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ โอ เร็ม                                                                     | 7   |
| 2 | รูปแบบจำลองทางทฤษฎีตามสมมติฐานของตัวแปรที่ศึกษา                                                       | 15  |
| 3 | รูปแบบจำลองตามสมมติฐานแสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางของตัวแปรที่ศึกษา                      | 83  |
| 4 | รูปแบบจำลองลดรูปแสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางของตัวแปรที่ศึกษา                            | 86  |
| 5 | รูปแบบจำลองสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางของตัวแปรที่ศึกษา | 121 |

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การอนามัยแม่และเด็ก เป็นรากฐานของการพัฒนาสาธารณสุขและการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เนื่องจากการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง เป็นสิ่งที่ต้องสร้างเสริมมาตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา สุขภาพของมารดาจึงน่าจะมีผลโดยตรงต่อ สุขภาพของทารก เนื่องจากในขณะตั้งครรภ์ทารกจะอาศัยแหล่งปัจจัยต่าง ๆ จากมารดาเพื่อการ ดำรงชีวิต ทารกจะเจริญเติบโตและแข็งแรงสมบูรณ์เพียงใด จึงขึ้นอยู่กับการปฏิบัติการดูแลตนเอง ของมารดาในระยะตั้งครรภ์ ถ้ามารดามีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ก็จะทำให้ทารกมีสุขภาพดีและทารกในครรภ์ก็จะเจริญเติบโตได้ดี มีพัฒนาการทั้ง ทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาได้อย่างสมบูรณ์ หากมารดาไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเอง ได้ อย่างมีประสิทธิภาพก็จะมีผลเสียต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ โดยอาจทำให้เกิดภาวะ แทรกซ้อนแก่หญิงมีครรภ์ ที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ การมีเลือดออกใน ระยะตั้งครรภ์ โรคหัวใจ โรคโลหิตจางและการคลอดก่อนกำหนด ส่วนผลเสียต่อสุขภาพของทารก ในครรภ์ ได้แก่ ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) ทารกมีความพิการ แต่กำเนิด มีความผิดปกติทางด้านจำนวนและขนาดเซลล์สมองเป็นผลให้มีความด้อยในสติปัญญา และทารกตายคลอด (Cranley 1983 : 14-16) ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมีสาเหตุจากการที่มารดา ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่องอาหาร การรักษาสภาพอนามัย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการไม่ ได้รับการดูแลก่อนคลอดที่เหมาะสม (Buckley & Kulb 1990 : 5) จากข้อมูลและสถิติทั้ง ของประเทศไทยและต่างประเทศยืนยันสอดคล้องกันว่า สาเหตุการตายของมารดาและทารกมี สาเหตุสำคัญโดยตรงมาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลัง คลอด (Buckley & Kulb 1990 : 7; สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2531) โดยเฉพาะสาเหตุการตายของทารกนั้น 3 ใน 4 เป็นผลจากทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Buckley & Kulb 1990 : 3) โดยที่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยนี้ จะมีความผิดปกติแต่กำเนิด สูงกว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติประมาณ 2 เท่า (Christiansen et al. 1981) มีความ

ผิดปกติทางสมองและพัฒนากการสูงกว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติถึง 3 เท่า และเป็น 10 เท่าในทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยมาก (Hardy et al. 1979) สำหรับประเทศไทยอัตราการตายของมารดา คือ 0.4 ต่อทารกที่เกิดมีชีวิต 1000 คน และอัตราการตายของทารก คือ 35 ต่อทารกที่เกิดมีชีวิต 1000 คน (สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2531) แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าการตั้งครรภ์มิใช่การเจ็บป่วย แต่ก็เป็สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตายของมารดาและทารกได้

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายเพื่อส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของมารดาและทารกไว้ดังนี้คือ ลดอัตราการตายของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดลงให้เหลือ 0.3 ต่อทารกที่เกิดมีชีวิต 1000 คน ลดอัตราการตายของทารกให้เหลือ 23 ต่อทารกที่เกิดมีชีวิต 1000 คน ให้ทารกแรกเกิดร้อยละ 70 มีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 3,000 กรัม และลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยให้ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีไม่เกินร้อยละ 7 และให้ร้อยละ 70 ของหญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนการพัฒนากการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2535) อย่างไรก็ตามจากข้อมูลสำรวจในปี 2533 เกี่ยวกับน้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่าทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักมากกว่า 3,000 กรัม นั้น ทั้งประเทศยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 57.7 เมื่อแยกเป็นภาคกลาง ภาคตะวันออก เชียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ พบว่ามีร้อยละ 57.9, 57, 52.9 และ 65 ตามลำดับ สำหรับจังหวัดเชียงใหม่มีร้อยละ 53.97 ส่วนทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม นั้นพบว่าทั้งประเทศสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 9.4 เมื่อแยกเป็นภาคกลาง ภาคตะวันออก เชียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ พบว่ามีร้อยละ 9.5, 8.8, 10.8 และ 8.7 ตามลำดับ โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีร้อยละ 14.48 (ศูนย์สารสนเทศการอนามัยครอบครัว กองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข 2533)

นอกจากนี้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดให้การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาการสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพโดยการเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองและมีส่วนร่วมใน

การพัฒนาความเป็นอยู่และกำหนดวิถีชีวิตของตนเองตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในความจำเป็นพื้นฐานของประชาชนในชาติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

พยาบาลที่รับผิดชอบในหน่วยผากครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการพัฒนาหญิงมีครรภ์ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ชีวิต และความผาสุก (well-being) ของหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้งนี้พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ของหญิงมีครรภ์ ซึ่งความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) (Orem 1991 : 173) ในการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์นั้นจะต้องประเมินว่าหญิงมีครรภ์มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดหรือไม่ เพียงพอหรือไม่ ถ้าไม่ได้หรือไม่เพียงพอก็จะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังนั้นความพร้อมในการดูแลตนเองที่ประเมินได้จะสะท้อนให้เห็นถึงภาพของการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ ถ้าหญิงมีครรภ์มีความพร้อมในการดูแลตนเองมากก็จะส่งผลให้ไม่สามารถปรับการดำรงชีวิต หรือไม่สามารถรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างการทำหน้าที่ อันเป็นผลเสียต่อสุขภาพและความผาสุกของหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ ด้วยเหตุนี้เมื่อพยาบาลทำการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ก็จะทราบว่ามีความพร้อมในการดูแลตนเองในเรื่องใด และเป็นหน้าที่ของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือแก่หญิงมีครรภ์ โดยการวางแผนในการให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาแก่หญิงมีครรภ์ เพื่อจัดการความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งจะเป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในระยะตั้งครรภ์ อันจะส่งผลให้หญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ซึ่งได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาล ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ชนบทชนเมือง ประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำรงชีวิต ภาวะสุขภาพและปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ (Orem 1991 : 136)

ในการดำรงชีวิตทั่วไปของหญิงมีครรภ์นั้น จะต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา สิ่งแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วยนั้นมี 2 ลักษณะ คือ (Lazarus & Folkman 1984 : 243)

1. สิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และรับรู้สิ่งเร้าในสิ่งแวดล้อมว่าจะทำให้เกิดความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของแต่ละบุคคล แหล่งประโยชน์ และความอ่อนแอของบุคคล มีการศึกษาพบว่าเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น ไม่ใช่เหตุการณ์จากการเปลี่ยนแปลงใหญ่ ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (major life change) แต่เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน (daily hassles) สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันเป็นเหตุการณ์หนึ่งในสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด อันจะส่งผลต่อการปรับตัวและสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล (Lazarus & Folkman 1984 : 311) ดังนั้นสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง อันจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์

2. สิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีผลดีต่อภาวะสุขภาพ ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นเกราะคุ้มกัน ในภาวะเครียด ทำให้บุคคลเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้นและลดความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman 1984 : 243-248; Cohen & Wills 1985 : 310-315) มีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ได้ดีและมีทารกที่น้ำหนักแรกเกิดมากกว่าปกติ (Turner et al. 1990; Oakley et al. 1990) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพ (Hubbard et al. 1984) และการสนับสนุนทางสังคม ความภาคภูมิใจในตนเอง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Muhlenkamp & Sayles 1986) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดอย่างมีประสิทธิภาพเป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์

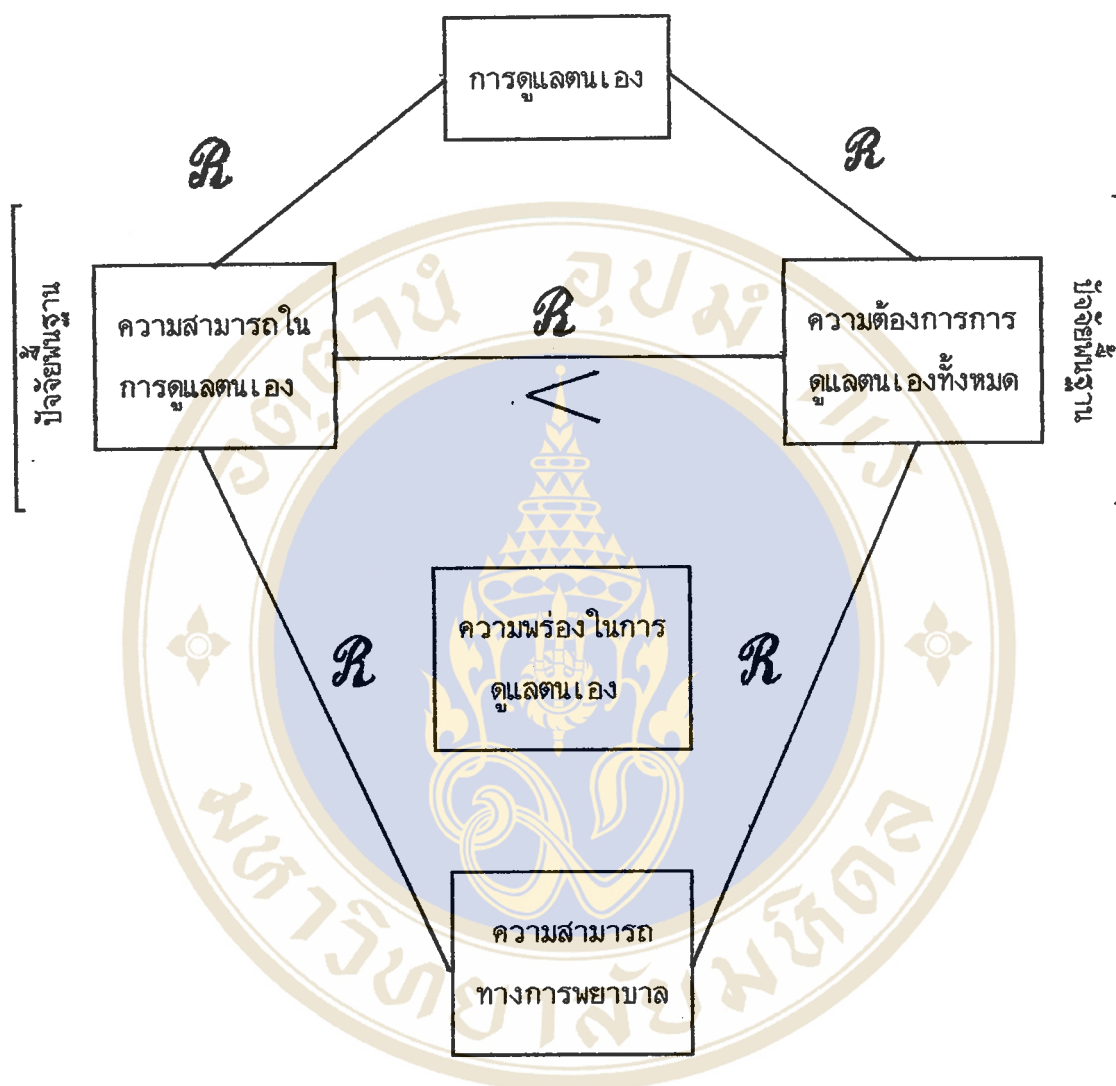
ในทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ไม่แยกบุคคลจากสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem 1991 : 136) การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมนั้น จะก่อให้เกิดทั้งความเครียดและเป็นแหล่งประโยชน์แก่บุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาแนวความคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียดและสิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งประโยชน์จากทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman 1984) ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม คือ องค์ประกอบสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ผลการศึกษาจะทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่ทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งจะเป็นการช่วยตรวจสอบความถูกต้องและขยายทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม โดยเฉพาะในแนวคิดทางทฤษฎีเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลตนเองซึ่งยังขาดข้อมูลสนับสนุน จึงต้องการการศึกษาเพื่อทดสอบความตรงของทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม อันจะเป็นการพัฒนาทฤษฎีทางการพยาบาลต่อไป

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ซึ่งยังไม่เคยมีรายงานในลักษณะนี้มาก่อนทั้งในและต่างประเทศ แต่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกันบ้าง ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต (life stress) การสนับสนุนทางสังคม และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ (Nuckolls et al. 1972; Norbeck & Tilden 1983) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพ (Hubbard et al. 1984) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความภาคภูมิใจในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Muhlenkemp & Sayles 1986) สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ (นิสสัย เพิ่มกระโทก 2530) และการศึกษาปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเอง (กาญจนา บุญทับ 2534) การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ (ศรีสมร ภูมิแสงกุล 2535) ซึ่งผู้ศึกษาก็ได้นำข้อคิดเห็นและแนวทางจากการศึกษาดังกล่าวมาประกอบในการศึกษาครั้งนี้ โดยเสนอภายใต้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม

## กรอบทฤษฎี

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยพื้นฐาน (สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคม) ความพร้อมในการดูแลตนเอง กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ โดยอาศัยกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ตามแผนภูมิที่ 1 ในส่วนของทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองนั้นได้อธิบายว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบ ต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในวัยเติบโตอย่างเต็มที่ ซึ่งสามารถถูกกระทบได้เนื่องจากภาวะด้านสุขภาพหรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอกของบุคคล เป็นผลให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนเองได้เพียงบางส่วนหรือไม่สามารถใช้ได้เลย หรือปริมาณหรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นบุคคลจึงต้องการการพยาบาล (Orem & Taylor 1986)

การดูแลตนเองในความหมายของโอเร็ม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (deliberate action) และเป็นพฤติกรรมที่บุคคลเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของสังคม (Orem 1991 : 117-121, 162-167) การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ในระยะนี้บุคคลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ และสถานการณ์ทั้งภายในและภายนอกเป็นความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต และการให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำเพื่อสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำในสิ่งที่เหมาะสมได้ ระยะที่ 2 เป็นระยะการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายเพราะเป้าหมายจะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (Orem 1991)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม

ที่มา : (Orem 1991 : 64)

การที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกนั้น จะต้องประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองของทุกคนในทุก ๆ วัยของชีวิต ซึ่งจะต้องปรับตามอายุ ระยะเวลาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่าง ๆ การดูแลตนเองนี้จะเกี่ยวข้องกับกระบวนการของชีวิตในการที่จะคงไว้ซึ่ง โครงสร้าง หน้าที่ และสุขภาพของบุคคล ซึ่ง ได้แก่ 1) การคงไว้ซึ่งการได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ 2) การดูแลเกี่ยวกับการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ 3) การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน 4) การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม 5) การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ 6) การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบ สังคมและความสามารถของตนเอง (Orem 1991 : 125-130; สมจิต ทนเจริญกุล 2534 : 12-15)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (development self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่สนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการในช่วงต่าง ๆ ของชีวิต เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร เป็นต้น ตลอดจนการป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียด ได้แก่ การปรับตัวทางสังคม การสูญเสียบุคคล ซึ่งเป็นที่รัก และญาติมิตรต่าง ๆ การเจ็บป่วย การบาดเจ็บและพิการ (Orem 1991 : 130-132; สมจิต ทนเจริญกุล 2534 : 15-16)

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากการมีโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น การเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรคหรือการรักษาของแพทย์ ซึ่งความต้องการด้านนี้ได้แก่ 1) แสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพอย่างเหมาะสม 2) รับรู้สนใจผลของพยาธิสภาพต่าง ๆ รวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาการ 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ 4) รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา 5) ปรับทัศนคติและภาพลักษณ์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองรวมทั้งการปรับปรุงบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง 6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ ผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนา

การของตนเองที่ดีที่สุด ตามความสามารถที่เหลืออยู่ (Orem 1991 : 132-134 ; สมจิต หนูเจริญกุล 16-17)

การตั้งครร์กเป็นการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ที่ก่อให้เกิดความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ การตอบสนองต่อความต้องการนี้จะก่อให้เกิดการพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการชีวิตและพัฒนาการของตนเองและทารกในครรภ์ให้เจริญเข้าสู่สุติภาวะและเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและอารมณ์เครียดที่เกิดจากความกลัวและปัญหาการปรับตัวทางสังคม ถ้าความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการนี้ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพก็จะเป็นการส่งเสริมพัฒนาการของบุคคล (Orem 1991 : 130-131)

ในระยะตั้งครร์กจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างของร่างกาย มีการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เพิ่มขึ้น มีความต้องการพลังงาน สารอาหารต่าง ๆ และน้ำเพิ่มขึ้น เพื่อเตรียมไว้สำหรับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ดังนั้นจึงมีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ในเรื่องอาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อนและกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้นเพื่อปรับให้สอดคล้องกับการตั้งครร์ก นอกจากนี้ในระยะตั้งครร์กยังมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านจิตใจและสังคมอย่างมาก ซึ่งจะมีผลให้เกิดความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ โดยหญิงมีครร์กจะแสวงหาความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ โดยการฝากครร์ก รวมทั้งการปรับบทบาท หน้าที่ และพึ่งพาคู่สมรสอื่น เพื่อที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือและเฝ้าระวังกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์

การที่บุคคลจะปฏิบัติการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดได้นั้น บุคคลจำเป็นที่จะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่จะตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับคือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข ความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล การรับรู้

ความรู้สึกต่าง ๆ การรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ การเห็นคุณค่าของตนเอง การยอมรับตนเอง ตลอดจนความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง 2) พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นความสามารถที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลตนเอง ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง การควบคุมพลังงานของร่างกาย การควบคุมการเคลื่อนไหว การใช้เหตุผล แรงจูงใจในการกระทำ การดูแลตนเอง ทักษะในการตัดสินใจ การแสวงหาความรู้ การใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา การจัดให้มีระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและการสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จำเป็นและจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ได้แก่ การตรวจสอบความหมายของสถานการณ์และองค์ประกอบต่าง ๆ ในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ตลอดจนความจำเป็นในการปรับการดูแลตนเอง การตัดสินใจ กระทำและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 17-22)

ความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับนี้ ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป คือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการ ก็จะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Gast et al. 1989 : 27; สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 18)

ความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดถูกกำหนดหรือขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ชนบทชนเมือง ประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพและปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ (Orem 1991 : 136) เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะกระทำการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดได้ก็จะเกิดความพร่องในการดูแลตนเองและต้องการการพยาบาล

“ ดังนั้น ในระยะตั้งครรภ์หญิงมีครรภ์จึงต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เพิ่มขึ้น ถ้าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะส่งเสริมพัฒนาการของตนเองและทารกในครรภ์ นั่นก็คือ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของตนเองและการทบทวนในครีร์ ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem 1991 : 136) ในการดำรงชีวิตประจำวันของหญิงมีครรภ์จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา สิ่งแวดล้อมนั้นแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ

### 1. สิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด

สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน เป็นประสบการณ์หรือสภาวะความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันที่คุณคลประเมินว่าเป็นสิ่งทำให้เกิดความเครียด เป็นสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดความรำลึก หงุดหงิด รำคาญใจ ขุ่นเคืองใจ อารมณ์เสีย หรือเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความผาสุกของบุคคล อันจะส่งผลต่อการปรับตัวและสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล (Lazarus & Folkman 1984 : 311)

สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ได้แก่ สิ่งรบกวนเกี่ยวกับงาน ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและในที่ทำงาน ความขัดแย้งเกี่ยวกับความคิด สภาวะทางเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย มลภาวะจากสิ่งแวดล้อม เช่น อากาศเสีย รถติด เป็นต้น สิ่งรบกวนเกี่ยวกับเวลา ปัญหาสุขภาพของบุคคล ฯลฯ สิ่งรบกวนต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่คุณคลประเมินแล้วว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรำคาญ หงุดหงิด อารมณ์เสียอย่างเรื้อรังในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเครียด บางเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้วซ้ำอีก ทำให้มีการสะสมความเครียดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นผลเสียต่อการปรับตัวและสุขภาพของบุคคล เนื่องจากความเครียดจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและรบกวนต่อการทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค จึงเกิดการเจ็บป่วยหรือเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (Lazarus & Folkman 1984 : 224) ดังนั้นบุคคลที่มีสิ่งรบกวน ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวันมาก จะมีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์จะสูงกว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิตภายใน 6 เดือน ถึง 1 ปีกับการเจ็บป่วย (Lazarus & Folkman 1984 : 312-314) โดยเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่มีผลต่อสุขภาพนั้นก็เนื่องมาจากเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิตมีผลทำให้เกิดเป็นสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมากกว่า ดังนั้น สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันจึงทำนายผลลัพธ์ของการปรับตัวและสุขภาพของบุคคลได้ดีกว่าเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิต (DeLongis et al. 1982)

นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าหญิงมีครรภ์ที่มีความเครียดมากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญในร่างกายทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่ คอร์ติโคอยด์ (Corticoids) แคลทีคอลามีน (Catecholamines) โกรวท์ (Growth) และโปรแลคติน (Prolactin) ซึ่งเป็นผลให้น้ำหนักตัวของหญิงมีครรภ์ลดลง อันจะส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ (Picone et al. 1982)

เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้น จะทำให้อารมณ์แปรปรวน ไม่ให้ความร่วมมือ หงุดหงิด ไม่มีความอดทน ระดับความรู้ สติปัญญา ความจำ ความสนใจ และสมาธิเสียไป มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อย กระบวนการทางความคิดถูกรบกวน ความคิดสับสน ลังเลใจ ตัดสินใจไม่ได้หรือไม่เหมาะสม การรับรู้ถูกรบกวน สูญเสียความสนใจและความตั้งใจ มีความรู้สึกไวต่อเสียงรบกวน มีความกลัวหรือความสงสัยโดยไม่มีเหตุผล รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย ไร้ค่า และไม่ปลอดภัย (Chandler 1991 : 54 ; สัพตรา เตชาติวงศ์และคณะ 2524 : 465-466) สภาพเช่นนี้ย่อมมีผลกระทบต่อความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง การควบคุมการทำงานของร่างกาย การใช้เหตุผลและการตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งทั้งหมดเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นผลให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง นอกจากนี้การที่มีความเครียดเกิดขึ้นจะทำให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดเพิ่มขึ้นเพื่อบรรเทาจากความเครียดนั้น ดังนั้นบุคคลที่มีความเครียดสูงก็จะมีผลให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองมากขึ้น ในหญิงมีครรภ์ที่มีความเครียดมากก็จะเกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้มาก จากการศึกษาพบว่าหญิงมีครรภ์ที่มีความเครียดมาก ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ (Kabat - Zinn et al. 1985 : 163) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ การมีเลือดออกในระยะตั้งครรภ์ โรคหัวใจ โรคโลหิตจาง และการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการนำออกซิเจนและอาหารจากมารดาไปสู่ทารก มีผลทำให้เกิดอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติความผิดปกติแต่กำเนิดของทารก และการตายของทารก (กำแหง จาตุรจินดา และคณะ 2530 : 82) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหญิงมีครรภ์ที่มีความเครียดมาก ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ (Nuckolls et al. 1972 ; Norbeck & Tilden 1983)

## 2. สิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งประโยชน์

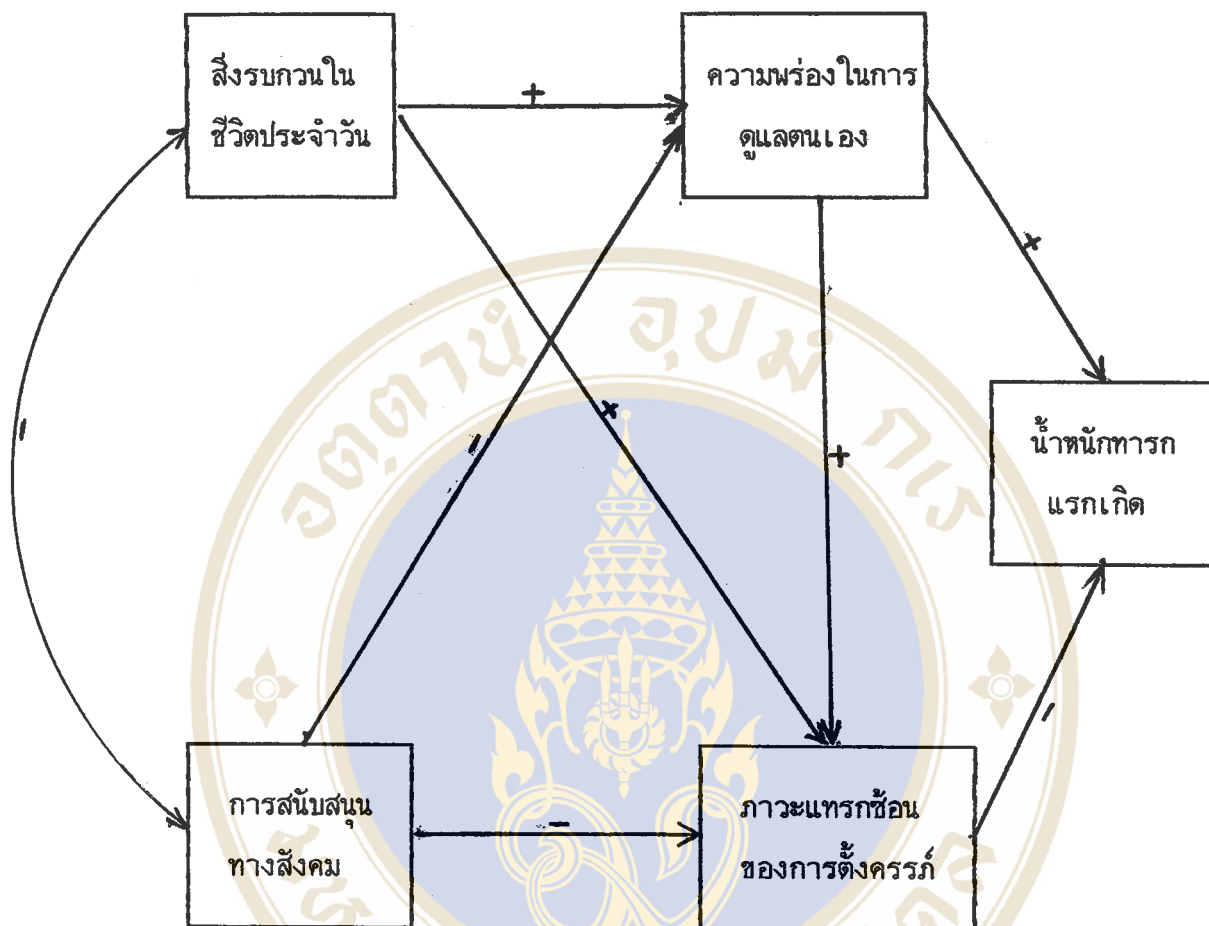
ความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้รับอิทธิพลจากแหล่งประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อม (Lazarus & Folkman 1984) การดำรงชีวิตโดยทั่วไปของหญิงมีครรภ์อยู่กับสิ่งแวดล้อมบุคคลในกลุ่มสังคม ได้แก่ สามี ลูก บิดา มารดา ญาติพี่น้องและเพื่อน ๆ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างหญิงมีครรภ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมจะก่อให้เกิดความพึงพอใจ และเป็นความต้องการมากของหญิงมีครรภ์โดยเฉพาะในระยะที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (Richardson 1981 : 164 - 167) เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันจะได้รับความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิด เอาใจใส่ ยอมรับนับถือ มีความรู้สึกปลอดภัย มีความหวัง ได้รับความรู้คำแนะนำและแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ ได้รับการช่วยเหลือทางวัตถุและเงินทอง เกิดความมั่นคงในอารมณ์มีความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองและการมีส่วนร่วมในสังคม (Cobb 1976 : 300 ; Weiss 1974 : 17 ; House 1981 Cited in Brown 1986 : 5)

การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ โดยทำให้การทำงานของต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรคมีการทำงานที่ปกติ เป็นผลให้มีอารมณ์มั่นคงสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ อันจะมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่ดีทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลโดยอ้อมต่อภาวะสุขภาพ โดยมีผลในการบรรเทา หรือเป็นกันชน หรือเบาะรองรับความเครียด ซึ่งจะช่วยให้หญิงมีครรภ์ประเมินว่ามีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันน้อยลง ช่วยให้หญิงมีครรภ์มีการรับรู้ต่อภาวะเครียดน้อยลง และช่วยให้หญิงมีครรภ์เผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น (Cohen & Wills 1985 : 310-315; Bloom 1990 : 635-637)

เมื่อหญิงมีครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับ โดยมีการรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น มีความเข้าใจ มีความสามารถ และทักษะในการเรียนรู้มากขึ้น มีความสามารถในการใช้เหตุใช้ผล มีทักษะในการตัดสินใจและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น เกิดเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเผชิญกับปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม หญิงมีครรภ์เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ซึ่งจะส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี และช่วยใน

การพัฒนาภารกิจต่าง ๆ ตามบทบาทของการเป็นมารดาได้ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเปรียบเสมือนแรงที่ช่วยเอื้ออำนวยให้หญิงมีครรภ์สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีผลในการเพิ่มความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เป็นผลให้ลดความพรัองในการดูแลตนเอง อันจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์นั่นก็คือ การดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุกของหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ จากการศึกษาต่าง ๆ พบว่าหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ได้ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีการคลอดที่ครบกำหนด และทารกมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าปกติ (Berkowitz and Kasl 1983 : 280-288; Oakley et al. 1990 : 155-162; Turner et al. 1990 : 43-57)

ดังนั้นจึงสรุปกรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ คือ สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพรัองในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ (ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบจำลองทางทฤษฎีตามสมมติฐานของตัวแปรที่ศึกษา

### คำถามในการศึกษา

1. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์อย่างไร
2. ความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์อย่างไร
3. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์
2. เพื่อทำนายผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์จากสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมในการดูแลตนเอง

### สมมติฐานของการวิจัย

1. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีอิทธิพล โดยตรงต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง
2. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีอิทธิพลต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ทั้ง โดยทางตรงและโดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเอง
3. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีอิทธิพลต่อน้ำหนักของการรกแรกเกิด โดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์
4. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพล โดยตรงต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง
5. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ทั้ง โดยทางตรงและโดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเอง
6. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อน้ำหนักการรกแรกเกิด โดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์
7. ความพร้อมในการดูแลตนเองมีอิทธิพลต่อน้ำหนักการรกแรกเกิดทั้ง โดยทางตรงและโดยอ้อมผ่านภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์
8. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง สามารถทำนายผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ได้

## นิยามตัวแปร

สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันที่หญิงมีครรภ์ ประเมินว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ ชุ่นเคืองใจ วัดโดยใช้เครื่องมือวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่ดัดแปลงจากเดอลองกีสและคณะ (DeLongis et al. 1988) หญิงมีครรภ์ที่ได้รับคะแนนมาก หมายถึงหญิงมีครรภ์มีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมาก

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของหญิงมีครรภ์ที่มีต่อพฤติกรรม การสนับสนุนจากสามีและมารดา เป็นพฤติกรรมการสนับสนุนที่ประกอบด้วยพฤติกรรมปฏิบัติ 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการกระทำ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง หรือเวลา วัดโดยใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม (Support Behavior Inventory) ของ บราวน์ (Brown 1986) หญิงมีครรภ์ที่ได้รับคะแนนมาก หมายถึง หญิงมีครรภ์มีความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและมารดามาก

ความพึงพอใจในการดูแลตนเอง หมายถึง การที่หญิงมีครรภ์กระทำการดูแลตนเองได้เพียงบางส่วนหรือไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ความพึงพอใจในการดูแลตนเองวัดได้จากแบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบทฤษฎีทางการแพทย์ของ โอเร็ม หญิงมีครรภ์ที่ได้รับคะแนนมาก หมายถึงหญิงมีครรภ์มีความพึงพอใจในการดูแลตนเองมาก

ผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ หมายถึงภาวะดังต่อไปนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ได้แก่ การมีความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจาง การเพิ่มหรือลดของน้ำหนักตัวในระยะตั้งครรภ์ การมีไข้หรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ อาการบวมของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การมีเลือดออกทางช่องคลอด อายุครรภ์จนถึง

คลอด วัดโดยใช้แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2522 หญิงมีครรภ์ที่ได้รับคะแนนมากแสดงว่า หญิงมีครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์มาก

2. น้ำหนักทารกแรกเกิด หมายถึง น้ำหนักเป็นกรัมของทารกที่จะทำการประเมินในระยะแรกหลังคลอด

#### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ โดยการศึกษาในหญิงมีครรภ์ที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก ที่มีอายุครรภ์ 24 - 28 สัปดาห์ขึ้นไป จนกระทั่งเข้าสู่ระยะคลอด ที่มาฝากครรภ์และคลอด ณ โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 284 คน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2535 ถึงเดือนมิถุนายน 2536

## วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์นั้น ผู้ศึกษาได้รวบรวมวรรณกรรมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้เสนอสาระสำคัญเรียงตามลำดับ ดังนี้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ความพร้อมในการดูแลตนเอง สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันกับภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเอง

### ผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์

ในทฤษฎีทางการพยาบาลของ โอเร็มนั้น ภาวะสุขภาพเป็นเป้าหมายของการดูแลตนเอง ซึ่งโอเร็ม (Orem 1991 : 183) ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพไว้ว่า เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่มีความสมบูรณ์ทั้งในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ โดยไม่มีอาการแสดงของโรคหรือการเจ็บป่วยและจะต้องมีพัฒนาโครงสร้างและการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง โดยต้องคำนึงถึงภาวะการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคลด้วย

การตั้งครรภ์เป็นภาวะวิกฤตขั้นหนึ่งในพัฒนาการของชีวิตที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นอย่างซับซ้อนและเป็นไปโดยอัตโนมัติ ทำให้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นกระบวนการของการเกิดโรคได้ (Pritchard & MacDonald 1985 : 245) ดังนั้นหญิงมีครรภ์จึงต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เพิ่มขึ้น เพื่อผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์คือ สุขภาพที่ดีทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เป็นสาเหตุทำให้เกิดการตายและทรมานทั้งมารดา

และทารก (กำหนด จาตุรจินดา 2530) ซึ่งดัชนีที่บ่งชี้ภาวะสุขภาพของมารดาและทารกก็คืออัตรา การตายและการเจ็บป่วยของมารดาและทารกที่เนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอด

การศึกษาภาวะสุขภาพของหญิงที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์มีน้อยมาก ในการศึกษาครั้งนี้จึง ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ในลักษณะดังนี้ คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นลักษณะอาการที่สามารถสังเกตและตรวจพบได้ ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่พบได้บ่อยคือ ภาวะโลหิตจาง การเพิ่มหรือลดของน้ำหนักตัวใน ระยะตั้งครรภ์ การมีไข้หรือปวดท้องในปัสสาวะ อาการบวมของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การ มีเลือดออกทางช่องคลอด อายุครรภ์จนถึงคลอด อาการต่าง ๆ เหล่านี้หากหญิงมีครรภ์ไม่มีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองโดยการเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่าง ๆ ก็จะนำไปสู่ภาวะแทรก ซ้อนที่รุนแรงขึ้น อันอาจจะเป็นอันตรายต่อหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ได้

2. น้ำหนักทารกแรกเกิด เป็นน้ำหนักของทารกในระยะแรกหลังคลอด ภาวะแทรก ซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์จะส่งผลถึงน้ำหนักทารกแรกเกิดได้ เนื่องจากขณะที่อยู่ในครรภ์ ทารกจะอาศัยแหล่งปัจจัยต่าง ๆ จากหญิงมีครรภ์ เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะทำให้มีการ เปลี่ยนแปลงในการนำอาหารและออกซิเจนจากมารดาไปสู่ทารกในครรภ์ ทำให้เกิดอุบัติการณ์ของ ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ ซึ่งอาจจะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการตายได้ (กำหนด จาตุรจินดา และคณะ 2530, Bobak & Jensen 1991)

### ความพร้อมในการดูแลตนเอง

ความพร้อมในการดูแลตนเอง (self-care deficit) เป็นทฤษฎีหนึ่งในทฤษฎีทาง การพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม ความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความ สามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem 1991 : 173) ในการ ตัดสินความพร้อมในการดูแลตนเองนั้นจะต้องประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในแต่ละข้อที่ได้แจกแจงไว้ในกำหนดความต้องการการดูแลตนเอง ได้ทั้งหมดหรือไม่ ถ้าไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้องหรือไม่เพียงพอถือว่ามีความพร้อม

ในการดูแลตนเอง เพราะฉะนั้นความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดมีมากกว่าความสามารถที่จะกระทำ (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 50)

การที่บุคคลเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองนั้น เกิดเนื่องจากมีข้อจำกัดของการกระทำการดูแลตนเอง ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 50)

1. ความสามารถในการดูแลตนเองยังไม่ได้พัฒนา ซึ่งอาจเนื่องจากอายุและระยะพัฒนาการยังไม่ถึงวัย หรือผู้ป่วยเพิ่งประสบกับปัญหาทางสุขภาพใหม่ ๆ
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง ได้รับการพัฒนาแต่ไม่สามารถนำมาใช้ได้เนื่องจากขาดพลังงาน ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวตามที่ตั้งใจได้ ผู้ป่วยเลือกไม่ปฏิบัติทั้ง ๆ ที่สามารถกระทำได้ และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยหรือเป็นอุปสรรคที่จะกระทำการดูแลตนเอง
3. ความสามารถในการดูแลตนเอง ได้รับการพัฒนาแต่อาจไม่เพียงพอที่จะกระทำการดูแลตนเองทั้งหมดหรือความสามารถในการดูแลตนเองขณะนั้นเพียงพอ แต่เนื่องจากภาวะสุขภาพที่เลวลง และความต้องการการกระทำเพื่อดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น
4. ความสามารถในการดูแลตนเองมีข้อจำกัดในเรื่องปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน และพลังความสามารถในการดูแลตนเอง

เนื่องจากการตั้งครมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างมาก จึงส่งผลให้ทฤษฎีมีครมมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นมากขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับการตั้งครม ดังนั้น ทฤษฎีมีครมจะต้องมีความรู้ มีทักษะที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด ซึ่งความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของทฤษฎีมีครมปกติ มีดังนี้

#### 1. ความต้องการการดูแลตนเอง โดยทั่วไป

1.1 ดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศบริสุทธิ์ในปริมาณที่เพียงพอ ไม่อยู่ในสถานที่แออัดหรือมีคนมาก ๆ

1.2 ดูแลให้ร่างกายได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ โดยให้ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 - 10 แก้ว การที่ทฤษฎีมีครมได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอจะทำให้ร่างกายได้รับน้ำเพิ่มขึ้น

ซึ่งจะช่วยลดภาวะเลือดข้น (hemocentration) และเป็นการป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ได้ (Olds et al. 1984 : 272)

1.3 รับประทานอาหารที่มีปริมาณและคุณค่าที่เพียงพอในระยะตั้งครรภ์ หญิงมีครรภ์มีความต้องการสารอาหารต่าง ๆ เพิ่มขึ้นเพราะระยะตั้งครรภ์เป็นระยะที่มีการสร้างเซลล์และเนื้อเยื่อต่าง ๆ เพิ่มขึ้นในหญิงมีครรภ์ และมีการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกและรกในครรภ์ นอกจากนี้เป็นการส่งเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ให้แข็งแรงตลอดระยะการตั้งครรภ์ และเตรียมพร้อมเพื่อการคลอดที่ต้องใช้พลังงานอย่างมาก หญิงมีครรภ์ควรรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ ความต้องการสารอาหารประเภทต่าง ๆ ของหญิงมีครรภ์ มีดังนี้

1) โปรตีน ได้แก่ อาหารพวกเนื้อสัตว์ต่าง ๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ควรได้รับประทานอาหารโปรตีนเพิ่มขึ้นจากปริมาณปกติประมาณ 30 กรัมต่อวันเพื่อใช้ในการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารก รก และพลาสมาโปรตีน (plasma protein) โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนก่อนคลอด มีความต้องการสารอาหารประเภทโปรตีนมาก หญิงมีครรภ์จึงควรรับประทานไข้อย่างน้อยวันละ 1 ฟอง รับประทานเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล และถั่วเมล็ดแห้งเพิ่มขึ้น

2) อาหารจำพวกแป้ง ได้แก่ ข้าว น้ำตาล เผือก มัน ชนม ฯลฯ หญิงมีครรภ์ควรลดการบริโภคอาหารประเภทนี้ลง เนื่องจากในระยะตั้งครรภ์ระบบการเผาผลาญสารอาหารประเภทนี้ทำงานน้อยลง และระบบการย่อยอาหารไม่เป็นปกติ เกิดอาการท้องอืด ท้องผูกได้ง่าย และอาหารพวกนี้เพิ่มน้ำหนักได้มาก แต่ในเดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ควรรับประทานอาหารแป้งเท่าปกติ คือ โดยเฉลี่ยวันละ 320 กรัม เพราะอาหารประเภทนี้มีความจำเป็นในการสร้างไขมันใต้ผิวหนังของทารกในครรภ์

3) อาหารจำพวกไขมัน หญิงมีครรภ์ควรรับประทานเท่าคนปกติ คือ วันละ 2.5 - 3 ช้อนโต๊ะ

4) ผักและผลไม้ต่าง ๆ เป็นแหล่งอาหารที่ให้คุณค่าสูง เช่น วิตามิน เอ และซี เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผลช่วยป้องกันอาการท้องผูกในหญิงมีครรภ์ทำให้ระบบทางเดินอาหารทำงานดีขึ้น จึงควรบริโภคผักและผลไม้หรืออาหารที่มีกากให้มากขึ้นโดยไม่จำกัดจำนวน

#### 5) แคลเซียม

แคลเซียมและฟอสฟอรัส ในระหว่างตั้งครรภ์หญิงมีครรภ์ควรได้รับสารอาหารประเภทนี้มากขึ้น คือ วันละประมาณ 10 - 15 กรัม เนื่องจากมีความจำเป็นในการสร้างโครงร่างของร่างกาย ได้แก่ กระดูก ขากรรไกรของทารก โดยเฉพาะใน 3 เดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ถ้ารับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและฟอสฟอรัสไม่เพียงพอ ทารกที่คลอดออกมาอาจมีภาวะของโรคกระดูกอ่อนได้ ดังนั้นหญิงมีครรภ์ควรดื่มวันละ 1 แก้ว

เหล็ก เหล็กเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของเม็ดเลือดแดงในส่วนของฮีโมโกลบินและกล้ามเนื้อในระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในระยะ 10 สัปดาห์ก่อนคลอดมีความต้องการสูงสุดเป็น 10 เท่าของขณะที่ยังไม่ตั้งครรภ์เพื่อสำรองไว้ในต้นและเตรียมไว้สำหรับระยะหลังคลอดในการให้นมบุตรต่อไป ดังนั้นหญิงมีครรภ์ควรได้รับเหล็กประมาณวันละ 20 มิลลิกรัม ถ้าขาดสารเหล็กจะมีผลเสียต่อหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ คือ ภาวะโลหิตจาง ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดอย่างอื่น

โฟลิก เอซิด (folic acid) หญิงมีครรภ์ควรได้รับโฟลิกเอซิดเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติที่ไม่ตั้งครรภ์ประมาณ 3 - 5 เท่า ซึ่งมีความจำเป็นในการสร้างเนื้อเยื่อของอวัยวะสืบพันธุ์และการเจริญเติบโตของทารกและรก นอกจากนี้ยังช่วยในการดูดซึมของเหล็กให้เป็นไปได้ดียิ่งขึ้น การขาดโฟลิกเอซิดจะทำให้เกิดภาวะโลหิตจางซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการให้เหล็กทดแทน

ไอโอดีน ในขณะตั้งครรภ์ควรได้รับสารอาหารนี้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้การเจริญเติบโตของทารกเป็นไปตามปกติ โดยรับประทานอาหารที่มีไอโอดีนสูงที่ได้จากอาหารทะเล สัปดาห์หนึ่งอย่างน้อย 2 - 3 ครั้ง หรืออาจปรุงอาหารโดยใช้เกลือไอโอดีนเป็นประจำ

วิตามิน ในระหว่างตั้งครรภ์มีความต้องการวิตามินเพิ่มขึ้น วิตามินซี ช่วยในการทำงาน การเผาผลาญสารอาหารต่าง ๆ ที่รับประทานเข้าไป วิตามินที่สำคัญ ได้แก่ วิตามิน เอ ซี และดี ดังนั้นหญิงมีครรภ์จึงควรรับประทานผักผลไม้เขียวและผักอย่างอื่น ๆ มากกว่าปกติอย่างน้อยหนึ่งเท่าตัว โดยเฉพาะผักใบเขียวและผักสีเหลืองแสดงซึ่งเป็นแหล่งของสาร วิตามินเอ บีสอง และแคลเซียม

1.4 ดูแลให้หายใจสะดวก เนื่องจากขณะตั้งครรภ์นั้นกระบังลมจะเคลื่อนตัวสูงขึ้น มุมของกระดูกยอดอกจะโตขึ้นเนื่องจากแรงดันจากมดลูกที่ขยายใหญ่ขึ้น ทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางของทรวงอกในแนวตั้งลดลง และเส้นผ่าศูนย์กลางในแนวหน้าหลังเพิ่มขึ้น เป็นผลให้การเคลื่อนลงของ กระบังลมในขณะหายใจเป็นไปได้ลำบากขึ้น ปอดมีการทำงานเพิ่มขึ้นโดยปริมาณของอากาศที่หายใจออกภายหลังการหายใจเข้าเต็มที่ (tidal volume) เพิ่มขึ้น ในขณะการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมปอดเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 65 - 70 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะทำให้เกิดอาการ หอบเหนื่อยได้ (Cranley 1983 : 15)

#### 1.5 ดูแลให้มีการขับถ่ายและการระบายเป็นไปตามปกติ

1.5.1 การขับถ่ายปัสสาวะ หญิงมีครรภ์จะมีการขับถ่ายปัสสาวะบ่อยใน ระยะสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ เนื่องจากมดลูกที่โตขึ้น ไปกดทับกระเพาะปัสสาวะ และในระยะสามเดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ เนื่องจากการเคลื่อนต่ำของศีรษะเด็กไปกดทับกระเพาะปัสสาวะ ดังนั้นหญิงมีครรภ์จึงควรทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทุกครั้งหลังจากถ่ายปัสสาวะ และควรดื่มน้ำในช่วงกลางวันมาก ๆ หลังอาหารเย็นควรดื่มน้ำให้น้อยลงเพื่อไม่ให้รบกวนเวลานอนหลับในช่วงกลางคืน

1.5.2 การขับถ่ายอุจจาระ ในขณะตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงของ ฮอร์โมน คือ โปรเจสเตอโรน เพิ่มขึ้น เป็นผลให้กล้ามเนื้อเรียบของลำไส้มีการเคลื่อนไหวได้น้อยลง จึงเกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นเสียดท้อง และท้องผูกบ่อย ๆ การเกิดท้องผูกจะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้นเป็นผลให้การไหลเวียนโลหิตที่ลำไส้ใหญ่ และในอุ้งเชิงกรานกลับไปยังหัวใจได้ยาก ทำให้หลอดเลือดบริเวณนี้โป่งพอง เกิดเป็นโรคริดสีดวงทวารได้ ดังนั้นหญิงมีครรภ์จึงควรปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันท้องผูก โดยรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ดื่มน้ำให้

มาก ๆ ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอ สร้างนิสัยการขยับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ถ้าหากมีอาการท้องผูกมากไม่ควรซื้อยาระบายมารับประทานเอง ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล

1.6 รักษาไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนจากภาวะการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย

1.6.1 การทำงาน โดยทั่วไปในระยะตั้งครรภ์สามารถทำงานได้ตามปกติ ทั้งนี้ลักษณะงานที่ทำนั้นต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่หญิงมีครรภ์ หลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้กำลังกายมากเกินไป เช่น ยกของหนัก อุ้มเด็ก หามน้ำ ยืนทำงานมากกว่าวันละ 8 ชั่วโมง เป็นต้น ถ้าทำงานแล้วเหนื่อยหรือเกิดอาการไม่สบายต่าง ๆ ควรจะหยุดพัก นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงงานที่จะทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพของหญิงมีครรภ์ และทารกในครรภ์ เช่น การทำงานในโรงงานที่มีสารพิษต่าง ๆ เป็นต้น

1.6.2 การออกกำลังกาย ในระยะตั้งครรภ์การออกกำลังกายจะทำให้ระบบไหลเวียนของโลหิตในร่างกายเป็นไปได้ดี ช่วยการทำงานของระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายดีขึ้น ส่งเสริมให้กล้ามเนื้อต่าง ๆ ของร่างกายแข็งแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการคลอด นอกจากนี้การออกกำลังกาย ยังช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดจากงานอาชีพในชีวิตประจำวันทำให้มีการพักผ่อนเพียงพอ ร่างกายสดชื่น แจ่มใส อย่างไรก็ตามไม่ควรหักโหมในการออกกำลังกายมาก ถ้ารู้สึกเหนื่อยควรหยุดพัก ระวังมิได้ระวังเกี่ยวกับอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากการออกกำลังกายเนื่องจากการทรงตัวไม่ดี ในรายที่มีประวัติแท้ง การคลอดก่อนกำหนด หรือมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างครรภ์ ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อรับคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม

1.6.3 การพักผ่อน ในระหว่างตั้งครรภ์หญิงมีครรภ์ควรได้รับการพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อช่วยเสริมสร้างให้มีสุขภาพดีทั้งหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ ร่างกายไม่เมื่อยหรือเหนื่อยล้า ในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมากขึ้น มีการสูญเสียพลังงานมากขึ้น ร่างกายจะเหนื่อยล้า และมีความไม่สบายต่าง ๆ เกิดขึ้น หญิงมีครรภ์จึงควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ซึ่งความต้องการพักผ่อนจะมากขึ้นหรือน้อยขึ้นอยู่กับ

ความต้องการของแต่ละบุคคล โดยทั่วไปแล้วควรได้นอนพักในตอนกลางวันหรือตอนบ่าย ๓ อย่างน้อยวันละ 1-2 ชั่วโมงและควรนอนหลับในตอนกลางคืน ประมาณวันละ 8-10 ชั่วโมง หญิงมีครรภ์บางคนไม่สามารถนอนพักตอนกลางวันเนื่องจากต้องทำงาน ดังนั้นจึงควรหาโอกาสนั่งพักโดยหลีกเลี่ยงการยืนนาน ๆ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการนอนหงายในระยะท้าย ๆ ของการตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกลุ่มอาการของการมีความดันโลหิตต่ำจากการนอนหงาย (supine hypotensive syndrome) ควรนอนในท่าตะแคงซ้ายหรือขวาสลับกันเพราะจะช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตไปเลี้ยงมดลูกและรกเพิ่มขึ้น ช่วยให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนและสารอาหารเพียงพอร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์

1.6.4 การเดินทาง ในหญิงมีครรภ์ที่มีการตั้งครรภ์ปกติจะไม่มีข้อห้ามสำหรับการเดินทาง การเดินทางไกลควรมีการหยุดพักระหว่างการเดินทางเพื่อลุกเดินเปลี่ยนอริยาบทบ้างอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ลดการบวมบริเวณขาและป้องกันการเหนื่อยล้าของร่างกาย ควรหลีกเลี่ยงการเดินทางไกลในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์เพราะอาจได้รับความกระทบกระเทือนจากการเดินทางเป็นผลให้เกิดการแท้งได้ สำหรับในระยะท้าย ๆ ของการตั้งครรภ์การเดินทางไกลอาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้

## 1.7 การรักษา ส่งเสริมสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล

1.7.1 การรักษาความสะอาดของร่างกายและการแต่งกาย ในระหว่างตั้งครรภ์ ต่อมต่าง ๆ จะทำงานมากขึ้นก่อให้เกิดการหมักหมมขึ้นได้ หญิงมีครรภ์ควรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ไม่ควรอาบน้ำในอ่างอาบน้ำหรือในแม่น้ำลำคลอง เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในช่องคลอดและโพรงมดลูกได้ง่าย งดการสวนล้างช่องคลอดในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายต่อคอมดลูก และช่องคลอดได้

สำหรับการแต่งกายนั้นควรแต่งให้เหมาะสมกับฤดูกาล ใช้เนื้อผ้าบางเบาและเนื้อผ้าฝ้าย ซึ่งจะช่วยในการขับเหงื่อได้ดี ใส่เสื้อผ้าที่สะอาดแบบปล่อยย้วยให้หลวมและสบาย

1.7.2 การดูแลรักษาความสะอาดของเหงือกฟัน ในระหว่างการตั้งครรภ์ หญิงมีครรภ์มักจะมีปัญหาจากเรื่องฟันผุ เหงือกอักเสบ ดังนั้นจึงควรได้รับการตรวจรักษา และดูแล

จากทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และบ้วนปากทุกครั้งหลังจากการรับประทานอาหารแล้ว

1.7.3 การดูแลรักษาความสะอาดของเต้านม ในระยะตั้งครรภ์ เต้านมจะมีขนาดใหญ่ขึ้น เนื่องจากต่อมน้ำนม และท่อน้ำนมได้รับการกระตุ้นจากฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรนและโปรแลคติน ดังนั้นจึงต้องดูแลเต้านมโดยปฏิบัติ ดังนี้

1) สวมยกทรงที่มีขนาดพอเหมาะ ไม่คับหรือหลวมเกินไป เพื่อพยุงเต้านมไว้ ยกทรงที่ใช้ควรทำด้วยผ้าฝ้าย ซึ่งจะช่วยให้ซับเหงื่อได้ดีกว่าใยสังเคราะห์ หรือไนลอน

2) ดูแลรักษาความสะอาดของเต้านมและหัวนมให้แห้งอยู่เสมอ ทำความสะอาดเต้านมและหัวนมด้วยน้ำและสบู่อ่อน ๆ ทุกวัน ห้ามแกะหรือเกาบนหัวนมหรือเต้านม เพราะอาจทำให้หัวนมถลอกหรือแตกได้ ซึ่งจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย หากมีน้ำนมไหลออกมาเกาะติดกับหัวนมให้เช็ดออกโดยใช้สำลีชุบน้ำให้ชุ่ม

3) ถ้ามีความผิดปกติของหัวนม เช่น หัวนมบวม แบน ลึน เป็นต้น ควรได้รับการแก้ไขเพื่อให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมตนเองได้ในระยะหลังคลอด

4) เมื่อใกล้เข้าสู่ระยะคลอด ควรทำการนวดเต้านมเพื่อกระตุ้นให้ต่อมน้ำนมหรือท่อน้ำนมเตรียมพร้อมที่จะทำงานเป็นการป้องกันการเกิดภาวะคัดตึงเต้านมในระยะหลังคลอด

1.8 การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และมีความสมดุลของการใช้เวลาส่วนตัวในขณะตั้งครรภ์

การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเป็นสิ่งจำเป็นเพราะจะทำให้หญิงมีครรภ์ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ในขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่เคยคลอดบุตรมาแล้วหรือหญิงมีครรภ์ด้วยกันจะได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้าน จะได้รับการช่วยเหลือ ได้รับคำแนะนำ และเป็นแบบอย่างที่ดีในการเป็นมารดาและการเลี้ยงดูบุตร อย่างไรก็ตามการที่มีเวลาอยู่ตามลำพังจะทำให้หญิงมีครรภ์ได้คิดถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และยอมรับสภาพของตัวเอง

เอง ดังนั้นหญิงมีครรภ์จึงควรปฏิบัติให้เกิดความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพังกับการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

1.9 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในระยะพัฒนาการของชีวิตในขณะตั้งครรภ์

1.9.1 การป้องกันอุบัติเหตุ ได้แก่ การหกล้ม การได้รับความกระทบกระเทือนทางหน้าท้อง เนื่องจากขณะตั้งครรภ์น้ำหนักของมดลูกจะถ่วงลงด้านหน้า ทำให้หลังแอ่นมากกว่าปกติ การสวมรองเท้าส้นสูงอาจทำให้หกล้มได้ง่าย นอกจากนี้จะทำให้กล้ามเนื้อหลังทำงานมากขึ้นเป็นผลให้มีอาการปวดหลังได้มากขึ้น ดังนั้นหญิงมีครรภ์ควรสวมรองเท้าส้นเตี้ยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้ม ซึ่งอาจทำให้เกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด การตายของทารกในครรภ์ ตลอดจนอันตรายต่อตัวหญิงมีครรภ์ได้

1.9.2 การหลีกเลี่ยงการใช้ยาหรือสารต่าง ๆ ที่ทำให้ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ การเจริญผิดปกติ หรือมีความพิการแต่กำเนิด ได้แก่

1) ยา หญิงมีครรภ์ควรระมัดระวังเกี่ยวกับการใช้ยาเนื่องจากยาสามารถผ่านรกไปยังทารกในครรภ์ได้ จึงควรพิจารณาถึงฤทธิ์ของยาที่จะทำให้เกิดความพิการหรือภาวะผิดปกติแก่ทารกในครรภ์ก่อนใช้ยาเสมอ ถ้าไม่จำเป็นแล้วไม่ควรรับประทานยาใด ๆ ทั้งสิ้น โดยเฉพาะในระยะสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์หรือใกล้คลอด ยาที่มีผลต่อทารกในครรภ์ เช่น เตตราไซคลีน ซัลโฟนาไมด์ ควินิน แอสไพริน ธาลิโดไมด์ เป็นต้น

2) แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มพวกแอลกอฮอล์ได้แก่ สุรา เบียร์ ไวน์ ฯลฯ จะมีผลเสียต่อสุขภาพของมารดา และทารกในครรภ์ โดยทำให้หญิงมีครรภ์มีสุขภาพทรุดโทรม ขาดอาหาร เนื่องจากสุรามีเอ็ดธานอล ซึ่งมีผลต่อการดูดซึมของน้ำและเกลือแร่ในลำไส้ มารดาที่ดื่มสุรามาก ๆ จะเสี่ยงต่อการแท้ง ทารกพิการแต่กำเนิด ปัญหาลม น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อย (Auvenshine & Enriquez 1990 : 886; Cranley 1983 : 15)

3) บุหรี่ หญิงมีครรภ์ควรงดสูบบุหรี่ในระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากนิโคตินที่มีอยู่ในบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดในมดลูกตีบแคบลง การไหลเวียนของเลือดในทารกจะน้อยลง ทำให้ทารกได้รับเลือดและออกซิเจนในปริมาณที่ไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโต ทารกจะขาด

ออกซิเจนเรื้อรังทำให้เติบโตช้า และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีความผิดปกติของสมอง มีความพิการแต่กำเนิด และอัตราการตายของทารกในครรภ์สูงขึ้น (Cranley 1983 : 15)

4) รังสีเอ็กซ์เรย์ หญิงมีครรภ์ควรหลีกเลี่ยงการได้รับการฉายรังสีโดยไม่จำเป็น เนื่องจากรังสีเอ็กซ์เรย์มีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางของทารก การได้รับรังสีในขนาด 5 หน่วย จะทำให้โครโมโซมถูกทำลาย และมีการเปลี่ยนแปลงยีนของทารกในครรภ์ (Cranley 1983 : 15)

1.9.3 การร่วมเพศ หญิงมีครรภ์ควรร่วมเพศในระยะสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ เพราะมีอุบัติการณ์ของการแท้ง และการมีเลือดออกทางช่องคลอดสูง โดยเฉพาะหญิงมีครรภ์ที่เคยมีประวัติการแท้งมาก่อน เพราะขณะร่วมเพศจะมีการหลั่งฮอร์โมนของต่อมใต้สมอง ในขณะที่หญิงมีครรภ์อยู่ในระหว่างที่มีจุดสุดยอด เป็นผลให้มดลูกมีการหดตัวอย่างรุนแรง ทำให้เกิดการแท้งได้ นอกจากนี้ควรร่วมเพศในระยะ 2 เดือนก่อนคลอดเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการติดเชื้อระยะหลังคลอดได้

## 2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

การตั้งครรภ์เป็นขั้นตอนหนึ่งของชีวิตที่ทำให้สตรีมีพัฒนาการเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ โดยมีการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา ดังนั้นการตั้งครรภ์จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างมาก หญิงมีครรภ์จึงมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โกรธง่าย อ่อนไหว เกิดความกลัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะเมื่อใกล้ระยะคลอด จะมีความกลัวต่อการคลอด กลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอด กลัวว่าทารกจะได้รับอันตรายในระหว่างการคลอด สำหรับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากการขาดความรู้หรือจากประสบการณ์ในอดีต ความกลัวความวิตกกังวลมักพบได้ในหญิงมีครรภ์เกือบทุกคน โดยเฉพาะหญิงที่มีการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก เนื่องจากยังไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ความกลัวและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อทารกในครรภ์ด้วย จากการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์ที่มีอารมณ์แปรปรวนตลอดระยะการตั้งครรภ์จะคลอดบุตรที่พิการได้ (Clark et al. 1979 : 267) ดังนั้นหญิงมีครรภ์จึงควรปรับสภาพจิตใจโดยยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับตัวตอบบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ (Moore 1987 : 220-221)

1) การสร้างความมั่นใจและยอมรับการตั้งครุฑซึ่งจะเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มตั้งครุฑ แต่บางรายอาจจะไม่เกิดขึ้นจนกระทั่งเข้าสู่ไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครุฑ การยอมรับการตั้งครุฑขึ้นอยู่กับว่าการตั้งครุฑนั้นมีการวางแผนหรือไม่ การตั้งครุฑนั้นมีความสุขหรือไม่ ยอมรับ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหรือไม่ มีความไม่สุขสบายที่เกิดจากการตั้งครุฑหรือไม่ ถ้าหากไม่มี ปัญหาเหล่านี้ ก็จะยอมรับการตั้งครุฑได้เร็วขึ้น

2) การแสวงหาความปลอดภัยสำหรับหญิงมีครุฑและทารกในครรภ์มีการป้องกัน และหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายแก่ทารกในครรภ์ มีความระมัดระวังตัวเองในการทำ กิจกรรมต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงเครื่องแต่งกายให้เหมาะสม ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำต่าง ๆ

3) การยอมรับทารกในครรภ์จากบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อหญิงมีครุฑ ต้องการ ให้สามี ปู่ ย่า ตา ยาย หรือผู้ที่มีความสำคัญต่อหญิงมีครุฑ ยอมรับทารกในครรภ์ พยายามสร้าง สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อเตรียมรับทารกที่จะเกิด

4) การเตรียมตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา กระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นใน การรับบทบาทเพื่อเตรียมตัวเป็นมารดา มีดังนี้

4.1) เศร้าโศก ในระยะแรกจะเกิดความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจที่ต้อง เปลี่ยนบทบาทเดิมในบางเรื่อง ได้แก่ การสูญเสียอิสรภาพ การหารายได้เพิ่มขึ้น เรื่องพึ่งพาผู้อื่น มากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสำคัญ ต่อหญิงมีครุฑ

4.2) ความนึกคิดและจินตนาการ เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่เกิดขึ้นเพื่อพยายาม รับบทบาทใหม่ หญิงมีครุฑจะจินตนาการถึงทารกในครรภ์ การอุ้มและการกอดรัดทารก การอบรม สั่งสอนเมื่อบุตรโตขึ้น

4.3) การสังเกตและการฝึกบทบาท หญิงมีครุฑจะมีการเตรียมตัวในการ เป็นมารดาโดยแสวงหาข้อมูล และแบบอย่างของบทบาทการเป็นมารดาดังนี้

4.3.1) การเลียนแบบ หญิงมีครรภ์จะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับมารตามากขึ้นมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้เป็นแบบอย่างอย่างใกล้ชิดและมีการเลียนแบบการกระทำ คำพูดของผู้เป็นแบบอย่าง

4.3.2) การฝึกบทบาท หญิงมีครรภ์อาจจะลองฝึกบทบาทการเป็นมารดาโดยอาศัยบุตรของญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน

ดังนั้นหญิงมีครรภ์จึงต้องปรับสภาพจิตใจของตัวเอง ในการเตรียมพร้อมที่จะรับบทบาทใหม่และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในบทบาทใหม่มากขึ้น การที่หญิงมีครรภ์สามารถปรับตัวเองในบทบาทใหม่ได้ก็จะทำให้หญิงมีครรภ์เกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าจะสามารถให้การเลี้ยงดูบุตรได้ดี อันจะเป็นการกระทำที่สนับสนุนกระบวนการของชีวิตและการพัฒนาการของการตั้งครรภ์

### 3. ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นนี้จะกระทำเมื่อรู้ว่าการตั้งครรภ์เกิดขึ้น โดยการฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสุขภาพ คือ แพทย์ พยาบาล การฝากครรภ์เป็นการเฝ้าระวังและรักษาตลอดจนการป้องกันอันตรายต่าง ๆ แก่หญิงมีครรภ์ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สลับซับซ้อนและไม่หยุดนิ่ง จึงมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดกระบวนการของโรคได้ เช่น โรคเบาหวานจากการตั้งครรภ์ โรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ โรคพิษแห่งครรภ์ เป็นต้น ดังนั้นหญิงมีครรภ์จึงต้องฝากครรภ์เมื่อรู้ว่าการตั้งครรภ์ และมาตรวจครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ในการฝากครรภ์หญิงมีครรภ์จะได้รับความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจากบุคลากรทางสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ในระหว่างการตั้งครรภ์ นอกจากนี้หญิงมีครรภ์จะต้องรู้จักการสังเกตอาการผิดปกติของตนเองซึ่งเป็นอาการที่นำไปสู่อาการที่รุนแรงขึ้นและเป็นอันตรายต่อชีวิตของหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ โดยจะต้องรีบแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเกิดอาการผิดปกติต่าง ๆ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ปวดท้องเนื่องจากมดลูกหดตัวอย่างรุนแรง มีเลือดออกทางช่องคลอด ตกขาวมีกลิ่นเหม็น มีไข้ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีอาการบวมที่หน้าและมือ ถ่ายปัสสาวะ

จำนวนน้อย มีน้ำคร่ำออกมาจากช่องคลอด ทารกในครรภ์ไม่ดิ้นหรือดิ้นน้อยลง หรือว่าต้นเบากว่าเดิม

การที่หญิงมีครรภ์จะปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ได้มากน้อยแค่ไหนนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่จะตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง มีนักวิจัยหลายท่านพยายามพัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการสร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองใน 2 ลักษณะ คือ ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองและพลังความสามารถในการดูแลตนเอง โดยที่ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองทันที ซึ่งเป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ส่วนพลังความสามารถ 10 ประการ เป็นตัวกลางที่เชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช้การกระทำโดยทั่ว ๆ ไป (สมจิต หุญเจริญกุล 2534 : 18-19)

สำหรับเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองมีดังนี้

# 1. เครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง ได้แก่

## 1.1 เครื่องมือวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Exercise of Self-Care Agency scale) ของเคียร์นีและเฟลสเซอร์ (Kearney & Fleischer 1979) โดยมีความเชื่อว่า บุคคลอาจมีความสามารถในการดูแลตนเองแต่ไม่สามารถใช้ความสามารถนั้นในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ดังนั้นแนวคิดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองจึงแตกต่างจากความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความคลุมเครือในความตรงตามโครงสร้างของการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากเนื้อหาของข้อคำถามส่วนใหญ่เกี่ยวกับคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล ต่อมาไอเซนเบิร์ก (Isenberg 1986 cited in Gast et al. 1980) ได้วิเคราะห์เครื่องมือวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองนี้ โดยอยู่บนพื้นฐานโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 หลักของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถาม 20 ข้อ ใน 43 ข้อ เป็นการวัดความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน ข้อคำถาม 6 ข้อ วัดพลังความสามารถ ข้อคำถาม 10 ข้อ วัดการ



ใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และข้อคำถาม 7 ข้อไม่ได้เกี่ยวข้องกับโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้น เครื่องมือจึงไม่สามารถพิจารณาความตรงของโครงสร้างได้ และไม่ชัดเจนพอที่จะนำมาใช้ในการวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง

แมคไบรด์ (McBride 1987) ได้ทำการทดสอบความตรงของโครงสร้างในเครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองที่คล้ายกับที่เคียร์นีและเฟลสเซอร์สร้างขึ้น โดยใช้กับนักศึกษาพยาบาลและผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือนี้ไม่สามารถอธิบายความหมายของการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างชัดเจน และยืนยันว่าการใช้เครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองภายในคลินิกจะต้องใช้อย่างระมัดระวัง หลังจากนั้นไรช์และฮัค (Riesch & Hauck 1988) นำเครื่องมือวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองของเคียร์นีและเฟลสเซอร์ไปศึกษาในกลุ่มหญิงมีครรภ์ 506 คน กับผู้ร่วมฝึกคลอด ทำการวิเคราะห์ตัวประกอบของเครื่องมือ เพื่อทดสอบความตรงตามโครงสร้างและความเที่ยงของเครื่องมือ ผลการวิเคราะห์พบว่ามีเพียง 4 องค์ประกอบเท่านั้นที่สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม ได้แก่ คุณค่าแห่งตน การริเริ่มและความรับผิดชอบ การแสวงหาข้อมูลและความรู้ และการไม่มีความคิดริเริ่ม การยอมทำตาม

1.2 เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency scale) ของเอเวอร์และคณะ (Evers et al. 1986) ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อสนองตามความต้องการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไปทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย ถ้าใช้ในคนเจ็บป่วยต้องทำการดัดแปลงให้เหมาะสมกับโรคและการรักษา เครื่องมือนี้สร้างขึ้นบนพื้นฐานพลังความสามารถ 10 ประการและการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง จึงสามารถประเมินการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ เนื่องจากการตอบคำถามแต่ละข้อแสดงว่ามีการนำความสามารถในการดูแลตนเองมาใช้หรือไม่

## 2. เครื่องมือวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่

2.1 เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Denyes Self-Care Agency Instrument) ของเดนีส (Denyes 1981) ในระยะแรกสร้างเพื่อต้องการวัดความ

สามารถในการตนเองของวัยรุ่น โดยสร้างอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเกี่ยวกับความแข็งแกร่งและข้อจำกัดของบุคคลในความสามารถตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เครื่องมือนี้แสดงความตรงของโครงสร้าง โดยได้รับการสนับสนุนจากการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ

2.2 เครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Perception of Self-Care Agency Questionnaire) ของแฮนสัน และบิคเคิล (Hanson & Bickel 1985) โดยวัดความสามารถ 10 ประการ ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ต่อมาเมื่อแฮนสัน และบิคเคิลได้ทดสอบเครื่องมือในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ จำนวน 456 คน สรุปว่าสามารถวัดพลังความสามารถได้ 8 ประการ วีเวอร์ (Weaver 1987) ได้ทำการทดสอบความตรงตามโครงสร้างของเครื่องมือโดยวิธีวิเคราะห์ตัวประกอบ ผลการวิเคราะห์พบว่าไม่สามารถยืนยันองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองในแง่ของพลังความสามารถ 8 ประการได้ จึงสรุปว่า เครื่องมือนี้มีความคลุมเครือในความตรงตามโครงสร้างในการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งผลการศึกษาต่อมาก็สอดคล้องกับการศึกษาของคลีนแลนด์ (Cleveland 1989) ด้วย

แกสและคณะ (Gast et al. 1989) ได้ให้ความเห็นว่าเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองใน 2 ลักษณะ ที่กล่าวนี้ยังไม่สมบูรณ์เนื่องจากในความเป็นจริงนั้นความสามารถในการดูแลตนเองเป็นคุณลักษณะที่ซับซ้อนและมีหลายมิติ การวัดเพียงครั้งเดียวอาจจะไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเครื่องมือที่ใช้วัดไม่สามารถสะท้อนถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ตรงตามโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง เครื่องมือไม่สามารถสะท้อนองค์ประกอบได้ครบทั้ง 10 ประการ นอกจากนี้เครื่องมือไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care ability) และการกระทำการดูแลตนเอง (self-care action) ได้อย่างชัดเจน ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษามโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองให้ชัดเจนขึ้นพร้อมกับมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดและวิธีการวัดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มความชัดเจนของมโนทัศน์

สำหรับเครื่องมือต่าง ๆ ที่สร้างขึ้นมาใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองนั้น ได้มีการนำเครื่องมือเหล่านี้มาศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มตัวอย่างต่างๆ สรุปได้ดังนี้

เวทสโตน (Whetstone 1987 : 167 - 176) ได้นำเครื่องมือวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองของเคียร์นีและเฟลสเซอร์ไปใช้ในการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและอัตมโนทัศน์ระหว่างคนเยอรมันตะวันออกกับคนอเมริกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นคนเยอรมันตะวันออก จำนวน 17 คน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของคนเยอรมันตะวันออกต่ำกว่าของนักศึกษาพยาบาลคนอเมริกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากนักศึกษาสาขาจิตวิทยาคนอเมริกัน อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่างซึ่งน้อย ไม่สามารถอ้างอิงไปถึงประชากรทั้งหมดได้ แต่เครื่องมือนี้ก็สามารถนำไปใช้ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มคนที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้

มัวร์ (Moore 1987 : 101 - 109) ได้นำเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเดนิสไปศึกษาหาวิธีการที่จะส่งเสริมความเป็นอิสระและความสามารถในการดูแลตนเองแก่เด็ก โดยเลือกใช้วิธีการแสดงออกซึ่งสิทธิของเด็กในเรื่องสุขภาพ การสอนวิธีปฐมพยาบาล และใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนอายุ 10 - 11 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม โดยทำการฝึกและแนะนำกลุ่มตัวอย่าง 6 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ผลการศึกษพบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการสอนวิธีปฐมพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าเด็กก็สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้

ในประเทศไทยก็มีการนำเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์และคณะ (Evers et al. 1986) มาใช้ในการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่าง ๆ และนำไปใช้ร่วมกับทฤษฎีอื่น ๆ โดยการแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงเล็กน้อยเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ การศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุลและประครอง อินทรสมบัติ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญกับโรค ความเชื่อ

อำนาจในการควบคุมตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ คอ ปากมดลูก ต่อมน้ำเหลืองและทางเดินอาหาร จำนวน 60 ราย ผลจากการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างสูง อายุ เพศ การศึกษาและชนิดของมะเร็ง ไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความเชื่อในบุคคลอื่นที่มีอำนาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อมา จิรภา พงษ์ตระกูล (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว เพศ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย แรงแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากนั้นได้มีการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายโดยสนธยา พิชัยกุล (2533) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 ราย ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความผาสุกทั้งในปัจจุบันและอนาคตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาที่กล่าวมานี้เป็นการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองในคนที่เจ็บป่วย สำหรับความสามารถในการดูแลตนเองในคนที่มิใช่ผู้ป่วยนั้น วิภารัตน์ ยมดิษฐ์ (2533) ได้ศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกกับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองในมารดาหลังคลอดปกติที่มีบุตรเป็นครั้งแรก จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าลักษณะเครื่องมือยังไม่ครอบคลุมถึงความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์

สมัย กาญจนมยุร (2533) ได้สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองเฉพาะเจาะจงในกลุ่มหญิงมีครรภ์ โดยสร้างแบบสอบถามที่มีโครงสร้างของมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม คือพลังความสามารถ 10 ประการ เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่ามโนทัศน์ 39 ข้อที่สะท้อนองค์ประกอบความสามารถในการดูแล-

เองด้วยพลังความสามารถ 9 ประการ ต่อมากาญจนา บุญทับ (2534) ได้นำเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของสมัย กาญจนมยุร มาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและแรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ปกติ จำแนก 150 ราย โดยเลือกแบบเจาะจง ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา ระบบครอบครัว รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ศรีสมร ภูมิสกุล (2535) ได้นำเครื่องมือนี้ไปศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ในหญิงมีครรภ์จำนวน 299 ราย ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

การศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมานี้ให้ผลสอดคล้องกันในประเด็นที่ความตรงของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในส่วนที่อธิบายถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามการวัดความสามารถในการดูแลตนเองยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองเป็นเมโนตีที่มีคุณลักษณะซับซ้อน ดังนั้นการวัดความสามารถในการดูแลตนเองจึงกระทำได้ยาก และจำเป็นต้องพิจารณาถึงการดูแลตนเองที่จำเป็นของแต่ละบุคคลในขณะนั้น ซึ่งแต่ละบุคคลก็มีความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นแตกต่างกันไปตามปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล (Orem 1991) การวัดความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดที่สามารถสะท้อนได้ก็แต่เฉพาะความสามารถของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองที่จำเป็นนั้น ๆ เท่านั้น แต่ไม่สามารถสะท้อนความสามารถทั้งหมดที่บุคคลมีอยู่และถ้าบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ไม่ได้ใช้ความสามารถนั้น ๆ อย่างเต็มที่ การวัดความสามารถในการดูแลตนเองก็ไม่สามารถบอกถึงการดูแลตนเองและความพร้อมในการดูแลตนเองของบุคคลได้

ตามแนวคิดของโอเร็ม พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพการฟื้นจากความเจ็บป่วยหรือการเกิดบาดเจ็บ และการเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem 1991) ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องประเมิน เพื่อให้การช่วยเหลือและแก้ไขความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในการประเมินความพร้อมในการ

การดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้นจะต้องประเมินว่า ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดได้หรือไม่เพียงพอหรือไม่ ถ้าไม่ได้หรือไม่เพียงพอก็จะแสดงว่าผู้ป่วยเกิดความพร่องในการดูแลตนเองขึ้น ดังนั้นความพร่องในการดูแลตนเองที่ประเมินได้ จึงสามารถสะท้อนให้เห็นถึงภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและประสิทธิภาพของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการปฏิบัติการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดของเขา ได้มีการศึกษาที่เกี่ยวกับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองเท่าที่ปรากฏอยู่ มีดังนี้

ศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร่องในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ อายุ และความคิดเห็นต่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความพร่องในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 96 มีความพร่องในการตรวจชีพจรก่อนรับประทานยา ดิจิตาลิส รองลงมาคือการตรวจฟันกับทันตแพทย์ ต่อมา รัชณี นามจันทร์ (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความพร่องในการดูแลตนเอง และแบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 44 ราย ติดตามเก็บข้อมูล 3 ครั้งของการได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษพบว่าความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร่องในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สัมพันธ์กับการคลื่นไส้อาเจียน ความวิตกกังวลขณะเผชิญหน้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร่องในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพร่องในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษานี้ได้เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพร่วมกัน จึงช่วยในการวิเคราะห์และอภิปรายผลได้ชัดเจนมากขึ้น อย่างไรก็ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างครั้งนั้นน้อยเกินไป ไม่สามารถอ้างอิงไปถึงประชากรทั้งหมดได้ นอกจากนี้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความพร่องในการดูแลตนเองในเชิงทดลอง โดยมุกดา คุณวัฒน์ (2535) ทำการศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความพร่องในการดูแลตนเอง และการปรับตัวในสังคมของผู้ป่วยประสาธาตา ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยการจับฉลาก ศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยการฟังเทปบันทึกเรื่องการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคจอประสาทตาลอกร่วมกับการติดตามเยี่ยมในระยะหลังผ่าตัดทุกวัน ผลการศึกษพบว่ากลุ่มทดลองมีความพร่อง

ในการดูแลตนเองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการปรับตัวในสังคมโดยรวมของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาที่กล่าวมาทั้งหมดนี้แม้จะใช้ระเบียบวิธีวิจัยต่างกัน และเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาวัดความพร่องในการดูแลตนเองก็ใช้เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แต่ผลการศึกษาที่สนับสนุนความตรงของทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด และความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งการศึกษาดังกล่าวยังมีไม่มาก จึงต้องการศึกษาต่อไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งในความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ดังกล่าว อันจะสนับสนุนทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองให้มากขึ้น

### สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน

สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน (Daily hassles, daily life stressors, minor life stresses, minor life events) เป็นเหตุการณ์ในสิ่งแวดล้อมที่ทำให้บุคคลเกิดความหงุดหงิดใจ รำคาญใจ ขุ่นเคืองใจ (Kanner et al. 1981) หรือเป็นประสบการณ์หรือสภาพของความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันที่บุคคลประเมินว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการคุกคามต่อความผาสุกของบุคคล อันจะเป็นผลต่อการปรับตัวและสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล (Lazarus 1983 : 376; Lazarus & Folkman 1984 : 311)

เหตุการณ์ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลประเมินว่าทำให้เกิดความเครียดนั้นแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้ (Lazarus & Folkman 1984 : 12)

1. เหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงใหญ่ ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (major life change) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติทั่ว ๆ ไป ซึ่งไม่สามารถจะควบคุมได้ เช่น อุบัติภัยต่าง ๆ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระทำของคน เช่น สงคราม การถูกขังอยู่ในคุก เป็นต้น เหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้นรวดเร็วมาก เช่น แผ่นดินไหว น้ำท่วม เป็นต้น ซึ่งเมื่อเกิดเหตุการณ์

ดังกล่าวแล้ว จะมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ได้รับความเสียหายเป็นอย่างมากและเป็นระยะเวลานาน

2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลเดี่ยว หรือผู้ที่ใกล้ชิดของบุคคลเท่านั้น (life-change) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้จะอยู่นอกเหนือจากการควบคุมของบุคคล เช่น การตายของคนรัก หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อตัวเองมาก การเจ็บป่วย การถูกออกจากงาน เป็นต้น เหตุการณ์บางอย่างอาจมีอิทธิพลต่อชีวิตของบุคคล เช่น การหย่าร้าง การคลอด การตรวจร่างกายครั้งสำคัญที่อาจจะมีอันตรายต่อชีวิต เป็นต้น

3. เหตุการณ์จากสภาพความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน (daily hassles) เหตุการณ์ในชีวิตประจำวันนี้ แม้จะไม่ทำให้เกิดความเครียดอย่างรวดเร็วและกระทันหันเหมือนกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต แต่ก็จะมีผลต่อการปรับตัวและสุขภาพของบุคคล ซึ่งผลการวิจัยก็ชี้ให้เห็นว่า สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และเป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพได้ดีกว่า เหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิต (Kanner et al. 1982; DeLongis et al. 1982; Lazarus et al. 1985)

สิ่งรบกวนที่พบได้บ่อยในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ สิ่งรบกวนเกี่ยวกับงาน ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและในที่ทำงาน ความขัดแย้งเกี่ยวกับความคิด สภาวะทางเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย มลภาวะจากสิ่งแวดล้อม ความเจ็บป่วย ความมั่นคงของงาน ฯลฯ สิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน รูปแบบในการดำเนินชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน อันจะส่งผลให้เกิดความเครียด บางเหตุการณ์จะเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ทำให้มีการสะสมความเครียดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ กันในระยะยาวนี้ จะทำให้เกิดพยาธิสภาพต่อบุคคลได้ (Pancheri et al. 1976 cited in Lazarus & Folkman 1984 : 311)

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2534) ได้ทำการสำรวจความเครียดของคนกรุง เนื่องจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น เรียงตามลำดับมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ดังนี้

1. เรื่องงาน โดยเฉพาะงานเร่งด่วน งานที่ผิดพลาด และงานหนักจนไม่มีเวลาพักผ่อน คิดเป็นร้อยละ 21.8
2. ปัญหาการจราจรที่ติดขัดอย่างหนักในกรุงเทพ คิดเป็นร้อยละ 30.2
3. เรื่องคน ได้แก่ ภรรยาหรือสามี ลูก เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ทำให้มีความเครียดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.3
4. ปัญหามลภาวะทั้งอากาศเสีย และเสียงดัง คิดเป็นร้อยละ 9.8
5. ปัญหาการเงินไม่พอใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 3.4
6. ปัญหาชีวิตส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 3.4
7. ปัญหาอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 2.1

การที่บุคคลจะประเมินว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันเป็นความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลในการประเมินตัดสินเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่าเหตุการณ์นั้น ๆ มีผลกระทบต่ออารมณ์หรือความรู้สึกของตนเองมากน้อยเพียงใด โดยเน้นที่ความบ่อยหรือความรุนแรงของเหตุการณ์ต่าง ๆ บุคคลที่มีประสบการณ์ในทางบวกมักจะมองเหตุการณ์ต่าง ๆ ในทางบวกและประสิทธิภาพของบุคคลในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยต้องเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ บุคคลที่มีอารมณ์อ่อนไหวไม่มั่นคงจะมีการรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันว่าเป็นสิ่งรบกวนมาก (Lazarus & Folkman 1984 : 312 - 313)

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่าเป็นความเครียดนั้น ประเมินได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) เป็นอันตรายหรือเกิดการสูญเสีย โดยประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเกิดการเสียหายกับบุคคลแล้ว 2) ความไม่สบายใจ เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และ 3) ทำลาย เป็นการตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นอาจจะให้ประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น นอกจากนี้การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดลักษณะใดก็ยังขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ลักษณะของเหตุการณ์ว่าเป็นเหตุการณ์ใหม่หรือเก่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญและความหมายต่อบุคคลนั้นมากน้อยเพียงใด ตลอดจนความเชื่อ บุคคลที่เชื่อว่าตัวเองสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ ก็จะประเมินเหตุการณ์ออกมาในลักษณะทำลาย แต่ถ้าเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมได้ ก็อาจจะประเมินเหตุการณ์ออกมาในลักษณะที่เป็นอันตราย สูญเสีย หรือความไม่สบายใจ (Lazarus & Folkman 1984 : 31 - 38; สมจิต หนูเจริญกุล

2534 : 107 - 108) เมื่อประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดในลักษณะใดก็จะทำการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการจัดการกับความเครียดก็คือ การคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งเป้าหมายนี้ก็เช่นเดียวกับเป้าหมายของการดูแลตนเอง เนื่องจากกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นการจัดการหรือแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก และมุ่งที่การปรับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง

ดังนั้นการประเมินตัดสินเหตุการณ์ก็จะมีอิทธิพลต่อการใช้และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้เพียงพอกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดในลักษณะที่เป็นการทำลาย อันตราย การสูญเสีย หรือการคุกคาม ในระดับที่พอเหมาะจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลพัฒนาและปฏิบัติการดูแลตนเอง แต่ถ้ามีความเครียดมาก ๆ อาจจะไปขัดขวางต่อความสามารถในการเรียนรู้ การตัดสินใจ การใช้เหตุผล ตลอดจนความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง เป็นผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ได้จึงเกิดความพรัองในการดูแลตนเอง นอกจากนี้การที่มีความเครียดเกิดขึ้นจะทำให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดเพิ่มขึ้น เพื่อบรรเทาจากความเครียดที่เกิดขึ้น ดังนั้นบุคคลที่มีความเครียดมากก็จะเกิดความพรัองในการดูแลตนเองได้มาก ในหญิงมีครรภ์ที่มีความเครียดมากก็จะเกิดความพรัองในการดูแลตนเองมากเป็นเหตุให้เกิดภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยได้

#### ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันกับภาวะสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ในสังคม ชั่วญและกำลังใจมีอิทธิพลต่อกันและกัน (Lazarus & Folkman 1984 : 312 - 313) สิ่งที่แสดงถึงการปรับตัวที่ไม่ดี เช่น การเจ็บป่วย ความบกพร่องของบทบาททางสังคม ชั่วญและกำลังใจไม่ดี อาจมีอิทธิพลต่อการเกิดความบ่อยและความรุนแรงของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ดังเช่น

คนที่มองโลกในแง่ดีมักจะแปลเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปในทางที่ดี คนที่มองโลกในแง่ร้ายมักจะแปลเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่าเป็นสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมาก ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและการติดเชื้อได้ง่าย

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันกับภาวะสุขภาพทั้งในคนปกติและคนที่เจ็บป่วย มีรายงานการศึกษาดังต่อไปนี้

แคนเนอร์และคณะ (Kanner et al. 1981 : 1 - 39) ทำการศึกษาเปรียบเทียบการวัด ความเครียด 2 วิธี ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้าเป็นเวลา 10 เดือน ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน ที่มีอายุระหว่าง 45 - 64 ปี เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน จำนวน 117 ข้อ แบบวัดการรับรู้ความเครียดในชีวิต 135 ข้อ แบบวัดเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต แบบวัดอาการแสดงทางด้านจิตใจ ผลการศึกษพบว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันสามารถทำนายอาการแสดงทางด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันสามารถทำนายผลลัพธ์ของการปรับตัวได้ดีกว่าเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต ขณะเดียวกันเดอลองกิสและคณะ (DeLongis et al. 1982 : 119 - 136) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันกับภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย โดยใช้แบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แบบวัดการรับรู้ความเครียดในชีวิต แบบวัดเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต และแบบวัดภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ผลการศึกษพบว่าคะแนนของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ความถี่และความรุนแรงของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับของการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ซึ่งความสัมพันธ์นี้จะมากกว่าเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตและเมื่อแยกอิทธิพลของเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตออกไปพบว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันยังคงทำนายการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันในช่วง 9 เดือนที่ศึกษานั้นมีค่าคงที่ การศึกษาที่กล่าวมานี้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มอายุ 45 - 64 ปี ต่อมาได้มีการศึกษาเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่มีต่อภาวะสุขภาพ โดยซาร์สกี (Zarski 1984 : 243 - 251) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดี จำนวน 397 คน ที่มีอายุระหว่าง 20 - 64 ปี ผลการศึกษพบว่า คะแนนจากสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันสามารถทำนายภาวะสุขภาพทั้งหมดได้อย่างมีนัย

สำคัญ แต่เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาดี มีภาวะสุขภาพค่อนข้างดีใกล้เคียงกันมาก ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีด้วย

ต่อมาได้มีการศึกษาที่คล้ายคลึงกันในปีอื่น เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันกับความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยนาคาโน (Nakano 1988 : 252-254) ศึกษาในคนญี่ปุ่นที่เป็นชาย จำนวน 64 คน และหญิง จำนวน 41 คน ที่มีอายุระหว่าง 31 - 61 ปี โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 เดือน ผลการศึกษพบว่า สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการแสดงทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยจึงให้ข้อเสนอแนะว่าควรจะมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและมีจำนวนเพศที่ใกล้เคียงกันเพื่อเป็นการยืนยันว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันสามารถทำนายอาการทางด้านร่างกายและจิตใจได้

การศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมานี้ เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่มีต่อภาวะสุขภาพ ต่อมาได้มีการศึกษาที่หาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ให้ชัดเจนขึ้น โดยไมโอ-เอสทีเวส (Maio-Esteves 1990 : 360 - 364) ศึกษาสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันและการรับรู้สถานะสุขภาพของหญิงวัยรุ่น ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นหญิง จำนวน 159 คน มีอายุระหว่าง 14 - 16 ปี ใช้แบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันของแคนเนอร์และคณะ (Kanner et al. 1981) แบบวัดการเผชิญต่อความเครียดของลาซารัส (Lazarus 1985) และแบบวัดภาวะสุขภาพทั่วไปของเดวิสและแวย์ (Davies & Ware 1981) ใช้การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ และโปรแกรมลิสเรล (Lisrel VI Program) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาคือ สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีผลโดยตรงต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของหญิงวัยรุ่น และสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 30 การศึกษานี้ทำการศึกษาเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหญิงเท่านั้น ควรจะมีการศึกษาต่อไปในกลุ่มวัยรุ่นชายด้วย เพื่อจะนำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรทั่วไปที่เป็นวัยรุ่นได้

สมจิต ทุนเจริญกุล และคณะ (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความสุขในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย ใช้รูปแบบการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ทำการศึกษาในกลุ่ม

ตัวอย่าง จำนวน 230 คน โดยใช้แบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันของแคนเนอร์และคณะ (Kanner et al. 1981) แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบวัดการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิต ใช้การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์พบว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีผลทางลบต่อการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านความเข้มแข็งในการมองโลก และความเข้มแข็งในการมองโลกมีผลโดยตรงต่อการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิต เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มอาจารย์ จึงควรจะมีการศึกษาในกลุ่มประชากรต่าง ๆ เพื่อสรุปผลอ้างอิงให้กว้างขึ้น นอกจากนี้ในการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันและการรับรู้ถึงความผาสุกของชีวิตพร้อมกัน อาจจะมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน จึงควรตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับแยกจากกัน โดยเว้นระยะให้ห่างกันประมาณ 1 เดือน เพื่อให้ทิศทางของความสัมพันธ์ชัดเจนขึ้น

งานวิจัยที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ ได้ใช้แบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันของแคนเนอร์และคณะ (Kanner et al. 1981) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจนั้นได้รับการโต้แย้งจากโดเรนเวนและเชรัท (Dohrenwen & Shrout 1985) ซึ่งได้นำแบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันไปตรวจสอบโดยนักจิตวิทยาทางคลินิกจำนวน 371 คน พบว่าแบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันนี้มีข้อความที่ซ้ำซ้อน และมีข้อความที่วัดอาการไม่สุขสบายทางร่างกายและจิตใจรวมเอาไว้ด้วย จึงทำให้ผลการวัดอาการทางด้านจิตใจสูงขึ้น นอกจากนี้งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้ออกแบบเพื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ๆ ดังนั้นเดอลองกิสและคณะ (DeLongis et al. 1988) จึงได้ปรับปรุงเครื่องมือใหม่โดยตัดข้อความที่ซ้ำซ้อนและข้อความที่แสดงถึงอาการทางร่างกายและจิตใจออก แบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันจากข้อคำถาม 117 ข้อจึงเหลือเพียง 53 ข้อ และทำการศึกษาอีกครั้งหนึ่งเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันต่อภาวะสุขภาพและอารมณ์ในคู่สมรส 75 คู่ ใช้วิธีการวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แบบวัดความผาสุกในชีวิต และแบบบันทึกสุขภาพประจำวัน เดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันและการเกิดปัญหาสุขภาพในขณะนั้นหรือในเดือนต่อมา ปัญหาสุขภาพที่พบคือ ไข้หวัดใหญ่ เจ็บคอ ปวดศีรษะ และปวดหลัง นอกจากนี้พบว่าบุคคลที่รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมากและมีภาวะสุขภาพไม่ดี บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

จะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความเครียด อาการทางกายและภาวะอารมณ์ไม่ดี แต่การศึกษาครั้งนี้ศึกษากลุ่มตัวอย่างเพียง 75 คู่ ควรจะมีการศึกษาซ้ำโดยใช้กลุ่มตัวอย่างมากขึ้น และใช้การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ เพื่อยืนยันทิศทางการความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างความสัมพันธ์ของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่มีต่อภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่า เป็นการศึกษาสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่มีต่อภาวะสุขภาพของคนปกติที่ไม่เจ็บป่วย เมื่อบุคคลประเมินว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันเป็นความเครียดก็จะมีผลต่อสุขภาพและทำให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้ นอกจากนี้จะมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่มีผลต่อสุขภาพในคนปกติแล้ว ได้มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ดังนี้

เทมกินและเดวิส (Temkin & Davis 1984 : 450 - 456) ทำการศึกษาเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน และความผาสุกในชีวิต รวมทั้งความเครียดในแต่ละวันต่อการเพิ่มหรือลดอัตราเสี่ยงของการชัก ทำการศึกษารูปแบบติดตามไปข้างหน้า 3 เดือน ในผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักขั้นรุนแรง จำนวน 12 คน โดยเฝ้าสังเกตการเกิดอาการชัก การได้รับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและระดับของความเครียด ผลการศึกษพบว่าความเครียดในระดับสูงและเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการชักบ่อยขึ้น ผลการศึกษานี้ได้รับการทดสอบเพื่อยืนยันโดยการทำกลุ่มวิเคราะห์ (group analysis) ซึ่งได้ผลสนับสนุนว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการชักเช่นเดียวกัน

คอกซ์และคณะ (Cox et al. 1984 : 63 - 75) ทำการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียดและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน เป็นชาย 25 คน หญิง 39 คน โดยให้ตอบแบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันและวัดระดับฮีโมโกลบิน A พบว่า คะแนนของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับระดับฮีโมโกลบิน A การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน กลุ่มตัวอย่างน้อย และจำนวนเพศชายและหญิงแตกต่างกัน เพศอาจมีอิทธิพลต่อสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันได้ ต่อมาพรพิศ ชีวะคำณวน (2535) ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การ

สนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทำการวิจัยแบบเชิงบรรยายในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 120 ราย เป็นชาย 34 คน หญิง 86 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติเครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่ใช้สร้างโดยเดอลองกิสและคณะ (DeLongis et al. 1988) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบการประเมินสุขภาพโดยทั่วไป และประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการศึกษพบว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ เพศไม่มีความสัมพันธ์กับสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ได้มีการศึกษาที่คล้ายคลึงกันในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยประสพสุข ศรีแสนปาง (2535) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ใช้วิธีการวิจัยแบบเชิงบรรยายในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 122 คน เป็นชาย 42 คน หญิง 80 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่ใช้สร้างโดยเดอลองกิสและคณะ (DeLongis et al. 1988) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดสุขภาพโดยทั่วไปและประเมินการควบคุมความดันโลหิต ผลการศึกษพบว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ เพศมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ เพศหญิงมีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมากกว่าเพศชาย ผลการวิจัยดังกล่าวนี้มีความแตกต่างกันในเรื่องสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับเพศของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งถ้าหากมีการทำวิจัยซ้ำอีกครั้งหนึ่งโดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น และให้เพศหญิงและเพศชายมีจำนวนเท่ากัน ทำการสุ่มตัวอย่างและเป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้าเพื่อจะเป็นการยืนยันทิศทางการความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาได้ชัดเจนยิ่งขึ้นและสามารถนำไปใช้อ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้

นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันและการเกิดความเจ็บปวด โดยสเทอร์นบาค (Sternbach 1986 : 69 - 80) ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1254 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกา พบว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเครียดมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความเจ็บปวด ถ้ามีความเครียดมากและมีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมาก จะเกิดความเจ็บปวดบ่อยครั้งและรุนแรงมากขึ้น ซึ่งการเจ็บปวด

เหล่านี้ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้องและปวดประจำเดือน แต่ไม่ได้รวมถึงการปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อหรือปวดฟัน

จากการศึกษาที่กล่าวมาทั้งหมดนี้จะเห็นได้ว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคลทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย สำหรับในหญิงมีครรภ์นั้น ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์มาก่อน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์และทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์

### การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่นักวิทยาศาสตร์สุขภาพและนักจิตวิทยาได้ศึกษากันอย่างกว้างขวางในระยะเกือบ 20 ปีที่ผ่านมา โดยแคสเซล (Cassel 1976) และ คอบบ์ (Cobb 1976) ได้แสดงให้เห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการดำรงรักษาสุขภาพ โดยเน้นบทบาทหรือหน้าที่ในการบรรเทาหรือเป็นกันชนหรือเบาะรองรับ (buffer) ความเครียดที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพรวมทั้งภาวะสุขภาพจิตอื่น ๆ หลังจากนั้นจึงมีนักวิทยาศาสตร์สุขภาพและนักจิตวิทยาทำการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างแพร่หลาย ต่อมานักวิจัยบางท่านก็ยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวคุ้มครองสุขภาพได้ในเฉพาะภาวะที่เกิดความเครียดเท่านั้น (Kaplan et al. 1977) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาล้วนส่วนใหญ่ก็แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเผชิญกับภาวะเครียดได้ดี (Lazarus & Folkman 1984) การสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบทั้งทางตรงต่อสุขภาพและเป็นกันชนหรือเบาะรองรับความเครียด (Cohen & Wills 1985; Berkman 1985) บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียดหรือส่งเสริมให้สามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้ดีขึ้น มีการปรับตัวที่เหมาะสมและนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Gore 1978; Wortman 1984; Cohen & Wills 1985; Berkman 1985) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงจำเป็นต่อสภาวะสุขภาพของบุคคลทุกคน

แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมากมาย แต่ก็ยังไม่มีทำให้คำนิยามของการสนับสนุนทางสังคมอย่างแจ่มชัดและรัดกุม ดังนั้นในงานวิจัยส่วนใหญ่จึงให้คำนิยามของการสนับสนุนทางสังคมเฉพาะงานวิจัยนั้น ๆ จึงพบว่าความหมายของการสนับสนุนทางสังคมมีความหลากหลายอาจคล้ายคลึงกันหรือแตกต่างกันไป ดังนี้

ไวส์ (Weiss 1974 : 17) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลทางสังคมที่จะดำรงและรักษาไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย 1) ความใกล้ชิดและความรักใคร่ผูกพัน ซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์โดยส่วนรวม คือ จะทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย 2) การมีส่วนร่วมในสังคมและแสดงให้เห็นถึงการเข้ามามีส่วนร่วมกันของคนที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกัน การปฏิสัมพันธ์กันจะทำให้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประสพการณ์และความคิด 3) การมีโอกาสดำเนินการช่วยเหลือหรือให้การช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น 4) การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การได้รับความแนะนำข้อมูลต่าง ๆ เพื่อจะได้นำไปใช้ในการแก้ปัญหา การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้าน การมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดจะเป็นการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง 5) การได้รับการยอมรับ เมื่อบุคคลแสดงความสามารถในการช่วยเหลือเรื่องต่าง ๆ ก็จะได้รับรับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่าในตนเอง ถ้าไม่ได้รับการยอมรับก็จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

คอบบ์ (Cobb 1976 : 30) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรัก เอาใจใส่ ยกย่อง และมองเห็นคุณค่า มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

แคปแลน (Kaplan 1977 : 50) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคล ซึ่งได้แก่ การได้รับการยอมรับ ความนับถือ ความปลอดภัย ความเห็นใจและได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ

วอล์กเกอร์และคณะ (Walker et al. 1977 : 35) ให้ความหมายของการ

สนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างและเครือข่ายทางสังคม โดยเน้นสัมพันธภาพของคนในสังคม แต่ละคน สามารถเข้าใจพฤติกรรมทางสังคมซึ่งกันและกัน และมีการพึ่งพากัน

คาร์ทน์ และแอนโทนูชี (Kahn & Antonucci 1981 Cited in Brown 1986 :

5) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้ได้อย่างหนึ่งหรือมากกว่า ได้แก่ความรู้สึกที่ดีต่อบุคคลอื่น การยอมรับและเห็นพ้องกับพฤติกรรมของบุคคลอื่น การรับรู้หรือการแสดงออกถึงความรักใคร่ผูกพัน การให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของแก่บุคคลอื่น ๆ

เฮาส์ (House 1981 Cited in Brown 1986 : 5) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย การให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบประเมินตัวเองในสังคม การให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนการช่วยเหลือด้านการเงิน วัตถุสิ่งของ แรงงาน เวลา และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

ทอยท์ส (Thoits 1982 : 197) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม ข่าวสารหรือสิ่งของ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

ฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard et al. 1984 : 266) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในแง่ดีทำให้มีความรู้ลึกซึ้งกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาด้วย

ชูเมกเกอร์ และบราวเนลล์ (Shumaker & Brownell 1984 cited in Callaghan & Morrissey 1993 : 203) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็น

การแลกเปลี่ยนแหล่งประโยชน์ระหว่างบุคคลอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป ซึ่งทำให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสุขในชีวิตเพิ่มมากขึ้น

แม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจะมีความหมายหลากหลายตามแนวคิดของผู้วิจัย แต่ผลลัพธ์ก็คือช่วยทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีและมีความสุขในชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม ซึ่งบุคคลจะได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในสถานการณ์นั้น ๆ ได้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นเมโนทัศน์ที่ประกอบด้วยหลายมิติ (Cobb 1976; House 1981; Hubbard et al. 1984; Cohen & Wills 1985; Brown 1986) ที่ประกอบด้วยโครงสร้าง (structure) ของกลุ่มสังคมที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคม และหน้าที่ (function) หรือชนิดของการสนับสนุนทางสังคม โดยที่โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมจะเป็นขนาดหรือจำนวนคนของกลุ่มสังคม ความหนาแน่น ความบ่อย และความรุนแรงของการติดต่อสัมพันธ์ และรูปแบบของความสัมพันธ์ (Pender 1987 : 394 - 395; Norbeck 1982 : 22 - 24) สำหรับเครือข่ายทางสังคมของหญิงมีครรภ์ ประกอบด้วยกลุ่มสังคมดังนี้ (Nichols & Huminick 1988 : 364)

1. สามี และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญแก่หญิงมีครรภ์มากที่สุดและถือว่าเป็นอันดับแรกของเครือข่ายทางสังคม เมื่อหญิงมีครรภ์มีปัญหาที่จะมีผลกระทบต่อสามี บิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัวด้วย ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างหญิงมีครรภ์และสามี ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว จะเป็นความสัมพันธ์ที่หญิงมีครรภ์มีความพึงพอใจมากและต้องการมากที่สุด (Richardson 1981 : 164-167) หญิงมีครรภ์ต้องการความช่วยเหลือ สนับสนุนจากกลุ่มบุคคลนี้ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะของการตั้งครรภ์และการมีบุตร

- 2.ญาติพี่น้องและเพื่อน ๆ เป็นเครือข่ายทางสังคมอันดับรองลงมาของหญิงมีครรภ์ ถ้าหากความสัมพันธ์ระหว่างหญิงมีครรภ์กับสามีหรือสมาชิกในครอบครัวไม่เป็นไปตามที่คาดหวังอาจเนื่องจากความขัดแย้งหรือไม่ลงรอยกัน กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะได้รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นกับหญิงมีครรภ์ และเป็นแหล่งการสนับสนุนที่สำคัญของหญิงมีครรภ์

3. สมาชิกในชุมชน ถือว่าเป็นเครือข่ายทางสังคมอันดับสาม หญิงมีครรภ์อาจจะไม่ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากสามี สมาชิกในครอบครัว หรือญาติพี่น้อง และเพื่อน ๆ จึงมีความต้องการช่วยเหลือจากสมาชิกในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการปรึกษาเกี่ยวกับความเชื่อทางด้านสุขภาพตลอดจนแหล่งให้บริการด้านสุขภาพ

4. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นเครือข่ายสังคมอันดับสุดท้าย ซึ่งหญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่จะแสวงหาความช่วยเหลือในด้านสุขภาพจากบุคคลในระดับนี้ และต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง

สำหรับหน้าที่หรือชนิดของการสนับสนุนทางสังคมนั้น ได้มีนักการศึกษาแบ่งหน้าที่หรือชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน (Cobb 1976; Kahn 1979; Schaefer & Coyne 1981; Kaplan 1974; Cohen & Wills 1985; JaCobson 1986) และแบ่งเป็น 4 ด้าน (Cronenwett 1985; Tilden 1985; Isreal 1985; Brown 1986) ซึ่งลักษณะการแบ่งหน้าที่และชนิดของการสนับสนุนทางสังคมก็เป็นไปตามแนวคิดของนักการศึกษาแต่ละบุคคล แต่ที่มีลักษณะเหมือนกันคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งทอยส์ (Thoits 1982) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การทำหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมไม่ได้ทำหน้าที่พร้อม ๆ กันในทุก ๆ ด้าน แต่จะเป็นความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่บางอันที่อยู่ในรูปแบบที่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาหรือลดความ ไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น

โอเร็ม (Orem 1991) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม บุคคลจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยได้รับความรู้ คำแนะนำ มีความรู้ถึงถึงการมีคุณค่าของตนเอง มีความมั่นคง มีความหวังเกิดขึ้น ตลอดจนได้รับการช่วยเหลือในด้านวัตถุ สิ่งของ และการบริการต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House 1981) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงได้เลือกศึกษาการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ ซึ่งบราวน์ (Brown 1986) ได้สร้างเครื่องมือในการวัดพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ไว้แล้ว

### ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ

นักวิจัยหลายท่าน ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและภาวะเครียด โดยเสนอแนวคิด กลไก และสมมติฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพดังนี้

เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman & Syme 1979) ได้เสนอสมมติฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพไว้ดังนี้

1. คนที่แยกตัวออกจากสังคมจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ทำให้มีโอกาสที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง
2. การแยกตัวออกจากสังคมมีผลต่อด้านจิตใจ เช่น ภาวะเศร้าซึม หรือทำให้คนเกิดการเปลี่ยนแปลงกลไกการต่อสู้ เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค การเกิดอุบัติเหตุ และการทำลายตัวเอง
3. การแยกตัวออกจากสังคมทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ซึ่งเป็นผลให้ร่างกายมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย

วอร์ธแมน (Wortman 1984) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลปลอดภัยจากความรุนแรงของภาวะเครียดและทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งยังช่วยป้องกันความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลดีต่อบุคคล ดังนี้

1. ส่งเสริมบุคคลในการเผชิญภาวะเครียด โดยกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกถึงการที่มีคุณค่าในตนเอง
2. ทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญกับภาวะเครียด
3. เผชิญกับภาวะเครียดได้ดีขึ้น เนื่องจากได้รับข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น
4. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับความเครียด
5. เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

โคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills 1985 : 310-315) ได้เสนอกลไกและสมมติฐานของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพใน 2 ลักษณะ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (main effect หรือ direct effect) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อภาวะสุขภาพ โดยจะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพในทางที่ดีตลอดจนการมีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การงดสูบบุหรี่ การใช้เข็มฉีดยาฉีดยาป้องกันโรค เป็นต้น การที่บุคคลมีอารมณ์มั่นคงจะส่งผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย อันจะมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่ดีทางด้านสุขภาพ

2. การสนับสนุนทางสังคม มีผลกระทบโดยอ้อมต่อภาวะสุขภาพ โดยเป็นกันชนหรือเบาะรองรับ (buffer effect) ความเครียดที่เกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยป้องกันไม่ให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยจะเป็นการช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่ตนเองด้อยในคุณค่า ไม่สามารถแก้ปัญหาและเผชิญกับเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ซึ่งจะไปรบกวนต่อความสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้มีความไวต่อการเจ็บป่วยได้

การได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียดได้โดย

1. ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็ง โดยการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงมากน้อยแค่ไหน เนื่องจากบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีความรู้สึกว่าจะมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือบรรเทาภาวะเครียดให้น้อยลงได้

2. ช่วยลดหรือจำกัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดหรือผลของภาวะเครียดที่มีต่อร่างกายโดยตรง ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหา ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะเครียดน้อยลง การได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร จะทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ทำให้บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมได้

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 398) เสนอแนวคิดและกลไกเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคคลดังนี้

1. ส่งเสริมการเจริญเติบโตและการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย พัฒนาสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าของตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคง และมีความสุขในชีวิต
2. ลดความเครียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ
3. มีการป้องกัน ยืนยัน รับรอง หรือการทำให้เกิดความมั่นใจและคาดการณ์การกระทำของบุคคลนั้นว่าเป็นที่ต้องการของสังคม
4. เป็นกันชนหรือเบาะรองรับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต โดยมีอิทธิพลต่อการแปลเหตุการณ์ และการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี จึงช่วยลดการเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นการป้องกันโรค

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและบรรเทา หรือลดความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและสังคมอันจะมีผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะสัมพันธ์กับอัตราการเจ็บป่วยที่ลดลง และอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และจิตใจลดลง นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือบุคคลที่ต้องการหยุดสูบบุหรี่และดื่มเหล้า ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย และช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญหน้ากับความหมตทวิงในชีวิตได้ (Callaghan & Morrissey 1993)

การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการศึกษาความสัมพันธ์ (correlational studies) สรุปได้ดังนี้

นัคคอลลและคณะ (Nuckolls et al. 1972 : 431-441) ได้ศึกษาถึงองค์ประกอบทางจิตสังคม (psychosocial assets) ภาวะเครียดในชีวิตและการพยากรณ์โรคในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 170 ราย ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ โดยใช้แบบวัดภาวะเครียดในชีวิตและวัดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เมื่อหญิงมีครรภ์คลอดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วก็จะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดและหลังคลอดจากรายงานทางการแพทย์ ผลการศึกษพบว่าองค์ประกอบทางจิตสังคมและภาวะเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ แต่เมื่อวิเคราะห์ร่วมกันพบว่าองค์ประกอบทางจิตสังคมมีผลเป็นกันชนต่อภาวะเครียดในชีวิต หญิงมีครรภ์ที่มีภาวะเครียดในชีวิตก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์สูง ได้รับองค์ประกอบทางจิตสังคมต่ำจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงเป็น 3 เท่า

ของหญิงที่มีภาวะเครียดในชีวิตสูงแต่ได้รับองค์ประกอบทางจิตสังคมสูง ส่วนในหญิงมีครรภ์ที่ไม่มีภาวะเครียดในชีวิตก่อนตั้งครรภ์อาจจะได้รับองค์ประกอบทางจิตสังคมต่างกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ในการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมได้ศึกษารวม ๆ ไว้ในองค์ประกอบทางจิตสังคม ไม่ได้วิเคราะห์แยกออกมาศึกษาอย่างเด่นชัด นอกจากนั้นน้ำหนักของทารกแรกเกิดก็ศึกษารวมในภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์อื่น ๆ ด้วย

ต่อมาเนอร์เบค และทิลเดน (Norbeck & Tilden 1983 : 30-46) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความไม่สมดุลทางอารมณ์และภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ โดยแยกการสนับสนุนทางสังคมออกจากตัวแปรทางจิตสังคม ศึกษาในหญิงมีครรภ์จำนวน 117 ราย ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 12 - 20 สัปดาห์ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของนัคคอลลล์และคณะ พบว่าภาวะเครียดในชีวิตสูง การที่มีความไม่สมดุลทางอารมณ์สูง และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ สามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้ เมื่อควบคุมตัวแปรได้แก่อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาแล้ว พบว่าภาวะเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นในระยะ 1 ปีก่อนตั้งครรภ์สามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์โดยรวมได้ร้อยละ 4.9 และทำนายภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 6.6 ส่วนความไม่สมดุลทางอารมณ์นั้น สามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนในทารกได้ร้อยละ 8.2 นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์และการสนับสนุนทางวัตถุและสิ่งของสามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 7.4 ในระยะคลอดและหลังคลอดร้อยละ 5.7 และในทารกได้ร้อยละ 9.1 ซึ่งผลการศึกษาของเนอร์เบคและทิลเดนนี้ยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นเบาะรองรับความเครียดได้อย่างชัดเจน แม้ว่าผลจากการศึกษานี้จะให้ผลอ่อนกว่าการศึกษาของนัคคอลลล์และคณะ

นิวตันและฮันท์ (Newton & Hunt 1984 : 1191 - 1194) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม การคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ตัวอย่างได้แก่หญิงมีครรภ์จำนวน 224 คน โดยสัมภาษณ์ 3 ครั้ง คือครั้งแรกขณะที่มีอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 37 - 40 สัปดาห์ ครั้งที่สามในระยะแรกหลังคลอด ผลการศึกษามองว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างภาวะเครียดในชีวิต การคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อย ภาวะเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์มี

ความสำคัญต่อการคลอตก่อนกำหนด การศึกษาที่กล่าวมาทั้งหมดนี้เป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า ได้มีการศึกษาย้อนหลังเพื่อยืนยันสมมติฐานที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นภาวะรองรับความเครียด โดยเบอร์โควิทซ์และแคสล์ (Berkowitz & Kasl 1983 : 283-285) ศึกษาหญิงที่มีการคลอดทารกก่อน กำหนด 166 ราย และหญิงที่มีการคลอดทารกครบกำหนด 299 ราย จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเครียดในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมจากสามี พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างภาวะเครียดในระยะไตรมาสที่ 1 และ 2 ของการตั้งครรภ์กับภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด หญิงที่มีการคลอดทารกที่ครบกำหนดได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีสูงกว่าหญิงที่มีการคลอดทารกก่อนกำหนด อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ข้อมูลที่ได้ อาจ ไม่สมบูรณ์แต่ก็แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นภาวะรองรับความเครียด

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดในชีวิต และภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ โดย ทิลเดน (Tilden 1984 : 102-106) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความไม่สมดุลทางอารมณ์ในระหว่างตั้งครรภ์ ในหญิงมีครรภ์ที่มีคู่มรส และไม่มีคู่มรสจำนวน 141 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสมดุลทางอารมณ์ในระดับสูง ( $r = .76$ ) หญิงมีครรภ์ที่ไม่มีคู่มรสที่มีภาวะเครียดในชีวิตสูง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีความสมดุลทางอารมณ์น้อย ต่อมา นอร์เบคและทิลเดน (Norbeck & Tilden 1989 : 281-287) ได้ทำการศึกษาภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวลจากหญิงมีครรภ์ที่มีรายได้อำนาจ 190 ราย ทำการวัดภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวลเป็น 2 ระยะ ระยะแรกในไตรมาสที่ 2 ระหว่างอายุครรภ์ 17 - 26 สัปดาห์ ระยะที่ 2 ไตรมาสที่ 3 ระหว่างอายุครรภ์ 32 - 40 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้ง 3 นี้ไม่มีความแตกต่างกันในการวัดทั้ง 2 ระยะ ผลของภาวะเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของค่าคะแนนความวิตกกังวลได้ร้อยละ 30 และ 34 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มีค่าคะแนนความวิตกกังวลสูงจะมีภาวะเครียดสูง ในขณะที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และกลุ่มที่มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำสุดจะมีภาวะเครียดต่ำ ในขณะที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง นอกจากนั้นภาวะเครียดกับการสนับสนุนทางสังคมในไตรมาสที่ 2 สามารถทำนายความวิตกกังวลในไตรมาสที่ 3 ได้เพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 2 ในการวัดครั้งที่ 1 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3 ในการวัดครั้งที่ 2 นอกจากนี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมโดยแบ่งเป็น 4 แหล่ง คือ มารดา สามี เพื่อนและบุคคลอื่น พบว่าแหล่งของ

การสนับสนุนที่สำคัญคือสามี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเคมป์และแฮทเมเกอร์ (Kemp & Hatmaker 1989 : 331-336) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ภาวะเครียดและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์จากกลุ่มหญิงมีครรภ์จำนวน 39 ราย ผลการศึกษานพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสน้อยและมีภาวะเครียดสูงจะมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์มาก กลุ่มที่มีความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมของสามีมักมีภาวะเครียดน้อยจะมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์น้อยและพบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือ สามี

การศึกษาที่กล่าวมานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางและสูง ต่อมาได้มีการศึกษาในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำเพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาวะวิตกกังวลในหญิงมีครรภ์ในการทำนายผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ซึ่งได้แก่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ น้ำหนักทารก และอายุครรภ์ โดยนอร์เบคและแอนเดอร์สัน (Norbeck & Anderson 1989 : 281-287) ทำการศึกษาในกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำที่มีเชื้อชาติเป็นหญิงผิวขาว 73 คน ผิวดำ 59 คน และสเปน 76 คน รวม 208 คน ทำการศึกษา 2 ครั้ง ครั้งแรกระหว่างอายุครรภ์ 17-26 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 ระหว่างอายุครรภ์ 32-40 สัปดาห์ แต่نهاเอาผลการวัดครั้งแรกเท่านั้นที่ใช้ในการศึกษา ผลการศึกษานพบว่าตัวแปรทั้ง 3 ที่ศึกษาไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ได้ในหญิงทุกเชื้อชาติอย่างมีนัยสำคัญ ในหญิงผิวดำที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีหรือมารดา สามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 33 และทำนายภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดได้ร้อยละ 14 ในหญิงผิวขาวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำนั้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ทั้งในด้านภาวะแทรกซ้อนและการใช้ยาแก้ปวดมากกว่าหญิงผิวดำ ซึ่งเครือข่ายสังคมอาจมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องในหญิงกลุ่มนี้ สำหรับหญิงสเปนนั้นไม่พบว่าตัวแปรทั้ง 3 นี้สามารถทำนายผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ได้ จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเชื้อชาติอาจจะมีอิทธิพลต่อภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะวิตกกังวลในหญิงมีครรภ์ ควรจะทำการศึกษานซ้ำอีกครั้งเพื่อเป็นการยืนยันผลการศึกษาน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มที่มีจำนวนมากขึ้นและมีจำนวนตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน ถ้าหากผลการศึกษานได้เหมือนเดิมก็แสดงว่าภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ สามารถทำนายผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ได้เฉพาะในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางและสูงเท่านั้น

การศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมานี้เป็นการศึกษาเพื่อยืนยันสมมติฐานที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นเบาะรองรับความเครียด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ร่วมระหว่างภาวะเครียดและการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ สำหรับการศึกษาเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ มีดังนี้

โครเนนเวทท์ (Cronenwett 1985 : 93-99) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคมและภาวะสุขภาพในหญิงมีครรภ์และสามีจำนวน 50 คู่ โดยวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคม ในหญิงมีครรภ์ที่อยู่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์และวัดสุขภาพจิตในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ผลการศึกษานพบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และด้านวัตถุสิ่งของสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 29 แต่การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการประเมิณไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ส่วน เครือข่ายสังคมนั้น เป็นบุคคลในครอบครัวร้อยละ 66 ผู้ร่วมงานร้อยละ 8 นอกจากนั้นเป็นเพื่อนบ้าน และผู้อื่น มีการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน คือ ไลส์ และคณะ (Liese et al. 1989 : 311-316) ศึกษากลุ่มหญิงมีครรภ์จำนวน 157 ราย ที่อยู่ในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ โดยแบ่งหญิงมีครรภ์เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่แต่งงานถูกต้องตามกฎหมายและมีสามีอยู่ด้วย กลุ่มที่ไม่ได้แต่งงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายแต่มีสามีอยู่ด้วย และกลุ่มที่ไม่ได้แต่งงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายและสามีไม่ได้อยู่ด้วย ผลการศึกษานพบว่ากลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มีสามีอยู่ด้วยกันจะได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ วัตถุและเงินทอง มีผลให้หญิงมีครรภ์มีการปรับตัวทางด้านจิตในทางบวก ซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มที่สามีไม่ได้อยู่ด้วยกันนั้น ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจในระหว่างการตั้งครรภ์

เทอร์เนอร์และคณะ (Turner et al. 1990 : 43 - 57) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในหญิงมีครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก จำนวน 268 ราย โดยทำการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามี และเพื่อน ๆ ในระยะตั้งครรภ์และระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด ผลการศึกษานพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถอธิบายความแปรปรวนของน้ำหนักทารกแรกเกิดได้ร้อยละ 7 และเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุดของภาวะซึมเศร้าในหญิงมีครรภ์วัยรุ่น การอาศัยอยู่กับบิดามารดาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ หญิงมีครรภ์วัยรุ่นที่มี

ฐานะทางเศรษฐกิจต่อการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้พบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากครอบครัวจะมีผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ ผลการศึกษานี้ก็จะสามารถนำไปอ้างอิงได้ โดยเฉพาะกลุ่ม หญิงมีครรภ์วัยรุ่นเท่านั้น ต่อมารีซี (Reece 1991 : 4 - 10) ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในหญิงครรภ์แรกที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป จำนวน 91 ราย โดยศึกษาในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ ผลการศึกษพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและสมาชิกในครอบครัวเป็นผลให้ความเครียดน้อย ในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด การเปลี่ยนแปลงบทบาทไปสู่การเป็นมารดานั้นมีผลกระทบน้อยมาก และสามารถปรับตัวในบทบาทมารดาได้ดีในระยะหลังคลอด การศึกษาที่กล่าวมานี้เป็นการศึกษาในหญิงมีครรภ์วัยรุ่นและหญิงมีครรภ์อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ควรจะทำการศึกษาในกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 18 - 35 ปีด้วย เพื่อความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถนำไปใช้อ้างอิงในกลุ่มประชากรที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมดได้

นอกจากนี้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ โดย อัลเบิร์ต และแรนคิน (Albrecht & Rankin 1989 : 49-59) ศึกษาเกี่ยวกับระดับความวิตกกังวล พฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของหญิงที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ โดยศึกษาในกลุ่มหญิงมีครรภ์จำนวน 100 คน ผลการศึกษพบว่า หญิงมีครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีระดับความวิตกกังวลมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรอนสัน (Aaronson 1989 : 4-8) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ โดยศึกษาในหญิงมีครรภ์จำนวน 529 คน ผลการศึกษพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก การรับรู้และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญและเป็นตัวทำนายที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่เป็นผิวขาวและมีฐานะเศรษฐกิจในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงในประชากรทั่ว ๆ ไปได้

ผลการศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมานี้ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพของหญิงมีครรภ์ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้หญิงมีครรภ์เผชิญต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ได้ ช่วยในการปรับบทบาทการเป็นมารดาได้ดี ช่วยให้หญิงมี

กรรมมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตสังคม ตลอดจนผลต่อทารกในครรภ์ทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดมาก ตรงกันข้ามหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีผลเสียต่อภาวะสุขภาพร่างกายและจิตสังคมของหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ มีความวิตกกังวลสูงเกิดภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และมีผลทำให้น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อย

นอกจากนี้แหล่งของการให้การสนับสนุนทางสังคมก็มีความสำคัญต่อสุขภาพของหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ จากการศึกษาพบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของหญิงมีครรภ์คือสามี (Cronenwett 1985; Kemp & Hatmaker 1989; Norbeck & Anderson 1989; Liese et al. 1989; Reece 1991) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบราวน์ (Brown 1986) ที่พบว่าแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดของหญิงมีครรภ์ คือ มารดา ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงสนใจที่จะศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของหญิงมีครรภ์ด้วย

#### ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเอง

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อม ในขณะที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จะทำให้บุคคลได้รับแรงกดดันจากบรรทัดฐานของสังคม ทำให้บุคคลปฏิบัติตามบรรทัดฐานนั้น ๆ นอกจากนี้ยังได้รับข่าวสาร ข้อมูลต่าง ๆ ความรู้และแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ (Longlie 1977 : 252) เนื่องจาก ความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Joseph 1980 : 137) ในการมีปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลในสังคมนั้นจะได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทำให้มีความรู้สึกปลอดภัย รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า มีอารมณ์มั่นคง สามารถเผชิญหรือควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนทางสังคมจึงเปรียบเสมือนปัจจัยที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Hanucharurnkul 1988 : 14)

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพปกติ บุคคลที่เจ็บป่วย และในหญิงมีครรภ์มีดังนี้

ฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard et al. 1984 : 266-269) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของการสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไปที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์จำนวน 97 ราย กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ที่ไม่รับการตรวจสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐที่มีอายุระหว่าง 15-77 ปีจำนวน 133 ราย ทำการวัดกิจกรรมการดูแลตนเอง 6 ด้าน คือ อาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความปลอดภัย การใช้สารเคมี สิ่งเสพติด และการป้องกันการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนี้ มีความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่แต่งงานแล้วมีระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ยังไม่แต่งงานอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างหญิงมีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ชาย การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เท่านั้น

ต่อมาได้มีการศึกษาเพิ่มเติมโดย มุท์เลนแคมป์และเซย์เลส (Muhlenkamp & Sayles 1986 : 334-338) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความภาคภูมิใจในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ ศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ปกติ จำนวน 98 ราย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความภาคภูมิใจในตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความภาคภูมิใจในตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยที่การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยอ้อมทางบวกต่อกิจกรรมการดูแลตนเองผ่านความภาคภูมิใจในตนเอง

สำหรับประเทศไทย สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อ อารมณ์ภายในภายนอกด้านสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุจำนวน 149 ราย ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการผู้สูงอายุ ดินแดง กทม. ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาที่กล่าวมานี้ได้ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีสุขภาพดีซึ่งอาจจะไม่สามารถนำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรที่เจ็บป่วยได้ ต่อมาได้มีการขยายการศึกษาในกลุ่มที่เจ็บป่วย โดย บลักก์ (Brugge 1981 cited in Hanucharurnkul 1988 : 57-58) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 51 ราย ผลการศึกษพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นก็คือ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเมื่อภาวะสุขภาพไม่ดี ต่อมาได้มีการศึกษาเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของบุคคลที่เจ็บป่วยในประเทศไทยที่พอสรุปได้ดังนี้คือ

สมจิต ทนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการ การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจำนวน 70 ราย มะเร็งศีรษะ และคอ 42 ราย ผลการศึกษพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการดูแลตนเองได้ร้อยละ 21, 6 และ 17 ตามลำดับ และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญคือสมาชิกในครอบครัว ขณะเดียวกันสมภารณ์ ดั่งแพง (2531) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการรักษาโดยวิธีจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง ศึกษาผู้ป่วยจำนวน 70 ราย ผลการศึกษพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง นอกจากนี้อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ แพรวระพี เรืองเดช (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวร และการศึกษาของ เสาวมา วิจิตวาทย์ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา ผลการศึกษาเหล่านี้ให้ผลสอดคล้องกันโดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองและเป็นตัวทำนายที่ดีของการดูแลตนเอง

สำหรับการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในหญิงมีครรภ์นั้น พิสมัย เพิ่มกระโทก (2529) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ในกลุ่มหญิงมีครรภ์ปกติ จำนวน 152 ราย ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 28 - 40 สัปดาห์ ผลการศึกษพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในหญิงมีครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา บุญทับ (2534) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ปกติจำนวน 150 ราย ผลการศึกษานี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงมีครรภ์ปกติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสมร ภูมิณสกุล (2535) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ทำการศึกษาในหญิงมีครรภ์ปกติ จำนวน 299 ราย ผลการศึกษพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษาที่กล่าวมานี้เป็นการศึกษาในหญิงมีครรภ์ปกติ มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในหญิงมีครรภ์ที่มีการตั้งครรภ์ผิดปกติคือ อังคณา นวลยง (2535) ทำการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ในหญิงมีครรภ์ จำนวน 200 ราย ที่มาตรวจรักษาที่คลินิกหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ณ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ผลการศึกษพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมานี้เป็นการศึกษาที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยายที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองจึงควรมีการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิง เหตุและผล เพื่อยืนยันความสัมพันธ์และทิศทางการความสัมพันธ์ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาทั้งหมดได้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองทั้งในภาวะที่ปกติ ภาวะเจ็บป่วย ตลอดจนในหญิงมีครรภ์ สำหรับหญิงมีครรภ์นั้น เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นจะมีความต้องการการดูแลตนเองมากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้มากขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้หญิงมีครรภ์จะได้รับความรู้ คำแนะนำ การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้หญิงมี

ครรภ์รู้สึกว่ามีคุณค่าและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น เพื่อส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ให้มีการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้หญิงมีครรภ์สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และสามารถแก้ปัญหาได้ ตลอดจนสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นในกระบวนการของการมีบุตร

## สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ พบว่าภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของหญิงมีครรภ์ ภาวะแทรกซ้อน ของการตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิด (Nuckolls et al. 1972; Norbeck & Tilden 1983; Berkowitz & Kasl 1983; Tilden 1984; Kemp & Hatmaker 1989; Norbeck & Anderson 1989) โดยที่การสนับสนุนทางสังคมเป็นเบาะรองรับความเครียดที่จะช่วยให้บรรเทาหรือลดความเครียดที่เกิดขึ้น ช่วยทำให้บุคคลปรับตัวใช้สถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิต (life stress) สำหรับการศึกษาความเครียดที่เกิดจากสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันนั้น พบว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของคนที่มีสุขภาพปกติและคนเจ็บป่วย (Kanner et al. 1981; DeLongis et al. 1982; Zarski 1984; Maio-Esteves 1990; สมจิต พนุเจริญกุล 2532; ประสพสุข ศรีแสนปาง 2535; พรพิศ ชีวคำณน 2535) แต่ยังไม่เคยมีรายงานการศึกษาในหญิงมีครรภ์ นอกจากนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันกับการดูแลตนเองก็ยังไม่เคยมีรายงานการศึกษามาก่อน แต่จากรายงานการศึกษาดังกล่าวนี้นี้ เมื่อสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในคนปกติและเจ็บป่วยก็น่าจะมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพของหญิงมีครรภ์ด้วย ขณะเดียวกันก็น่าจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้วย เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ต้องใช้ทักษะในการเรียนรู้การเอาใจใส่ตนเอง การใช้เหตุผลและผลในการตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นความสามารถในดูแลตนเอง เมื่อสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดขึ้นก็น่าจะมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่

เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดได้ จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง อันจะส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองในลักษณะของความพร่องในการดูแลตนเองกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ซึ่งได้แก่ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยการสร้างรูปแบบจำลองเส้นทางความสัมพันธ์เพื่อดูความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของตัวแปรที่ศึกษาภายใต้กรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพนั้น พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะสุขภาพทั้งคนที่ปกติและคนที่เจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ (Hubbard et al. 1984 ; Aaronson 1989 ; พิสมัย เพิ่มกระ โทก) และมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด (Turner et al. 1990 ; Oakley et al. 1990) จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์นั้นส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาพร้อมกับความเครียดที่มีสาเหตุจากเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยที่การสนับสนุนทางสังคมมีผลร่วมกับภาวะเครียดในการทำนายภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นเบาะรองรับความเครียด สำหรับความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิดยังมีน้อยมากและไม่ชัดเจนนักจึงต้องการการศึกษาคือความสัมพันธ์ดังกล่าวต่อไป ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองในลักษณะของความพร่องในการดูแลตนเองกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ โดยการสร้างรูปแบบจำลองเส้นทางความสัมพันธ์ เพื่อดูความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของตัวแปรที่ศึกษาภายใต้กรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นนี้ เป็นหญิงมีครรภ์ปกติที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 18 - 35 ปี และมาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุครรภ์ 24 - 28 สัปดาห์
2. มีการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก
3. มีสถานภาพสมรสคู่
4. มารดาของหญิงมีครรภ์ยังมีชีวิตอยู่ และมีการติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ
5. สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี
6. ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

ตามคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากอัตราส่วนของตัวแปรที่ศึกษาต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ตัวแปรที่ศึกษา 1 ตัวแปร จะต้องมียังจำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 30 ราย (Pedhazur 1982 : 148) ในการศึกษาค้นนี้ศึกษา 5 ตัวแปร จึงใช้ตัวอย่างอย่างน้อย 150 ราย

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะตรวจสอบคุณสมบัติจากบัตรบันทึกประวัติของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2535 ถึงเดือนเมษายน 2536 ช่วงเวลา 08.00 - 12.00 น. เมื่อพบหญิงมีครรภ์ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ก็จะติดเทปสีที่มุมของบัตรบันทึกประวัติของหญิงมีครรภ์ หลังจากนั้นในช่วงที่หญิงมีครรภ์รอตรวจครรภ์ก็จะขอพบเพื่อแนะนำตัว และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม หญิงมีครรภ์ที่ถูกเรียกไปตรวจครรภ์ก่อนแพทย์หรือพยาบาลที่ตรวจครรภ์เรียบร้อยแล้วก็จะส่งมาให้ผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เลือกไว้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 303 ราย ไม่มาฝากครรภ์ตามนัดและไม่มาคลอดเลย จำนวน 17 ราย ตัดออก 2 ราย เนื่องจากทารกมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4000 กรัม 1 ราย และมีการตั้งครรภ์แฝด 1 ราย ดังนั้นการศึกษาค้างนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 284 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงมีครรภ์ ซึ่งได้ข้อมูลจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ อายุครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว ศาสนา

ส่วนที่ 2 แบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่สร้างโดยเดอลองกีสและคณะ (DeLongis et al., 1988) จำนวน 44 ข้อ แบบสอบถามนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบกำหนดเป็นตัวเลข 4 อันดับ คือ 0 - 3 คะแนน 0 หมายถึงไม่มีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันนั้น ๆ เลย จนถึง 3 หมายถึงมีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมาก คะแนนรวมทั้งหมดของแบบวัดคือคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 132 คะแนน คะแนนรวมมากหมายความว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมาก

เดอลองกีสและคณะ ได้ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการทำการทดสอบซ้ำ (test-retest) ห่างกัน 1 วัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = .77 การทดสอบซ้ำ

ต่างกัน 1 เดือนได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = .82 และทำการทดสอบซ้ำ ระหว่างเดือนที่ 1 และเดือนที่ 5 ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = .72

แบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันได้ถูกแปลเป็นภาษาไทย โดย ประสพสุข ศรีแสนปาง (2535) และ พรพิศ ชีวค่านวม (2535) ทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหา จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 ราย โดยการหาค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 และ .90 ตามลำดับ แล้วจึงนำมาปรับภาษาหรือข้อความให้เหมาะสมอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 122 ราย หาค่าความเที่ยงของแบบวัดได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 และได้นำไปใช้ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามของแบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน จากเดอลองกิสและคณะ (DeLongis et al. 1988) เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีจำนวน 44 ข้อ ทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ จำนวน 5 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างหญิงมีครรภ์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 284 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 ทำการสัมภาษณ์สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 24 - 28 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 36 - 39 สัปดาห์ หาค่าความสัมพันธ์ของการสัมภาษณ์ทั้ง 2 ครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = .74 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันนั้นมีความคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงแม้อายุครรภ์จะเพิ่มมากขึ้น

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์สนับสนุนทางสังคม (Support Behavior Inventory) สร้างโดยบราวน์ (Brown 1986 : 4 - 9) ซึ่งใช้แนวคิดในการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House 1981) แบ่งการสนับสนุนเป็น 4 ด้านคือ 1) การสนับสนุนทางด้าน

อารมณ์ 2) การ สันับสนุนด้านการกระทำ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4) การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน หรือเวลา แบบสอบถามนี้จะให้หญิงมีครรภ์ประเมินตนเองว่ามีความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้การสนับสนุนมากน้อยเพียงใด ข้อคำถามทั้งหมดมี 11 ข้อ แบบสอบถามนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบกำหนดเป็นตัวเลข 6 อันดับ คือ 1 - 6 คะแนน 1 หมายถึงมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อพฤติกรรมการสนับสนุนมากที่สุด จนถึง 6 หมายถึงมีความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมการสนับสนุนมากที่สุด ให้หญิงมีครรภ์ประเมินจากแหล่งให้การสนับสนุน 2 แหล่งคือ สามีและมารดา แต่ละแหล่งจะมีคะแนน 11 - 66 คะแนน เพราะฉะนั้นคะแนนต่ำสุดของแหล่งที่ให้การสนับสนุนทั้งจากสามีและมารดา คือ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 22 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 132 คะแนนถ้าคะแนนรวมมาก แสดงว่าหญิงมีครรภ์มีความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมการสนับสนุนของสามีและมารดามาก

บรรณาธิการตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดสอบกับหญิงมีครรภ์และสามีที่อยู่ในไตรมาสที่ 2 และ 3 จำนวน 313 คู่ มีข้อคำถาม 45 ข้อ แบ่งข้อย่อยตามหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน เมื่อนำข้อย่อยของการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านมาหาความสัมพันธ์รายข้อ พบว่าความสัมพันธ์ในแต่ละด้านค่อนข้างสูง ดังนี้ การสนับสนุนด้านอารมณ์ .40 - .69 การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน และเวลา .49 - .75 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร .44 - .66 และการสนับสนุนด้านการกระทำ .43 - .60 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้าน พบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงมาก ตั้งแต่ .83 - .96 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97 จากการวิเคราะห์แล้วพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างด้านสูงมาก จึงปรับปรุงโดยการวิเคราะห์ตัวประกอบและตัดข้อที่ซ้ำซ้อนออก เหลือข้อคำถามเพียง 11 ข้อที่รวมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน คิดคะแนนเป็นคะแนนรวมของพฤติกรรมการสนับสนุน นำมาทดสอบความเชื่อมั่นภายใน (internal reliability) ได้เท่ากับ .89

เครื่องมือนี้ได้ถูกแปลเป็นภาษาไทย โดยกาญจนา บุญทับ (2534) และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 5 ท่าน หลังจากนั้นได้ทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือในหญิงมีครรภ์จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 ศรีสมร ภูมิสกุล (2535) ได้นำเครื่องมือนี้ไปทดสอบหาความเที่ยงใน

กลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดยสอบถามพฤติกรรมสับสนุนจากสามีและมารดา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95 เมื่อนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 299 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่าเดิม

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปทดสอบหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน แล้วนำไปทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือในหญิงมีครรภ์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยสอบถามถึงพฤติกรรมการสับสนุนจากสามีและมารดา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 และ .89 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 284 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และ .90 ทำการสอบถามพฤติกรรมความช่วยเหลือของสามีและมารดาของหญิงมีครรภ์ 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 24 - 28 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 36 - 39 สัปดาห์ หาความสัมพันธ์ของการสอบถามทั้ง 2 ครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .66 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .001$ ) แสดงให้เห็นว่าหญิงมีครรภ์มีความรู้สึกริเริ่มพอใจต่อพฤติกรรมการสับสนุนจากสามีและมารดาค่อนข้างคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง แม้อายุครรภ์จะเพิ่มมากขึ้น

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองในหญิงมีครรภ์ ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินโดยอาศัยกรอบแนวคิดของโอเร็ม ทำการวัดความพร้อมในการดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างยิ่งที่เกิดจากการตั้งครรภ์ แบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 43 ข้อ ผู้วิจัยประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์โดยการสัมภาษณ์ แบบประเมินนี้กำหนดการให้คะแนนของลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบกำหนดเป็นตัวเลข 4 อันดับ คือ 0 - 3 คะแนน 0 หมายถึงไม่มีความพร้อม จนถึงคะแนน 3 หมายถึงมีความพร้อมมาก คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0 - 129 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงหญิงมีครรภ์มีความพร้อมในการดูแลตนเองมาก

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปทดสอบหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน แล้วนำไปทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .71 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงภาษาหรือข้อความให้เหมาะสมอีกครั้ง ก่อนจะนำไปใช้ในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 284 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .71

ส่วนที่ 5 การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ประกอบด้วย

5.1 การประเมินภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัยเมื่อปี พ.ศ.2522 เพื่อใช้ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ (Parisunyakul 1979) แบบประเมินนี้ได้นำมาใช้ประเมินภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามารัตน์ มีข้อประเมินเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ทั้งหมด 7 รายการ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ไข้ขาวหรือน้ำตาลในปัสสาวะ การเพิ่มของน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิต อาการบวมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การมีเลือดออกทางช่องคลอด อายุครรภ์จนถึงคลอด โดยให้คะแนน 0 - 2 ตามความรุนแรงของอาการที่ตรวจพบ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0 - 14 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่าหญิงมีครรภ์ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์มาก

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน

5.2 การประเมินน้ำหนักทารกแรกเกิด ซึ่งจะทำการบันทึกน้ำหนักทารกแรกเกิดจากแบบบันทึกการทำคลอด

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าการพยาบาลและหัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างจากหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 จังหวัดเชียงใหม่ ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2535 ถึงเดือนเมษายน 2536 ในช่วงเวลา 08.00 - 12.00 น. ที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดจากบัตรบันทึกประวัติของหญิงมีครรภ์และติดป้ายไว้ในรายชื่อที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวเองกับหญิงมีครรภ์ เพื่อขอความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์

และตอบแบบสอบถามในขณะที่หญิงมีครรภ์นั่งรอตรวจหรือภายหลังได้รับการตรวจแล้ว เมื่อหญิงมีครรภ์ยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย พร้อมกับนำหญิงมีครรภ์ไปยังสถานที่ที่จัดเตรียมไว้

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน และความพร้อมในการดูแลตนเองตามแบบฟอร์มของการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 25 - 30 นาที

5. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวิธีการตอบแบบสอบถาม แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมการสนับสนุนจากสามีและมารดา ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบประมาณ 10 - 15 นาที

6. เมื่อรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ถ้าพบว่าคำตอบใดขาดหายไป ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบ

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์ 36 - 39 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ ประมาณ 10 - 15 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมการสนับสนุนจากสามีและมารดา ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที ผู้วิจัยประเมินภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์จากกลุ่มตัวอย่างและบันทึกประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อรับแบบสอบถามคืนผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม

8. เมื่อกลุ่มตัวอย่างคลอดแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับน้ำหนักทารกแรกเกิดจากการบันทึกรายงานการคลอด

9. ผู้วิจัยรวบรวมและตรวจสอบแบบสอบถามทั้งหมด เพื่อดูความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-PC ซึ่งข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ คือข้อมูลของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันและการสนับสนุนทางสังคมที่วัดในครั้งแรก เนื่องจากต้องการการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อดูความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของตัวแปรที่ศึกษา

ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ร้อยละ
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ที่ทำการศึกษา โดยใช้สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
3. ทดสอบรูปแบบจำลองโดยการสร้างสมการโครงสร้างของรูปแบบจำลอง แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการถดถอยพหุแบบบังคับตัวแปรเข้า จะได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของเส้นทางต่าง ๆ ของรูปแบบจำลอง
4. ทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามวิธีการของสเปคท์ (Specht 1975 cited in Pedharzur 1982 : 619)

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยจะเสนอตามลำดับดังนี้ คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง ผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ การทดสอบรูปแบบจำลองตามสมมติฐานแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา และผลการทดสอบสมมติฐาน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นหญิงมีครรภ์ จำนวน 284 คน มีอายุเฉลี่ย 23.78 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 7 คือ ร้อยละ 52.8 รองลงมาคือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 คือ ร้อยละ 20.4 และ 15.2 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากคือ แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 41.2 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 38.7 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในระดับ 2,001 บาท ถึง 4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.3 รองลงมา คือ รายได้ประมาณ 4,001 บาท ถึง 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.7 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่ยังเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 3 - 8 คน คิดเป็นร้อยละ 63.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 97.5 รายละเอียดของลักษณะกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 284)

| =====                               |       |        |
|-------------------------------------|-------|--------|
| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง              | จำนวน | ร้อยละ |
| -----                               |       |        |
| ระดับการศึกษา                       |       |        |
| จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4             | 43    | 15.2   |
| จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 7             | 150   | 52.8   |
| จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3             | 58    | 20.4   |
| จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (มศ.5 เดิม) | 17    | 6.0    |
| ประกาศนียบัตร และอนุปริญา           | 14    | 4.9    |
| ปริญาตรีหรือสูงกว่าปริญาตรี         | 2     | 0.7    |
| อาชีพ                               |       |        |
| แม่บ้าน                             | 117   | 41.2   |
| ค้าขาย                              | 33    | 11.6   |
| รับจ้าง                             | 110   | 38.7   |
| ทำนา ทำสวน                          | 24    | 8.5    |
| รายได้                              |       |        |
| ต่ำกว่า 2,000 บาท                   | 28    | 9.9    |
| 2,001 - 4,000 บาท                   | 120   | 42.3   |
| 4,001 - 6,000 บาท                   | 76    | 26.7   |
| 6,001 - 8,000 บาท                   | 35    | 12.3   |
| 8,001 - 10,000 บาท                  | 13    | 4.6    |
| > 10,000 บาท                        | 12    | 4.2    |
| ลักษณะครอบครัว                      |       |        |
| ครอบครัวเดี่ยว                      | 103   | 36.3   |
| ครอบครัวขยาย                        | 181   | 63.7   |
| ศาสนา                               |       |        |
| พุทธ                                | 277   | 97.5   |
| คริสต์                              | 3     | 1.1    |
| อิสลาม                              | 4     | 1.4    |
| =====                               |       |        |

### สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน

คะแนนสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันอยู่ระหว่าง 0 - 49 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 - 132 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 17.83 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.20 การกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ขวาเล็กน้อย ( $\text{skewness} = .48$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันค่อนข้างต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 2

### การสนับสนุนทางสังคม

คะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากสามีอยู่ระหว่าง 15 - 66 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 11 - 66 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 59.05 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.93 คะแนนการสนับสนุนทางสังคม จากมารดาอยู่ระหว่าง 15 - 66 จากค่าที่เป็นไปได้ 11 - 66 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 58.49 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.84 เมื่อรวมทั้ง 2 แหล่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม คะแนน อยู่ระหว่าง 30 - 132 คะแนนเฉลี่ย 117.54 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.51 การกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ซ้าย ( $\text{skewness} = - 2.14$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุน ทางสังคมทั้ง 2 แหล่งค่อนข้างสูง เนื่องจากการกระจายของคะแนนไม่ปกติ ผู้วิจัยได้ปรับข้อมูลให้อยู่ในรูปของค่าลอการิทึมก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยพหุ โดยได้ค่าความเบ้เท่ากับ .77 ขณะเดียวกันได้ทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุ โดยใช้ข้อมูลที่ไม่ได้ปรับด้วย แล้วเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ทั้งสองรูปแบบ พบว่าไม่มีความแตกต่างในการแปลผลการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุของข้อมูลที่ไม่ได้ปรับเป็นค่าลอการิทึมในการศึกษาครั้งนี้

### ความพร้อมในการดูแลตนเอง

คะแนนความพร้อมในการดูแลตนเองอยู่ระหว่าง 14 - 61 จากค่าที่เป็นไปได้ 0 - 129 คะแนนคะแนนเฉลี่ย 36.94 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.73 การกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้

ไปทางขวาเล็กน้อย ( $skewness = .08$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเองค่อนข้างไปทางต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 2

### ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์

คะแนนภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 0 – 8 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 0 – 14 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 1.53 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.52 การกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ไปทางขวา ( $skewness = .96$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ค่อนข้างไปทางต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 2

### น้ำหนักทารกแรกเกิด

ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 1,500 – 3,810 กรัม น้ำหนักเฉลี่ย 2,987.43 กรัม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 378.84 กรัม การกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ไปทางซ้ายเล็กน้อย ( $skewness = -.49$ ) แสดงว่าน้ำหนักทารกแรกเกิดค่อนข้างไปทางสูง

ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม มีจำนวน 23 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 8.1 ส่วนทารกที่มีน้ำหนัก 3,000 กรัมขึ้นไป แต่ไม่เกิน 4,000 กรัม มีจำนวน 144 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.7

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้ของตัวแปรที่ศึกษา (n = 284)

| ตัวแปร                      | ช่วงคะแนน   | เฉลี่ย | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน | ค่าความเบ้ |
|-----------------------------|-------------|--------|-----------|-------------------------|------------|
| สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน    | 0 - 49      | 49     | 17.83     | 10.20                   | .48        |
| การสนับสนุนทางสังคม         |             |        |           |                         |            |
| จากสามี                     | 15 - 66     | 51     | 59.05     | 6.93                    | - 2.53     |
| จากมารดา                    | 15 - 66     | 51     | 58.49     | 6.84                    | - 2.39     |
| โดยรวม                      | 30 - 132    | 99     | 117.54    | 11.51                   | - 2.14     |
| ความพร้อมในการดูแลตนเอง     | 14 - 61     | 47     | 36.94     | 8.73                    | .08        |
| ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ | 0 - 8       | 8      | 1.53      | 1.52                    | .96        |
| น้ำหนักทารกแรกเกิด          | 1,500-3,810 | 2,310  | 2,987.43  | 378.84                  | - .49      |

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันในตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษา (n = 284)

| ตัวแปร                         | 1       | 2       | 3     | 4       | 5    |
|--------------------------------|---------|---------|-------|---------|------|
| 1. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน    | 1.00    |         |       |         |      |
| 2. การสนับสนุนทางสังคม         | -.34*** | 1.00    |       |         |      |
| 3. ความพร้อมในการดูแลตนเอง     | .35***  | -.26*** | 1.00  |         |      |
| 4. ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ | .10*    | -.07    | .15** | 1.00    |      |
| 5. น้ำหนักทารกแรกเกิด          | -.05    | .03     | .14** | -.23*** | 1.00 |

\* p < .05      \*\* p < .01      \*\*\* p < .001

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .35, p < .001$ ) แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมาก จะทำให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองมาก สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.34, p < .001$ ) แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมากจะมีความรู้สึกพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมน้อย สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์น้อยมาก ( $r = .10, p < .05$ ) และ ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด ( $r = -.05, p > .05$ )

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.34, p < .001$ ) แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีความรู้สึกพึงพอใจในพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมาก การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .26, p < .001$ ) แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีความรู้สึกพึงพอใจในพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมมากจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิด ( $r = -.07, p > .05$ ;  $r = .03, p > .05$ )

ความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .15, p < .01$ ;  $r = .14, p < .01$ ) แสดงว่าหญิงมีครรภ์มีความพร้อมในการดูแลตนเองมากหรือมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยจะมีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์มากและหญิงมีครรภ์มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยจะมีทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อย

ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.23, p < .001$ ) แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์มากจะทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย

การทดสอบรูปแบบจำลองทางทฤษฎีตามสมมติฐานหรือแบบจำลองเต็มรูป (Hypothesis Model or Full Model)

การทดสอบรูปแบบจำลองตามสมมติฐาน มีขั้นตอนดังนี้

1. สร้างสมการโครงสร้างของรูปแบบจำลอง (structural equation)

$$Z_1 = e_1$$

$$Z_2 = e_2$$

$$Z_3 = P_{31}Z_1 + P_{32}Z_2 + e_3$$

$$Z_4 = P_{41}Z_1 + P_{42}Z_2 + P_{43}Z_3 + e_4$$

$$Z_5 = P_{53}Z_3 + P_{54}Z_4 + e_5$$

2. คำนวณความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal correlation)

การคำนวณความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลตามเส้นทางใน path diagram โดยใช้สัญลักษณ์ความสัมพันธ์แบบง่าย คือ  $r_{ij}$

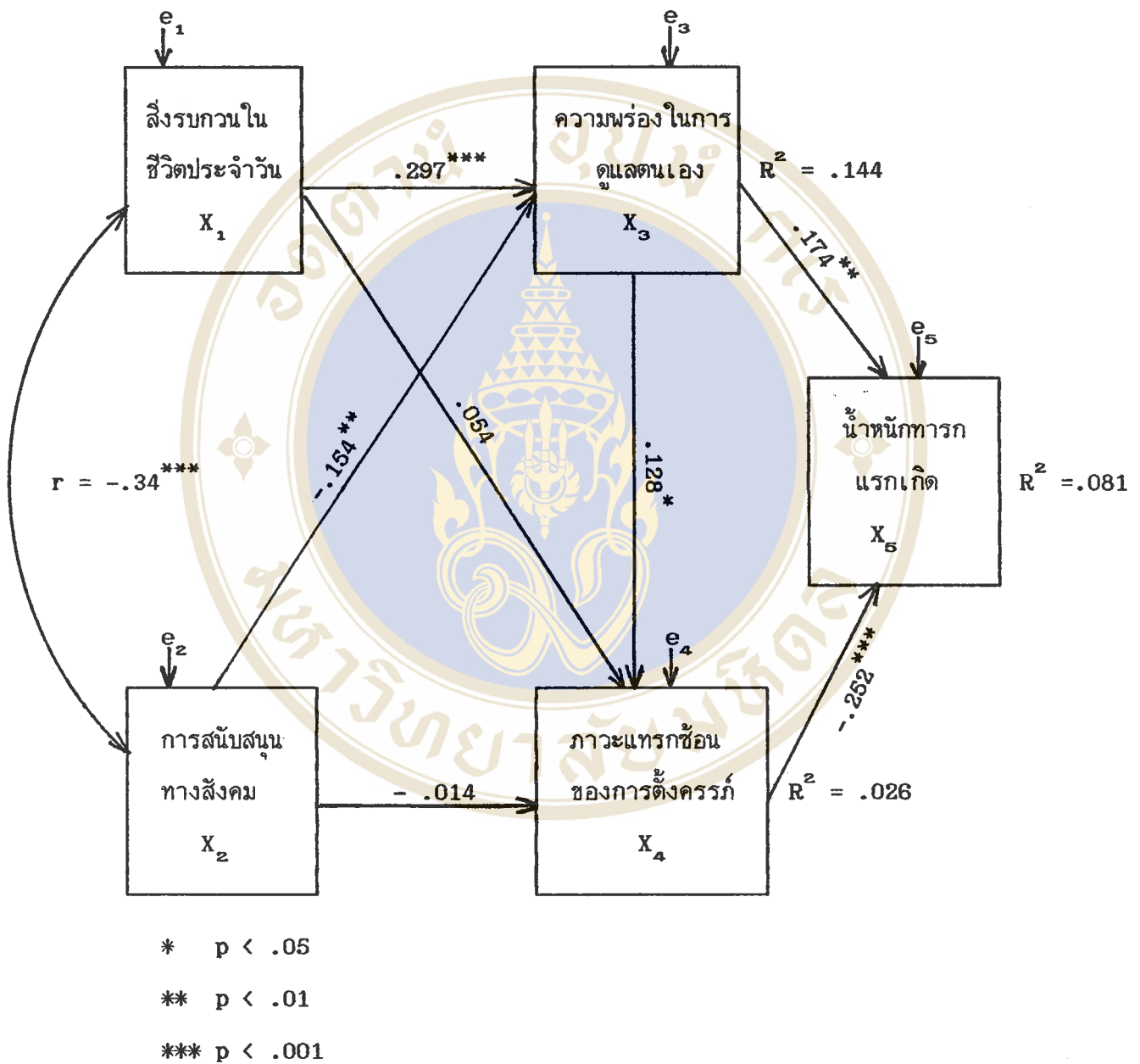
$$r_{ij} = \frac{\sum Z_i Z_j}{n}$$

รายละเอียดแสดงไว้ในภาคผนวก

3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการถดถอยพหุแบบบังคับตัวแปรเข้า (multiple regression : enter method) ในสมการตามลำดับที่แสดงในรูปแบบจำลองทางทฤษฎี เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทาง (path coefficients) คือ ค่า partial standardized regression coefficients หรือ ค่า beta weight ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางของแบบจำลอง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3



Model I



แผนภูมิที่ 3 รูปแบบจำลองตามสมมติฐานแสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางของตัวแปรที่ศึกษา

4. นำค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทาง (path coefficients) แทนลงในสมการ  $r_{ij}$  ต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ทราบว่าตัวแปรที่ศึกษามีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลโดยตรงโดยอ้อม หรือเป็นความสัมพันธ์ลวง (spurious correlation)

5. พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางของตัวแปรที่ศึกษา ถ้าหากค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางใดมีค่าน้อยและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ให้ตัดทิ้ง (Pedhazur 1982 : 617 ; ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์ 2523 : 87)

เมื่อพิจารณาจากรูปแบบจำลองตามสมมติฐาน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางของการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ มีค่าเท่ากับ  $-.014$  และค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ มีค่าเท่ากับ  $.054$  ทั้ง 2 เส้นทางนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางน้อยและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงได้ตัดเส้นทางความสัมพันธ์ทั้ง 2 นี้ออกไป ทั้งนี้จะเป็นรูปแบบจำลองใหม่ที่เรียกว่า รูปแบบจำลองลดรูป (empirical model or reduced model) ซึ่งใช้อธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ชัดเจนขึ้น โดยที่ค่า  $R^2$  เกือบไม่เปลี่ยนแปลง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4

#### การทดสอบแบบจำลองลดรูป (Empirical Model or Reduced Model)

การทดสอบรูปแบบจำลองลดรูป ได้ทำตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

##### 1. สร้างสมการโครงสร้าง (structural equation)

$$Z_1 = e_1$$

$$Z_2 = e_2$$

$$Z_3 = P_{31}Z_1 + P_{32}Z_2 + e_3$$

$$Z_4 = P_{43}Z_3 + e_4$$

$$Z_5 = P_{53}Z_3 + P_{54}Z_4 + e_5$$

##### 2. การคำนวณความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal correlation)

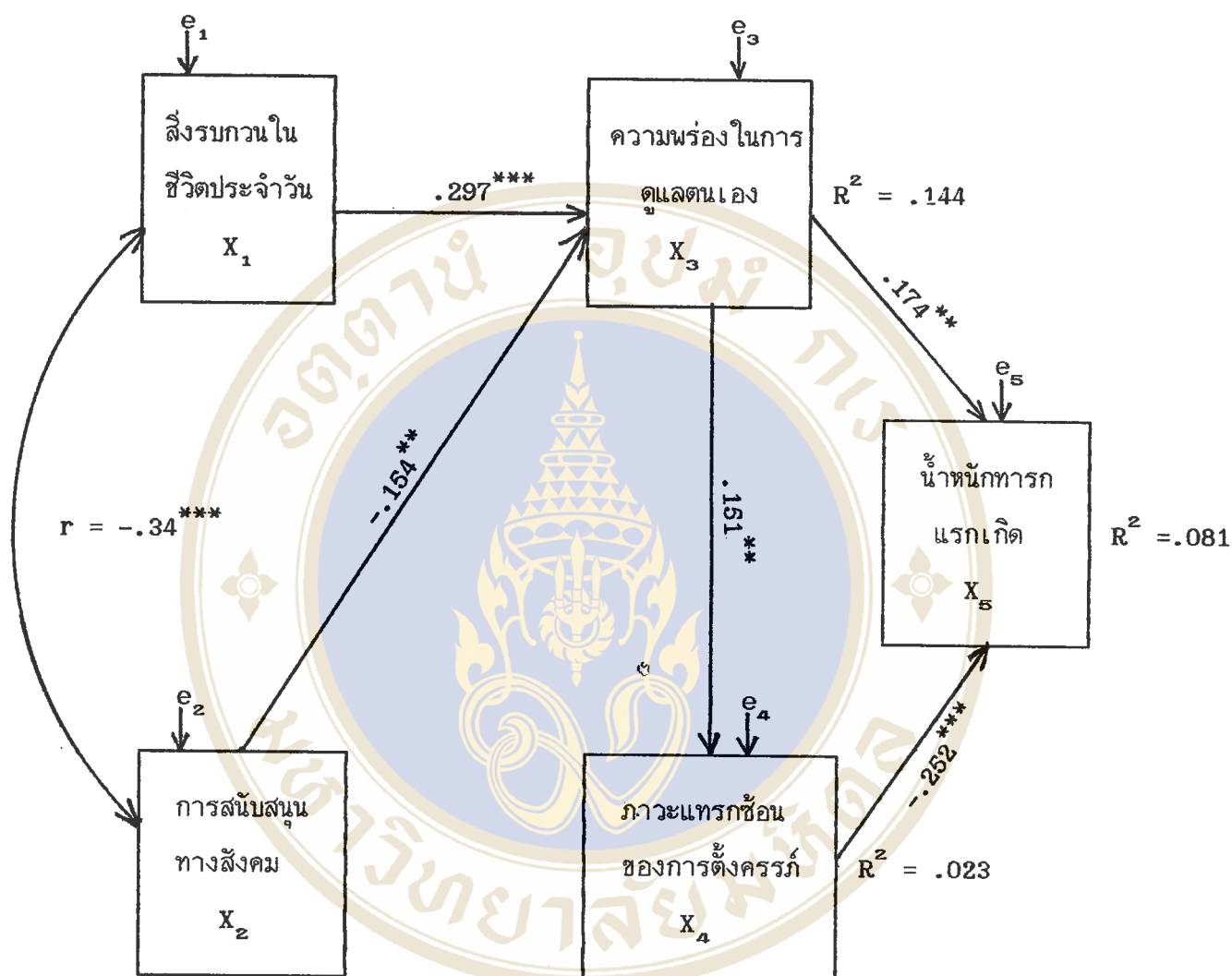
$$r_{ij} = \frac{\sum Z_i Z_j}{n}$$

รายละเอียดแสดงไว้ในภาคผนวก

3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการถดถอยพหุแบบบังคับตัวแปรเข้า (multiple regression : enter method) จะได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทาง (path coefficients) คือ ค่า partial standardized regression coefficients หรือค่า beta weight ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางของรูปแบบจำลองลดรูป ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4



Model II



\*\* p &lt; .01

\*\*\* p &lt; .001

แผนภูมิที่ 4 รูปแบบจำลองลดรูปแสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางของตัวแปรที่ศึกษา

4. นำค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทาง (path coefficients) แทนลงในสมการต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ทราบว่าตัวแปรที่ศึกษามีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลโดยตรง โดยอ้อม หรือเป็นความสัมพันธ์วง

5. เปรียบเทียบค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal correlation coefficients) ระหว่างรูปแบบจำลองตามสมมติฐาน (เต็มรูป) และรูปแบบจำลองลดรูป ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างแบบจำลองเต็มรูป และแบบจำลองลดรูป

| ความสัมพันธ์ของตัวแปร                                  | ค่าความสัมพันธ์ |               | ค่าความแตกต่าง |
|--------------------------------------------------------|-----------------|---------------|----------------|
|                                                        | แบบจำลองเต็มรูป | แบบจำลองลดรูป |                |
| สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันกับความพร้อมในการดูแลตนเอง     | .349            | .349          | .000           |
| สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ | .103            | .053          | .050           |
| การสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมในการดูแลตนเอง          | -.255           | -.255         | .000           |
| การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์      | -.065           | -.038         | .027           |
| ความพร้อมในการดูแลตนเองกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์  | .150            | .151          | .001           |
| ความพร้อมในการดูแลตนเองกับน้ำหนัการกแรกเกิด            | .140            | .136          | .004           |
| ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์กับน้ำหนัการกแรกเกิด        | -.226           | -.226         | .000           |

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของเส้นทางในแบบจำลองเต็มรูปและแบบจำลองลดรูป ทุกเส้นทางมีค่าความแตกต่างกันไม่เกิน 0.05 ซึ่งเป็นค่าแตกต่างที่ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (Pedhazur 1982 : 617) แสดงว่าข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนหรือสอดคล้องกับแบบจำลองลดรูป ซึ่งแบบจำลองลดรูปนี้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกับแบบจำลองเต็มรูป (ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์ 2527 : 97)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ( $R^2$ ) ของรูปแบบจำลองเส้นทางความสัมพันธ์

| ตัวแปรอิสระ                 | ตัวแปรตาม                   | $R^2$           | $R^2$         |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------|
|                             |                             | แบบจำลองเต็มรูป | แบบจำลองลดรูป |
| สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน    | ความพร้อมในการดูแลตนเอง     | .144            | .144          |
| การสนับสนุนทางสังคม         |                             |                 |               |
| ความพร้อมในการดูแลตนเอง     | ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ | .026            | .023          |
| ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ | น้ำหนักรากแรกเกิด           | .081            | .081          |
| ความพร้อมในการดูแลตนเอง     |                             |                 |               |

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของรูปแบบจำลองเส้นทางความสัมพันธ์ชนิดเต็มรูปและลดรูป มีค่าเท่ากันในส่วนของความพร้อมในการดูแลตนเองและน้ำหนักรากแรกเกิด ส่วนภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์นั้น ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของรูปแบบจำลองทั้งเต็มรูปและลดรูปใกล้เคียงกันมาก แบบจำลองเต็มรูปเท่ากับ .026 ส่วนแบบจำลองลดรูปมีค่าเท่ากับ .023

การทดสอบ goodness of fit ว่ารูปแบบจำลองลดรูปสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (observed data หรือ empirical data) ตามวิธีการของสเปคท์ (Specht, 1975 cited in Pedharzur 1982 : 619) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 H_o &= \text{Reduced model สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์} \\
 H_A &= \text{Reduced model ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์} \\
 W &= -(N - d) \log Q \dots\dots\dots(1) \\
 W &= \text{ค่าสถิติที่มีการกระจายใกล้เคียงกับไคสแควร์เมื่อตัวอย่างมีจำนวนมาก} \\
 N &= \text{จำนวนตัวอย่าง} \\
 d &= \text{จำนวนเส้นทางที่ลบออกจากรูปแบบเต็มรูป (full model)} \\
 Q &= \text{ค่าดัชนีความสอดคล้อง (measure of goodness of fit)} \\
 Q &= \frac{1 - R^2_{Fm}}{1 - R^2_{rm}} \dots\dots\dots(2) \\
 R^2_{Fm} &= 1 - (1 - R^2_1)(1 - R^2_2) \dots (1 - R^2_1) \dots (1 - R^2_p) \dots(3) \\
 R^2_{Fm} &= \text{squared multiple correlation coefficients ของเส้นทางที่ } i \\
 &\quad \text{หรือสมการที่ } i \text{ ในรูปแบบเต็มรูป} \\
 R^2_{rm} &= \text{squared multiple correlation coefficients ของเส้นทางที่ } j \\
 &\quad \text{ในรูปแบบลดรูป} \\
 &\quad \text{รายละเอียดการคำนวณอยู่ในภาคผนวก}
 \end{aligned}$$

ผลการทดสอบ goodness of fit ของรูปแบบจำลองเต็มรูปและแบบจำลองลดรูปแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบความสอดคล้องแบบจำลองเต็มรูปแบบกับแบบจำลองลดรูป โดยวิธีการของสเปคท์ (Specht 1975)

| ชนิดของแบบจำลอง | N    | R <sup>2</sup> | Q    | W     | ความสอดคล้องของรูปแบบ<br>จำลองกับข้อมูล |
|-----------------|------|----------------|------|-------|-----------------------------------------|
| เต็มรูป         | .284 | .234           |      |       |                                         |
|                 |      |                | .997 | .0003 | รูปแบบจำลองนี้สอดคล้องกับ               |
| ลดรูป           | .284 | .232           |      |       | ข้อมูล                                  |

$$W \chi^2, df2 = 5.99 \quad \alpha = .05$$

เนื่องจากค่า W ที่คำนวณได้น้อยกว่า  $\chi^2 df = 2$  จากตาราง จึงยอมรับ  $H_0$  ที่ระดับ  $\alpha = .05$  นั่นคือรูปแบบจำลองลดรูปสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของเส้นทาง (path coefficients or beta weight) ของรูปแบบจำลองลดรูป

| ตัวแปรอิสระ                 | ตัวแปรตาม                   | Beta     | T     | P Value |
|-----------------------------|-----------------------------|----------|-------|---------|
| สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน    | ความพร้อมในการดูแลตนเอง     | .297***  | 5.07  | < .001  |
| การสนับสนุนทางสังคม         | ความพร้อมในการดูแลตนเอง     | -.154**  | -2.63 | < .01   |
| ความพร้อมในการดูแลตนเอง     | ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ | .151**   | 2.56  | < .01   |
| ความพร้อมในการดูแลตนเอง     | น้ำหนัктารกแรกเกิด          | .174**   | 3.00  | < .01   |
| ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ | น้ำหนัктารกแรกเกิด          | -.252*** | -4.36 | < .001  |

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นถึงค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของตัวแปรที่ศึกษา ตามแบบจำลองลดรูป ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันกับความพร้อมในการดูแลตนเองสูงสุด คือ .297 (ตารางที่ 7) แสดงว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลนี้ มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) รองลงมาคือ ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์กับน้ำหนัктารกแรกเกิดเท่ากับ -.252 (ตารางที่ 7) แสดงว่าภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เป็นสาเหตุให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างความพร้อมในการดูแลตนเองกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์มีค่าน้อยที่สุดเท่ากับ -.151 (ตารางที่ 7) แสดงให้เห็นว่าความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

### ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานของรูปแบบจำลองทางทฤษฎีที่สร้างขึ้น มีทั้งหมด 8 ข้อ ข้อ 1 - 7 เป็นสมมติฐานที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางสุขภาพของการตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิด สำหรับสมมติฐานข้อที่ 8 เป็นการทำนายผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ โดยสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมในการดูแลตนเอง ผลการทดสอบสมมติฐานเสนอไว้ในตารางที่ 8 - 12 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้



ตารางที่ 8 อิทธิพลของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง

| ตัวแปรที่ศึกษา           | อิทธิพล<br>โดยตรง | อิทธิพล<br>โดยอ้อม | อิทธิพล<br>รวม | ความสัมพันธ์<br>ที่ไม่วิเคราะห์ | ความสัมพันธ์<br>ลง |
|--------------------------|-------------------|--------------------|----------------|---------------------------------|--------------------|
| สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน | .297***           | -                  | .297           | .052                            | -                  |
| การสนับสนุนทางสังคม      | -.154**           | -                  | -.154          | -.101                           | -                  |

\*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีอิทธิพลโดยตรงต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของเส้นทาง = .297 (ตารางที่ 8) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) เมื่อสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน ทำให้ความพร้อมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น .297 หน่วยมาตรฐาน ( $\beta = .297$ ) แสดงให้เห็นว่า หญิงมีครรภ์ที่ได้รับสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมากเป็นสาเหตุที่ทำให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองมาก ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1

การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของเส้นทาง = -.154 (ตารางที่ 8) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) เมื่อมีการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน ทำให้ความพร้อมในการดูแลตนเองลดลง .154 หน่วยมาตรฐาน ( $\beta = -.154$ ) แสดงให้เห็นว่า การที่หญิงมีครรภ์มีความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมมากเป็นสาเหตุที่ทำให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4

ตารางที่ 9 อิทธิพลของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมในการดูแลตนเอง ต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์

| ตัวแปรที่ศึกษา           | อิทธิพล<br>โดยตรง | อิทธิพล<br>โดยอ้อม | อิทธิพล<br>รวม | ความสัมพันธ์<br>ที่ไม่วิเคราะห์ | ความสัมพันธ์<br>ลง |
|--------------------------|-------------------|--------------------|----------------|---------------------------------|--------------------|
| สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน | -                 | .045               | .045           | .008                            | -                  |
| การสนับสนุนทางสังคม      | -                 | -.023              | -.023          | -.015                           | -                  |
| ความพร้อมในการดูแลตนเอง  | .151**            | -                  | .151           | -                               | -                  |

\*\*  $p < .01$

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า ความพร้อมในการดูแลตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของเส้นทาง = .151 (ตารางที่ 9) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) เมื่อมีความพร้อมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น .151 หน่วยมาตรฐาน ( $\beta = .151$ ) แสดงว่า เมื่อหญิงมีครรภ์มีความพร้อมในการดูแลตนเองมากเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น

สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีอิทธิพลต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์โดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเอง เมื่อมีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันร่วมกับภาวะความพร้อมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน ทำให้ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น .045 หน่วยมาตรฐาน ( $\beta = .045$ ) (ตารางที่ 9) สาเหตุโดยอ้อมนี้มีอิทธิพลน้อย แสดงว่าเมื่อหญิงมีครรภ์มีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมากจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองมาก อันจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์มากขึ้น ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานบางส่วน ของข้อที่ 2

การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์โดยอ้อมผ่านความ  
 พหุร่งในการดูแลตนเอง เมื่อมีการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับภาวะความพหุร่งในการดูแลตนเอง  
 เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน ทำให้ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ลดลง .023 หน่วยมาตรฐาน  
 ( $\beta = -.023$ ) (ตารางที่ 9) สาเหตุโดยอ้อมนี้มีอิทธิพลน้อย แสดงว่าเมื่อหญิงมีครรภ์มีความ  
 รู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพหุร่งในการ  
 ดูแลตนเองน้อย ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ลดลง ผลการศึกษานี้สนับสนุน  
 สมมติฐานบางส่วนข้อที่ 5

ตารางที่ 10 อิทธิพลของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพหุร่งในการ  
 ดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักของทารกแรกเกิด

| ตัวแปรที่ศึกษา              | อิทธิพล<br>โดยตรง | อิทธิพล<br>โดยอ้อม | อิทธิพล<br>รวม | ความสัมพันธ์<br>ที่ไม่วิเคราะห์ | ความสัมพันธ์<br>ลง |
|-----------------------------|-------------------|--------------------|----------------|---------------------------------|--------------------|
| สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน    |                   |                    |                |                                 |                    |
| ความพหุร่งในการดูแลตนเองกับ |                   |                    |                |                                 |                    |
| ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ | -                 | -.011              | -.011          | -.002                           | -                  |
| การสนับสนุนทางสังคม         |                   |                    |                |                                 |                    |
| ความพหุร่งในการดูแลตนเองกับ |                   |                    |                |                                 |                    |
| ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ | -                 | .010               | .010           | .004                            | -                  |
| ความพหุร่งในการดูแลตนเอง    | .174**            | -.038              | .136           | -                               | -                  |
| ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ | -.252***          | -                  | -.252          | -                               | .026               |

\*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อน้ำหนักของทารกแรกเกิด ได้แก่

1. ความพร้อมในการดูแลตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของเส้นทาง = .174 (ตารางที่ 10) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) เมื่อมีความพร้อมในการดูแลตนเองหรือความสามารถในการดูแลตนเองน้อยเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน ทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้น .174 หน่วยมาตรฐาน ( $\beta = .174$ ) นอกจากนี้ความพร้อมในการดูแลตนเองยังมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของเส้นทาง = .038 ( $\beta = -.038$ ) แสดงว่าเมื่อหญิงมีครรภ์มีความพร้อมในการดูแลตนเองมากขึ้นจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงขึ้น ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 7

2. ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์มีอิทธิพลโดยตรงต่อน้ำหนักของทารกแรกเกิดมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของเส้นทาง = -.252 (ตารางที่ 10) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน ทำให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดลดลง .252 หน่วยมาตรฐาน ( $\beta = -.252$ ) แสดงว่า เมื่อหญิงมีครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เป็นสาเหตุที่ทำให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดลดน้อยลง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด ได้แก่

1. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีอิทธิพลต่อน้ำหนักของทารกแรกเกิดโดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ เมื่อมีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันร่วมกับมีภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง และภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน ทำให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดลดลง = .011 หน่วยมาตรฐาน ( $\beta = -.011$ ) (ตารางที่ 10) สาเหตุโดยอ้อมนี้มีอิทธิพลน้อยมาก แสดงว่าเมื่อหญิงมีครรภ์มีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมากเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองมาก ซึ่งเป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์มาก อันส่งผลให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดลดน้อยลง

จากผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีอิทธิพลต่อน้ำหนักของทารกโดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาที่ได้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3

2. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อน้ำหนักของทารกแรกเกิด โดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเอง และภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ เมื่อมีการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับมีภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง และภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน ทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น .010 หน่วยมาตรฐาน ( $\beta = .010$ ) (ตารางที่ 10) สาเหตุโดยอ้อมนี้มีอิทธิพลน้อยมาก แสดงว่า เมื่อหญิงมีครรภ์มีความรู้สึกรังเกียจต่อพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมมาก เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย ซึ่งส่งผลให้ หญิงมีครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ลดลง อันจะส่งผลให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดเพิ่มมากขึ้น

จากผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลอ้อมต่อน้ำหนักของทารกแรกเกิด โดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ซึ่ง ผลการศึกษาที่ได้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 6

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ( $R^2$ ) ของรูปแบบเส้นทางความสัมพันธ์ของแบบจำลองลดรูป

| ตัวแปรอิสระ                 | ตัวแปรตาม                   | $R^2$<br>ลดรูป | F<br>ลดรูป | P      |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|------------|--------|
| สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน    | ความพร้อมในการดูแลตนเอง     | 14.4           | 23.58      | < .001 |
| การสนับสนุนทางสังคม         |                             |                |            |        |
| ความพร้อมในการดูแลตนเอง     | ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ | 2.3            | 6.57       | < .01  |
| ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ | น้ำหนักทารกแรกเกิด          | 8.1            | 12.32      | > .001 |
| ความพร้อมในการดูแลตนเอง     |                             |                |            |        |

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันและการสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14.4 โดยมี

สำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันสามารถอธิบายความแปรปรวนของความพร่องในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 12.3 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 39.41, p < .001$ ) การสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของความพร่องในการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นได้อีกร้อยละ 2.1 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 23.58, p < .001$ )

ความพร่องในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 2.3 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 6.57, p < .01$ )

ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และความพร่องในการดูแลตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของน้ำหนัктารกแรกเกิดได้ร้อยละ 8.1 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยที่ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของน้ำหนัктารกแรกเกิดได้ร้อยละ 5.1 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 15.20, p < .001$ ) ความพร่องในการดูแลตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของน้ำหนัктารกแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 12.32, p < .001$ )

ผลการศึกษาทั้งหมดสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 8

ตารางที่ 12 สรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรที่ศึกษาในแบบจำลองลดรูป

| ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล       | อิทธิพล<br>โดยตรง | อิทธิพล<br>โดยอ้อม | อิทธิพล<br>รวม | ความสัมพันธ์<br>ที่ไม่วิเคราะห์ | ความสัมพันธ์<br>ลง |
|---------------------------------|-------------------|--------------------|----------------|---------------------------------|--------------------|
| สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน กับ    |                   |                    |                |                                 |                    |
| ความพร้อมในการดูแลตนเอง         | .297              | -                  | .297           | .052                            | -                  |
| สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน กับ    |                   |                    |                |                                 |                    |
| ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์     | -                 | .045               | .045           | .008                            | -                  |
| สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน        |                   |                    |                |                                 |                    |
| ความพร้อมในการดูแลตนเอง         |                   |                    |                |                                 |                    |
| ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์     |                   |                    |                |                                 |                    |
| น้ำหนักทารกแรกเกิด              | -                 | -.011              | -.011          | -.002                           | -                  |
| การสนับสนุนทางสังคม กับ         |                   |                    |                |                                 |                    |
| ความพร้อมในการดูแลตนเอง         | -.154             | -                  | -.154          | -.101                           | -                  |
| การสนับสนุนทางสังคม กับ         |                   |                    |                |                                 |                    |
| ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์     | -                 | -.023              | -.023          | -.015                           | -                  |
| การสนับสนุนทางสังคม             |                   |                    |                |                                 |                    |
| ความพร้อมในการดูแลตนเอง         |                   |                    |                |                                 |                    |
| ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์     |                   |                    |                |                                 |                    |
| น้ำหนักทารกแรกเกิด              | -                 | .010               | .010           | .004                            | -                  |
| ความพร้อมในการดูแลตนเอง กับ     |                   |                    |                |                                 |                    |
| ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์     | .151              | -                  | .151           | -                               | -                  |
| ความพร้อมในการดูแลตนเอง กับ     |                   |                    |                |                                 |                    |
| น้ำหนักทารกแรกเกิด              | .174              | -.038              | .136           | -                               | -                  |
| ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ กับ |                   |                    |                |                                 |                    |
| น้ำหนักทารกแรกเกิด              | -.252             | -                  | -.252          | -                               | .026               |

จากตารางที่ 13 สรุปให้เห็นถึงค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษาในรูปแบบจำลองลดรูป ซึ่งจะเป็นความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลโดยตรง โดยอ้อม โดยรวม ความสัมพันธ์ที่ไม่วิเคราะห์ และความสัมพันธ์ลง

### การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยจะอภิปรายในหัวข้อต่อไปนี้ คือ สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ น้ำหนักทารกแรกเกิด ตัวแปรที่สัมพันธ์และทำนาย ภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง ตัวแปรที่สัมพันธ์และทำนายภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ตัวแปรที่สัมพันธ์และทำนายน้ำหนักทารกแรกเกิด

### สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน

คะแนนค่าเฉลี่ยของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างต่ำ ( $\bar{X} = 17.83$ ,  $SD = 10.20$ ,  $range = 0 - 49$ ) มีระดับใกล้เคียงกับการศึกษาของเดอลองกิสและคณะ (DeLongis et al. 1988) ที่ศึกษาในคู่สมรสปกติ จำนวน 75 คู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันค่อนข้างต่ำเช่นกัน ( $\bar{X} = 16.26$ ,  $SD = 10.87$ ) การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันค่อนข้างต่ำ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ทำการศึกษาเป็นหญิงที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก และเป็นการตั้งครรภ์ที่ปกติ การมีบุตรคนแรกย่อมเป็นที่ต้องการของสามีและสมาชิกในครอบครัว จึงได้รับการเอาใจใส่ดูแลและได้รับการช่วยเหลือจากสามีและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย แม้ว่าบางส่วนเป็นครอบครัวเดี่ยว แต่ก็อยู่ใกล้ ๆ กับครอบครัวเดิม ซึ่งอาจเป็นครอบครัวของสามีหรือของหญิงมีครรภ์เอง ทำให้หญิงมีครรภ์เกิดความอบอุ่นใจ มีกำลังใจ และมีความภูมิใจต่อการมีบุตร ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า หญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่ต้องการมีบุตร การที่หญิงมีครรภ์ได้รับการช่วยเหลือจากสามีและมารดา จะทำให้หญิงมีครรภ์ประเมินสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันลดน้อยลง ช่วยให้หญิงมีครรภ์มีการรับรู้ต่อภาวะเครียดน้อยลง (Cohen & Wills 1985) ในด้านอาชีพของหญิงมีครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นอาชีพแม่บ้าน รองลงมาคือรับจ้าง อาชีพรับจ้างที่พบมาก ได้แก่ เย็บผ้า แกะสลัก เลี้ยงเด็ก ซารามิค งานปักต่าง ๆ ลักษณะงานเหล่านี้ไม่รีบเร่ง งานที่ไม่สร้างความคิดหรือความวิตกกังวลใด ๆ มากนัก สำหรับงานแม่บ้าน ลักษณะงานเป็นอิสระขึ้นอยู่กับการจัดการของแม่บ้านแต่ละคนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หญิงมีครรภ์ถือว่า งานแม่บ้านเป็นหน้าที่ที่รับผิดชอบที่จะต้องทำ จึงไม่คิดว่าเป็นสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมากนัก เมื่อว่างจากการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในบ้านก็มีเวลาพักผ่อน

มาก นอกจากนั้นลักษณะการดำเนินชีวิตของหญิงทางภาคเหนือส่วนใหญ่จะเรียบง่าย ใจเย็น ไม่ค่อยพูด จากลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันค่อนข้างต่ำ

ในการศึกษาค้นพบว่า สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันของหญิงมีครรภ์ที่มากที่สุด คือ สิ่งรบกวนจากสิ่งแวดล้อม เช่น อากาศร้อน เสียงดัง เป็นต้น รองลงมาคือ สิ่งรบกวนจากเพื่อนบ้าน การสูบบุหรี่ของสามี การดื่มเหล้าของสามี การหาเงินให้เพียงพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในบ้าน และเก็บสำรองไว้เป็นค่าใช้จ่ายในการคลอดและการเลี้ยงดูบุตร สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่กำลังมานี้ ส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่รบกวนที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ใกล้ชิดคือสามี ดังนั้นพยาบาลในหน่วยฝากครรภ์ควรจะต้องชี้แจงให้สามีเข้าใจว่าการปฏิบัติตัวในระหว่างที่รรมามีครรภ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และปัญหาด้านเงินทองนั้น ก่อให้เกิดความเครียดแก่หญิงมีครรภ์ได้ ดังนั้น บุคคลที่เป็นสามีจึงมีความสำคัญในการช่วยให้หญิงมีครรภ์มีความเครียดน้อยที่สุด

การวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ได้ทำการวัด 2 ครั้ง คือ ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ 24 - 28 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 36 - 39 สัปดาห์ ทดสอบความสัมพันธ์ของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันทั้ง 2 ครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = .74 ( $P < .001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดอลองกิสและคณะ (DeLongis et al. 1988) ที่ทำการวัดสิ่งรบกวนในชีวิต 2 ครั้งในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 5 ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = .72 ( $P < .01$ ) แสดงให้เห็นว่าสิ่งรบกวนในชีวิตมีความคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงแม้อายุครรภ์จะเพิ่มขึ้น และในการศึกษาค้นครั้งนี้ใช้ข้อมูลของสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่วัดครั้งแรกมาวิเคราะห์ เนื่องจากต้องการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อดูความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของตัวแปรที่ศึกษา

#### การสนับสนุนทางสังคม

คะแนนค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม ของสามีและมารดา ค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 117.54$ ,  $SD = 11.51$ ,  $range = 30 - 132$ ) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากสามีกับมารดา

ใกล้เคียงกัน (สามมี  $\bar{X} = 59.05$ ,  $SD = 6.93$  ; มารดา  $\bar{X} = 58.49$ ,  $SD = 6.84$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา บุญทับ (2534) ที่ศึกษาหญิงมีครรภ์ปกติในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมเช่นเดียวกับการศึกษาคั้งนี้ พบว่ากลุ่มหญิงมีครรภ์ประเมินการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง แต่การสนับสนุนที่ได้รับจากสามีจะสูงกว่ามารดา (สามมี  $\bar{X} = 55.92$ ,  $SD = 7.75$  ; มารดา  $\bar{X} = 49.48$ ,  $SD = 9.9$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสมร ภูมณสกุล ที่ศึกษาหญิงมีครรภ์ปกติที่โรงพยาบาลรามารัตินดี โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมเช่นเดียวกับการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มหญิงมีครรภ์ประเมินการสนับสนุนทางสังคมสูงเช่นเดียวกัน โดยที่การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากสามีและมารดาใกล้เคียงกัน (สามมี  $\bar{X} = 59.18$ ,  $SD = 8.81$  ; มารดา  $\bar{X} = 59.22$ ,  $SD = 8.03$ ) จากการที่หญิงมีครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับค่อนข้างสูงคล้ายคลึงกันนี้ เนื่องจากสังคมไทยเป็นลักษณะที่มีความผูกพันกันภายในเครือข่ายค่อนข้างหนาแน่น ในสภาวะการณ์ของการตั้งครรภ์ สามมีซึ่งเพิ่งจะมีบุตรเป็นคนแรกย่อมต้องเอาใจใส่ดูแล และคอยให้การช่วยเหลือในสิ่งที่หญิงมีครรภ์ต้องการ มารดาจะมีบทบาทในการเป็นตัวอย่างที่ดี คอยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่หญิงมีครรภ์และช่วยเหลือหญิงมีครรภ์ จึงทำให้หญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่ประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากสามีและมารดาค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้พบว่าแหล่งการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญคือสามีกับมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรัก ความอบอุ่น และการช่วยเหลือจากสามีกับมารดาไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้การศึกษาคั้งนี้ก็ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เคมพ์และแฮทเมคเกอร์ (Kemp & Hatmaker 1989 : 331 - 336) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงกับหญิงมีครรภ์ปกติ จำนวน 39 ราย โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการสนับสนุนของบราวน์ (Brown 1986) เช่นเดียวกัน พบว่ากลุ่มหญิงมีครรภ์ปกติประเมินการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูงเช่นเดียวกัน แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะประเมินการสนับสนุนที่ได้รับจากสามีต่ำกว่าการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่สามี (สามมี  $\bar{X} = 45.65$ ,  $SD = 19.14$  ; บุคคลอื่น  $\bar{X} = 51.20$ ,  $SD = 9.01$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและมีความแตกต่างกันในแง่ของสังคมและวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างเอง

การประเมินพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและมารดา ทำการประเมิน 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 24 - 28 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 36 - 39 สัปดาห์ ทดสอบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม 2 ครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = .66  $P < .001$ ) แสดงให้เห็นว่า หญิงมีครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและมารดา ไม่เปลี่ยนแปลง แม้อายุครรภ์จะมากขึ้นก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ข้อมูลการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและมารดาครั้งแรกมาวิเคราะห์ เนื่องจากต้องการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อดูความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของตัวแปรที่ศึกษา

#### ความพร้อมในการดูแลตนเอง

คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างต่ำ ( $\bar{X} = 36.94$ ,  $SD = 8.73$ , range 14 - 61) แสดงว่าหญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย หรือมีความสามารถในการดูแลตนเองดี เนื่องจากความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem 1991 : 173) ดังนั้นในการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา บุญทับ (2534) และ ศรีสมร ภูมณสกุล (2535) ที่พบว่าหญิงมีครรภ์มีความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง

การที่หญิงมีครรภ์ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองค่อนข้างต่ำนั้นอาจจะเป็น เพราะอยู่ในระยะตั้งครรภ์แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างมาก แต่หญิงมีครรภ์ก็มีการปรับตัวและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น เพื่อสนอง ต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ประกอบกับทางโรงพยาบาล แม่และเด็กจัดอบรมความรู้ให้แก่หญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ 2 ครั้ง หญิงมีครรภ์ทุกคนที่มาฝากครรภ์ จะต้องผ่านการอบรมความรู้ที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ โดยในครั้งแรกเริ่มเมื่อมีการฝากครรภ์ครั้งแรก ซึ่งมีอายุครรภ์ต่ำกว่า 28 สัปดาห์ ซึ่งจะทำให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติและการดำเนินการ ตั้งครรภ์ ความสำคัญและประโยชน์ของการฝากครรภ์ การปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์เกี่ยวกับ อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพอนามัยทั่วไป และอาการผิดปกติที่ต้อง มาตรวจก่อนนัด โดยจัดอบรมความรู้ทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์เช้า สำหรับหญิงมีครรภ์ที่มีอายุมาก

กว่า 28 สัปดาห์ขึ้นไป จะให้ความรู้เกี่ยวกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์จนถึงคลอด การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอาหาร อาการผิดปกติ อาการเจ็บครรภ์จริงและเจ็บครรภ์เตือน การเตรียมตัวก่อนมาโรงพยาบาล การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ตลอดจนการสร้างความผูกพันในระยะแรกหลังคลอด โดยจัดสอนทุกวันอังคารและพฤหัสบดีเช้า ดังนั้นความรู้ที่ได้รับนี้ทำให้หญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้ง แสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่ในตัวเอง สามารถใช้เหตุผลในการตัดสินใจมารับการตรวจครรภ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อตัวเองและทารกในครรภ์ แม้ว่าบางครั้งจะเกิดความเบื่อในการนั่งรถหรือรอตรวจก็ตาม จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดทุกครั้งนี้ก็สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ว่า หญิงมีครรภ์จะต้องได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง (แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2535) นอกจากนี้จากการที่หญิงมีครรภ์มีความรู้ลึกซึ้งพอใจต่อพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและมารดา ทำให้หญิงมีครรภ์สามารถเรียนรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองภายใต้ขนบธรรมเนียมและประเพณีของหญิงมีครรภ์ ก่อให้เกิดการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายเพื่อผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนแนวคิดของโอเร็มที่ว่า การดูแล ตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลวิเริ่มกระทำขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของตน และเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของสังคม (Orem 1991 : 117 - 121)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลตนเองในระดับสูงสุดเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ ตามลำดับดังนี้

1. ความพร้อมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรักษาไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายในเรื่องของการออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายจะทำให้ระบบไหลเวียนของโลหิตในร่างกายเป็นไปได้ดี ช่วยให้การทำงานของระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายดีขึ้น ลดการเกิดอาการท้องผูก ส่งเสริมให้กล้ามเนื้อต่าง ๆ ของร่างกายมีความแข็งแรง และช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดจากงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกายเลยเนื่องจากเหตุผลคือ การทำงานบ้านก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ไม่

ทราบวิธีการออกกำลังกายและประโยชน์ของการออกกำลังกาย ไม่มีเวลาเนื่องจากทำงานมาเหนื่อยแล้ว และกลัวว่าการออกกำลังกายจะเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์

2. ความพร้อมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในระยะพัฒนาการของชีวิตในขณะตั้งครรภ์ คือการป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในขณะตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งจักรยานหรือจักรยานยนต์เป็นประจำทุกวัน เพราะต้องไปซื้อของที่ตลาดหรือไปทำงาน

3. ความพร้อมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ปกติหญิงมีครรภ์จะต้องรับประทานอาหารในปริมาณและคุณค่าที่เพียงพอในระยะตั้งครรภ์ การรับประทานอาหารประเภทแป้งหรือไขมันมากเกินไปจะทำให้น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น เกิดอาการท้องอืด ท้องผูก และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารพวกแป้งและไขมันมากเกินไป โดยรับประทานอาหารข้าวเหนียวทั้ง 3 มื้อ แต่ละมื้อรับประทานจำนวนมากเพราะเข้าใจว่าจะต้องเผื่อทารกที่อยู่ในครรภ์ด้วย สำหรับอาหารไขมันส่วนใหญ่ชอบเนื้อติดมันทอด

4. ความพร้อมในการดูแลตนเองเรื่องการรักษาส่งเสริมสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลความสะอาดของเหงือกและฟัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการตั้งครรภ์ทำให้เกิดปัญหาฟันผุ เหงือกอักเสบและเลือดออกตามไรฟันได้ง่าย จึงควรได้รับการตรวจรักษาและดูแลจากทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจฟันในระยะตั้งครรภ์ ปัญหาที่พบคือ ฟันผุแล้วไม่อุดฟัน และมีเลือดออกตามไรฟัน เมื่อเกิดอาการปวดฟันก็จะรับประทานยาแก้ปวด และเมื่อมีเลือดออกก็จะบ้วนปากด้วยน้ำเปล่าหรืออมน้ำเกลือ

5. ความพร้อมในการดูแลตนเองในเรื่องการดูแลร่างกายให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ในปริมาณที่เพียงพอ ไม่อยู่ในสถานที่แออัดหรือที่มีคนมาก ๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปตลาดเป็นประจำทุกวัน ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะบ่อย ๆ

6. ความพร้อมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ หญิงมีครรภ์จะต้องรู้จักการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นอาการที่นำไปสู่อาการที่รุนแรงขึ้นและเป็นอันตรายต่อชีวิตของหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการบวมบริเวณเท้าทั้ง 2 ข้าง บางครั้งมีบวมที่มือด้วย โดยที่ไม่ได้สังเกตว่าบวมนานเท่าไร เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญของการบวมที่เกิดขึ้นมักจะปล่อยให้หายเอง ไม่ทราบสาเหตุและวิธีแก้ไข เพื่อลดอาการบวมที่เกิดขึ้น จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการบวมที่เท้ามาก คือกลุ่มตัวอย่างชอบนั่งห้อยขาอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ เพราะคิดว่าเป็นท่านั่งที่สบายที่สุด

7. ความพร้อมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการโดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับความกลัวต่อการคลอด เนื่องจากการตั้งครรภ์ครั้งแรกไม่เคยมีประสบการณ์จากการคลอดมาก่อน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความกลัวต่อการคลอดมากและลดความกลัวต่อการคลอดโดยถามผู้ที่มีประสบการณ์การคลอดมาแล้ว ซึ่งก็ช่วยลดความกลัวต่อการคลอดได้เป็นบางครั้ง นอกจากนี้ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะความพิการแต่กำเนิด หญิงมีครรภ์ลดความวิตกกังวลของตนเองโดยการปรึกษาผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อน ได้แก่ แม่และญาติพี่น้อง พร้อมทั้งปลอบใจตัวเองว่าไม่ได้ทำผิดอะไร ดังนั้นทารกในครรภ์จะต้องแข็งแรงและสมบูรณ์

แม้ว่าความพร้อมในการดูแลตนเองในประเด็นต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่กล่าวมาแล้วนั้น ไม่ได้ทำให้เกิดอันตรายที่รุนแรงแก่หญิงมีครรภ์ แต่ก็มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ และส่งผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดได้ ดังนั้นพยาบาลในหน่วยฝากครรภ์เมื่อประเมินพบว่าหญิงมีครรภ์มีความพร้อมในการดูแลตนเองในเรื่องใดก็จะต้องมีหน้าที่ในการวางแผนให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา หรือทดแทนในส่วนที่ขาดไปให้แก่หญิงมีครรภ์ เพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีแก่หญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์

### ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์

คะแนนเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ค่อนข้างต่ำ ( $\bar{X} = 1.53$ ,  $SD = 1.52$ , range 0 - 8 ) สำหรับการประเมินภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้น มีดังนี้

1. ภาวะโลหิตจาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีฮีโมโกลบินในระดับปกติคือ มากกว่า 10 กรัมต่อ 100 ซี.ซี. มีจำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 88.7 ฮีโมโกลบินระหว่าง 8 - 10 กรัมต่อ 100 ซี.ซี. มีจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 11.3 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 8 กรัมต่อ 100 ซี.ซี.

2. ภาวะไข่ขาวหรือน้ำตาลในปัสสาวะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีไข่ขาวหรือน้ำตาลในปัสสาวะเลย จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 91.5 มีไข่ขาวหรือน้ำตาลในปัสสาวะระดับ + 1 จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5 และมีไข่ขาวหรือน้ำตาลในปัสสาวะระดับ + 2 จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 4.9

3. การเพิ่มของน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเพิ่มของน้ำหนักตัวในระดับปกติคือ 500 กรัมต่อสัปดาห์ มีจำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 53.6 น้ำหนักตัวที่เพิ่มมากกว่า 1,000 กรัมต่อสัปดาห์ มีจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 24.6 และการเพิ่มของน้ำหนักตัวที่น้อยกว่า 1,000 กรัมต่อเดือนหรือน้ำหนักลดในขณะตั้งครรภ์มีจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 21.8

4. ภาวะความดันโลหิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตปกติในระดับปกติคือ 120/80 มม.ปรอทหรือน้อยกว่า มีจำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 89.8 ความดันโลหิตสูงกว่า 120/80 มม.ปรอทและน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท มีจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 ความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มม.ปรอท มีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 8

5. อาการบวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการบวมเลย จำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 มีบวมบริเวณปลายเท้าและขา จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 19 และมีอาการบวมบริเวณแขนขา ใบหน้า มือ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2

6. การมีเลือดออกทางช่องคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดเลย จำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 98.9 มีเลือดออกเมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า 28 สัปดาห์ 2 คน คิดเป็นร้อยละ .7 และมีเลือดออกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ .4

7. อายุครรภ์จนถึงคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด คือ ระหว่าง 37 - 42 สัปดาห์ จำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 88 อายุครรภ์ที่น้อยกว่า 37 สัปดาห์ มีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 10.6 และอายุครรภ์มากกว่า 42 สัปดาห์ มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ค่อนข้างต่ำ อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่พบว่ามีจำนวนมากที่สุดก็คือ การเพิ่มของน้ำหนักตัว ในขณะที่ตั้งครรภ์และอาการบวม ซึ่งเป็นอาการที่จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่สำคัญคือ พินแท่งครรภ์ อาการเหล่านี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำ ให้ความรู้แก่หญิงมีครรภ์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการของพินแท่งครรภ์ขึ้นรุนแรง อันจะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ได้

การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ค่อนข้างต่ำนั้น เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเฉพาะเจาะจงข้อหนึ่งคือ เป็นหญิงครรภ์แรกและมีการตั้งครรภ์ปกติ ดังนั้นภาวะแทรกซ้อนที่พบจึงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น ซึ่งพบได้น้อยแสดงให้เห็นว่าการตั้งครรภ์แม้ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ที่ปกติในระยะแรก แต่ก็อาจจะพบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์มีลักษณะสลับซับซ้อน ทำให้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงที่เป็นกระบวนการของการเกิดโรคได้ ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดของพริทชาร์ดและแมคโดนัลด์ (Pritchard & MacDonald 1985)

### น้ำหนักทารกแรกเกิด

น้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกเกิดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค่อนข้างสูงเล็กน้อย ( $\bar{X}$  = 2,987.43 กรัม SD = 378.74, range 1,500 - 3,810 กรัม) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักมากกว่า 3,000 กรัมขึ้นไป มี 144 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.7 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ว่า ให้ทารกแรกเกิดร้อยละ 70 มีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 3,000 กรัม แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับข้อมูลที่สำรวจของกรมอนามัยครอบคลุมในปี 2533 ที่พบว่าในจังหวัดเชียงใหม่ ทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 3,000 กรัมขึ้นไปมีร้อยละ 53.97 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม มี 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.1 ซึ่งในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นพบว่ามีทารกคลอดทั้งหมด 2,892 ราย แต่มีทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมเท่ากับ 312 ราย ดังนั้นจำนวนทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมยังสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ว่า ให้ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีไม่เกินร้อยละ 7 อย่างไรก็ตามการศึกษานี้โดยทั่วไปแล้วน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม นั้นต่ำกว่าจากการสำรวจของกองอนามัยครอบคลุมในปี 2533 ที่พบว่าทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีร้อยละ 14.48 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษานี้ได้ศึกษาเฉพาะหญิงมีครรภ์ที่มีการตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัญหาน้ำหนักทารกแรกเกิดยังเป็นปัญหาที่สำคัญของการอนามัยแม่และเด็ก ดังนั้นพยาบาลในหน่วยฝากครรภ์มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ คำแนะนำ ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ เพื่อให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดเป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข

### ตัวแปรที่สัมพันธ์และทำนายภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีอิทธิพลโดยตรงต่อความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (path coefficients = .297,  $p < .001$ ) (ตารางที่ 10) และสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันสามารถอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 12.3 แสดงว่า หญิงมีครรภ์ที่ได้รับสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมาก เป็นเหตุให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่หญิงมีครรภ์มีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมาก จะทำให้มีอาการแปรปรวน หงุดหงิด ระดับความรู้ สติปัญญา ความจำ ความสนใจ และสมาธิเสียไป มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อย กระบวนการทางความคิดถูกรบกวน ซึ่งจะมีผลกระทบต่อความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง การใช้เหตุผลและการตัดสินใจในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เป็นผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ เป็นผลให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง การที่มีความเครียดเกิดขึ้นจะทำให้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเพิ่มมากขึ้นเพื่อบรรเทาจากความเครียด ดังนั้นหญิงมีครรภ์ที่มีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมากจะเกิดความเครียดมาก เป็นผลให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองมากขึ้น

การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและมารดา มีอิทธิพลโดยตรงต่อความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (path coefficients = -.154,  $p < .01$ ) (ตารางที่ 10) และการสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมในการดูแลตนเองได้เพิ่มอีกร้อยละ 2.1 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะเป็นผลให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย หรืออีกนัยหนึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก เป็นผลให้หญิงมีครรภ์มีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หญิงมีครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและมารดา ทำให้ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับการแบ่งเบาภาระต่าง ๆ ทำให้มีกำลังใจในการนำความรู้และทักษะที่มีอยู่ไปปรับกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อควบคุมหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่จะต้องสนองต่อความต้องการของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Coyne & DeLongis 1986 : 445) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้หญิงมีครรภ์มีความเข้าใจ มีความสามารถและทักษะในการเรียนรู้มากขึ้น มีความสามารถในการใช้เหตุใช้ผล มีทักษะในการตัดสินใจและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น เกิดเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการทบทวนในครรภ์

เกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม หญิงมีครรภ์รู้สึกมีความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าทั้งต่อตัวเอง ครอบครัว และสังคม ส่งผลให้หญิงมีครรภ์มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี ดังนั้น หญิงมีครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีผลในการเพิ่มความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้เป็นผลให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยหรือไม่เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮับบาร์ดและคณะ (Hubbard et al. 1984) มูห์เลนแคมป์ และเซย์เลส (Muhlenkamp & Sayles 1986) สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul S. 1988) จิรภา พงษ์ตระกูล (2532) กาญจนา บุญทับ (2534) ศรีสมร ภูมณสกุล (2535) และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535) ผลการศึกษาก็สนับสนุนแนวคิดของโอเร็มเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมทำให้ได้รับความรู้ ทำให้มีความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง มีความรู้สึกปลอดภัยและได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ ซึ่งจะช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem 1991 : 71)

#### ตัวแปรที่สัมพันธ์และทำนายภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์

ความพร้อมในการดูแลตนเอง มีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ (path coefficients = .151) (ตารางที่ 9) และความพร้อมในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 2.3 แสดงว่าหญิงมีครรภ์ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองมากเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์มาก ทั้งนี้อธิบายได้ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1991) ที่ว่า การดูแลตนเองมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน เมื่อหญิงมีครรภ์เกิดความพร้อมในตนเองเนื่องจากไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดได้ จึงทำให้การทำหน้าที่และโครงสร้างของร่างกายผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ซึ่งต้องการการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาลต่อไป

สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีอิทธิพลต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์โดยอ้อมผ่านความพร่องในการดูแลตนเอง ( $\beta = .045$ ) (ตารางที่ 9) แสดงว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันเป็นเหตุให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984) และโคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills 1985) ที่ว่า สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันทำให้บุคคลเกิดความเครียด เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยามากขึ้น และรบกวนต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้มีการหดตัวของเส้นเลือดต่าง ๆ ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง อันจะส่งผลต่อการปรับตัวของร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลมีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง การควบคุมการทำงานของร่างกายและการใช้เหตุผลและการตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง เป็นผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง อันส่งผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นั่นคือเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และอันตรายแก่ทั้งผู้มีครรภ์และทารกในครรภ์ได้ (Minkoff & Schwartz 1980; Pillitteri 1981; Picone et al. 1982) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนัคคอลลส์และคณะ (Nuckolls et al. 1971) และนอร์เบคและทิลเดน (Norbeck & Tilden 1983) ที่พบว่าภาวะเครียดในชีวิต (life stress) มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์

การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์โดยอ้อมผ่านความพร่องในการดูแลตนเอง ( $\beta = -.023$ ) (ตารางที่ 9) แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นเหตุให้ความพร่องในการดูแลตนเองลดน้อยลง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ลดลง ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของโคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills) ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ โดยทำให้การทำงานของต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรคมีการทำงานที่ปกติ ทำให้มีอารมณ์มั่นคง สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ มีความสามารถในการใช้เหตุใช้ผล มีทักษะในการตัดสินใจและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดี มีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ เป็นผลให้ความ

พร้อมในการดูแลตนเองลดลง อันจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของหญิงมีครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นัคคอลลส์และคณะ (Nuckolls et al. 1972) และนอร์เบคและทิลเดน (Norbeck & Tilden 1983) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีผลโดยตรงต่อภาวะแทรกซ้อนและไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงสนับสนุนสมมติฐานในส่วนที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์โดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเอง

#### ตัวแปรที่สัมพันธ์และทำนายน้ำหนัктารกแรกเกิด

ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์มีอิทธิพลทางลบโดยตรงต่อน้ำหนัктารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (path coefficients =  $-0.252$ ,  $p < .001$ ) (ตารางที่ 10) และภาวะแทรกซ้อนสามารถอธิบายความแปรปรวนของน้ำหนัктารกแรกเกิดได้ร้อยละ 5.1 แสดงว่า ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เป็นสาเหตุให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักลดลง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่มีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ จะเป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการนำออกซิเจนและอาหารจากมารดาไปสู่ทารกในครรภ์ มีผลทำให้เกิดอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ (กำแหง จาตุรจินดา และคณะ 2530; Babak & Jensen 1991)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และน้ำหนัктารกแรกเกิด โดยแบ่งคะแนนภาวะแทรกซ้อนออกเป็น 4 กลุ่ม คือกลุ่มคะแนน 0 = ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเลย กลุ่มคะแนน 1 - 2 = มีภาวะแทรกซ้อนน้อย กลุ่มคะแนน 3 - 6 = มีภาวะแทรกซ้อนปานกลาง และกลุ่มคะแนน  $>7$  = มีภาวะแทรกซ้อนมาก พบว่าระดับคะแนนของภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกเกิด ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของน้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกเกิดและระดับคะแนนภาวะแทรกซ้อน ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 วิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของน้ำหนักร่งตัวของทารกแรกเกิดและกลุ่มคะแนนภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์

| Score | N   | X       | MS <sub>B</sub> | MS <sub>R</sub> | F     | P    |
|-------|-----|---------|-----------------|-----------------|-------|------|
| 0     | 94  | 3027.98 |                 |                 |       |      |
| 1 - 2 | 125 | 3034.64 | 797885.03       | 136511.32       | 5.845 | .001 |
| 3 - 6 | 64  | 2849.06 |                 |                 |       |      |
| >7    | 1   | 2130.00 |                 |                 |       |      |

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่า น้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกเกิดมีความแตกต่างตามกลุ่มคะแนนของภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 5.845$ ,  $p < .001$ ) นั่นก็คือ เมื่อหญิงมีครรภ์มีระดับคะแนนภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์มากขึ้น น้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกเกิดจะน้อยลง

ความพร้อมในการดูแลตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (path coefficients = .174,  $p < .01$ ) และมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ( $\beta = -.038$ ) ความพร้อมในการดูแลตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของน้ำหนักทารกแรกเกิดได้เพิ่มอีกร้อยละ 3 แสดงว่าความพร้อมในการดูแลตนเองหรือมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยเป็นสาเหตุให้เกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักไม่ดี นั่นคือ ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1991) ที่ว่าการที่หญิงมีครรภ์มีความพร้อมในการดูแลตนเองนั้นเกิดจากการที่หญิงมีครรภ์ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ก็จะทำให้การทำหน้าที่ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผิดปกติไป คือทำให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดด้วย เนื่องจากขณะตั้งครรภ์ทารกจะอาศัยแหล่งปัจจัยต่าง ๆ จากหญิงมีครรภ์เพื่อการดำรงชีวิต เมื่อหญิงมีครรภ์เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของการนำอาหารและออกซิเจนจากหญิงมีครรภ์ไปสู่ทารกในครรภ์เป็นผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย

สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีอิทธิพลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ( $\beta = -.011$ ) (ตารางที่ 10) แสดงว่าเมื่อหญิงมีครรภ์มีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมากจะเป็นเหตุให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองมาก และเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดต่ำลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อมีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันจะเป็นเหตุทำให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งส่งผลให้หญิงมีครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ จึงทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ อันจะส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิวตันและฮันท์ (Newton & Hunt 1984) ที่พบว่าภาวะเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพของหญิงมีครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ( $\beta = .010$ ) (ตารางที่ 10) แสดงว่าเมื่อหญิงมีครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะทำให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย เป็นเหตุให้หญิงมีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์น้อยอันส่งผลให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดสูงขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะช่วยให้หญิงมีครรภ์มีอารมณ์มั่นคง สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดี ทำให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้น้อย ซึ่งเป็นผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์โควิทซ์และแคสล์ (Berkowitz & Kasl 1983) เทอร์เนอร์และคณะ (Turner et al. 1990) และโอคิลีย์และคณะ (Oakley et al. 1990) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดมากกว่าปกติ

ผลการวิจัยที่ได้สนับสนุนความตรงของทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem 1991) ในส่วนที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคล การศึกษารั้งนี้ได้เลือกศึกษาปัจจัยพื้นฐานเพียงปัจจัยเดียวจากปัจจัยพื้นฐานหลายประการ ปัจจัยพื้นฐานที่ศึกษาคือสิ่งแวดล้อม ซึ่งโอเร็ม (Orem 1991) กล่าวว่าปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความสามารถและความต้องการการดูแลตนเอง แต่ไม่ได้ให้รายละเอียด

ละเอียดยเกี่ยวกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมไว้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดสิ่งแวดล้อมจากทฤษฎีความเครียดของ ลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman 1984) มาศึกษาเพื่อขยายปัจจัยสิ่งแวดล้อมใน ปัจจัยพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็มให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยสิ่งแวดล้อมตามทฤษฎี ความเครียดของลาซารัสและโฟลคแมน (1984) มี 2 ลักษณะคือ สิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความ เครียด สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันเป็นสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด และสิ่งแวดล้อมที่เป็น แหล่งประ โยชน์ของบุคคล การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประ โยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยทำการศึกษาความสัมพันธ์เชิง เหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุน ทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ได้แก่ ภาวะแทรก ข้อนของการตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยผู้วิจัยสร้างรูปแบบจำลองที่แสดงทิศทางความ สัมพันธ์เชิง เหตุและผลของตัวแปรที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงครรภ์แรกที่มีอายุระหว่าง 18 - 35 ปี และเป็นการตั้งครรภ์ที่ปกติ ผลการศึกษพบว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุน ทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14.4 ความพร้อมในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 2.3 และอธิบายความแปรปรวนของน้ำหนักทารกแรกเกิดได้ร้อยละ 8.1 ส่วนที่เหลือ อาจจะ เป็นปัจจัยอีกหลายประการที่เป็นปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบใน โครงสร้างของ ความสามารถในการดูแลตนเองตามกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็มที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทาง สุขภาพของหญิงมีครรภ์ ซึ่ง ไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบจำลองที่สร้างขึ้นนี้มีอำนาจในการอธิบายค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาซึ่งเป็นหญิงครรภ์แรกและเป็นการตั้งครรภ์ปกติ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะเหมือนกัน ซึ่งถือว่าเป็นจุดอ่อนของการศึกษาคั้งนี้ การที่ผู้วิจัยเลือก ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวนี้ ก็ด้วยเหตุผลที่ว่าต้องการทราบว่าเป็นกลุ่มหญิงมีครรภ์แรก และมีการ ตั้งครรภ์ปกติ นั้น สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันและการสนับสนุนทางสังคมจะมีอิทธิพลต่อความพร้อมใน การดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์อย่างไร ผลการศึกษพบว่าแม้จะ เป็นการตั้งครรภ์ปกติ แต่ก็ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ อันส่งผลให้ทารกแรก-เกิดมีน้ำหนักน้อย ทั้งนี้เพราะว่าการตั้งครรภ์เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ไม่หยุดนิ่ง แม้จะเป็น การตั้งครรภ์ปกติในระยะแรก แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนความ เครียดที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลต่อน้ำหนัก

ทารกแรกเกิดได้ ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของพริทชาร์ดและแมคโดนัลด์ (Pritchard & MacDonald 1985)

ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรจะมีการปรับปรุงรูปแบบจำลองให้มีอำนาจในการทำนายสูงขึ้น โดยเฉพาะการทำนายภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์อันจะส่งผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด ทำการศึกษาในกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ต่าง ๆ โดยไม่จำกัดอายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เหมือนกับการศึกษาครั้งนี้ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะทำให้อาการต่าง ๆ ที่แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เด่นชัดขึ้น อันจะทำให้รูปแบบจำลองมีอำนาจในการทำนายภาวะแทรกซ้อนได้ชัดเจนและถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้ควรจะมีการปรับปรุงเครื่องมือวัดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ให้มีความไวและความละเอียดมากขึ้น โดยแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์นั้นควรเพิ่มในส่วนที่เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของหญิงมีครรภ์ที่สอดคล้องกับอาการแสดงต่าง ๆ ของภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่สามารถสังเกตหรือตรวจพบได้ ซึ่งจะช่วยให้การประเมินภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ครอบคลุมและถูกต้องมากขึ้น อันจะส่งผลให้รูปแบบจำลองมีอำนาจในการอธิบายและทำนายผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ได้ชัดเจนมากขึ้น

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ข้อจำกัดในด้านความตรงภายใน (Internal validity) ของงานวิจัยครั้งนี้

คือ

1.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ทำให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเลือกเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรกและเป็นการตั้งครรภ์ที่ปกติทำให้มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์พบได้น้อย

1.2 การเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง ได้แก่ ส่วนของการประเมินพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมและการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจมีเวลานั่งรออยู่หรือต้องการเข้าฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ตามที่หน่วยฝากครรภ์จัดไว้หรือบางรายต้องรีบกลับบ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างรีบตอบ โดยไม่ใช้เวลาพิจารณาคำถามมากนัก สิ่งเหล่านี้อาจจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ ซึ่งทำให้มีผลต่อความตรงของงานวิจัย

## 2. ข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอก (External validity) ของงานวิจัย

การศึกษานี้ไม่ได้ทำการสุ่มตัวอย่าง แต่เป็นการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จึงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงในกลุ่มหญิงมีครรภ์อื่น ๆ ที่มีลักษณะแตกต่างจากหญิงมีครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้ อย่างไรก็ตามในส่วนหนึ่งของการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันกับภาวะสุขภาพ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเอง ผลการศึกษาก็สอดคล้องกับการศึกษาหลาย ๆ การศึกษาที่ทำมาก่อนในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ก็จะเป็นผลให้การสรุปอ้างอิงไปยังประชากรมีความตรงในส่วนนี้มากขึ้น

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอด ณ โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2535 ถึงเดือนมิถุนายน 2536 จำนวน 284 ราย โดยมีลักษณะดังนี้ 1) อายุระหว่าง 18 - 35 ปี 2) อายุครรภ์ 24 - 28 สัปดาห์ 3) มีการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกและมีการตั้งครรภ์ที่ปกติ 4) มีสถานภาพสมรสคู่ 5) มารดาของหญิงมีครรภ์ยังมีชีวิตอยู่และมีการติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ 6) สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี 7) ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

(1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล  
(2) แบบวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันที่ปรับปรุงจากเดอลองกีสและคณะ (DeLongis et al. 1988) แบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์จำนวน 5 ท่าน และทดสอบหาค่าความเที่ยงของแบบวัดได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค = .83

(3) แบบประเมินพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม (Support Behavior Inventory) สร้างโดย บราวน์ (Brown 1986) ที่สร้างตามแนวคิดของ เฮาส์ (House 1981) แบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์จำนวน 5 ท่าน และทดสอบหาค่าความเที่ยงของแบบวัดได้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค = .87 - .89

(4) แบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม แบบวัดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน และทดสอบหาค่าความเที่ยงของแบบวัดได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค = .71

(5) แบบประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ประกอบด้วย

(5.1) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2522

(5.2) การประเมินน้ำหนัการกแรกเกิด ซึ่งทำการประเมินน้ำหนักการกแรกเกิดจากแบบบันทึกการทำคลอด

วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-PC

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

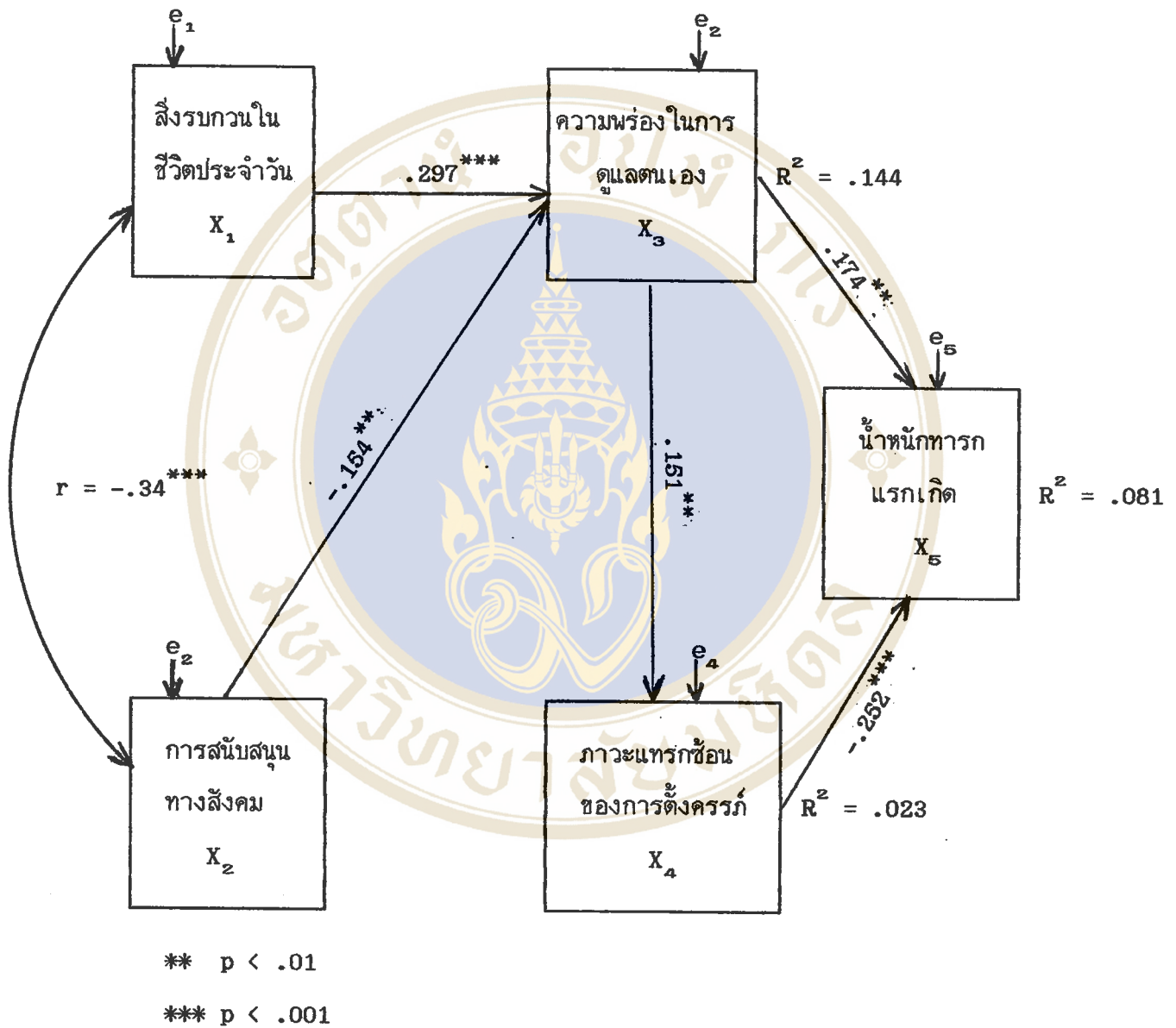
1. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีอิทธิพลทางบวกโดยตรงต่อความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์โดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเอง และมีอิทธิพลทางลบต่อน้ำหนัการกแรกเกิดโดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์

2. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางลบโดยตรงต่อความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) มีอิทธิพลทางลบต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์โดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเอง และมีอิทธิพลทางบวกต่อน้ำหนัการกแรกเกิดโดยอ้อมผ่านความพร้อมในการดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์

3. ความพร้อมในการดูแลตนเองมีอิทธิพลทางบวกโดยตรงต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และมีอิทธิพลทางบวกต่อน้ำหนัการกแรกเกิดทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

4. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ความพร้อมในการดูแลตนเองสามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และน้ำหนัการกแรกเกิดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นในรูปแบบจำลอง ดังนี้



แผนภูมิที่ 5 รูปแบบจำลองสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางของตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้สะท้อนให้เห็นความตรงของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในส่วนที่อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองที่จะส่งผลต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยพื้นฐานคือสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยสิ่งรอบกวนในชีวิตประจำวันและการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความพร่องในการดูแลตนเอง อันมีผลต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และน้ำหนัการกแรกเกิด โดยที่สิ่งรอบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของความพร่องในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14.4 ความพร่องในการดูแลตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 2.3 ความพร่องในการดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของน้ำหนัการกแรกเกิดได้ร้อยละ 8.1 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าทฤษฎีทางการพยาบาลสามารถใช้ในอธิบายและทำนายปรากฏการณ์ทางการพยาบาลได้ ซึ่งเป็นความรู้ใหม่ที่เพิ่มขึ้นในทางการพยาบาล จึงนับได้ว่าการศึกษานี้ได้ช่วยพัฒนาทฤษฎีทางการพยาบาลให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

#### ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบจำลอง ไปใช้

รูปแบบจำลองที่สร้างขึ้นในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ในส่วนของทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองที่อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด อันจะทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองซึ่งส่งผลต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน ด้านปัจจัยพื้นฐานนั้นมีหลายปัจจัย แต่การศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยสิ่งแวดล้อมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาก็เป็นกลุ่มหญิงครรภ์แรกที่มีการตั้งครรภ์ปกติ มีอายุระหว่าง 18 - 35 ปี ด้วยลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจึงทำให้อ่านางในการทำนายของรูปแบบจำลองค่อนข้างต่ำ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่จะนำรูปแบบไปใช้ ดังนี้

1. ควรปรับปรุงรูปแบบจำลองโดยการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ เพิ่มขึ้นและศึกษาในกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เพื่อให้ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เด่นชัดขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้อ่านางในการอธิบายของรูปแบบจำลองมากขึ้น

2. ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ โดยเพิ่มในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของหญิงมีครรภ์ที่สอดคล้องกับอาการต่าง ๆ ของภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เพื่อจะทำให้การวัดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้ถูกต้องและครอบคลุม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ในกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ เช่น การตั้งครรภ์นอกสมรส หรือไม่มีสามี มีประวัติการแท้งบ่อย มีโรคประจำตัวที่เรื้อรัง เป็นต้น นอกจากนี้ควรจะศึกษาปัจจัยต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ลักษณะของการตั้งครรภ์ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ฯลฯ โดยใช้การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective study) หรือการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) ร่วมกับการวิจัยแบบเจาะลึก ซึ่งเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด โดยทำการวัดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมในการดูแลตนเอง ทุก 3 เดือน หรือในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ เพื่อจะทำให้การอธิบายและทำนายผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ได้ถูกต้อง ซึ่งจะเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลและช่วยเหลือหญิงมีครรภ์ที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

2. ศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ในกลุ่มหญิงที่มีการตั้งครรภ์ปกติและกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ เพื่อให้เห็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. ศึกษาเชิงทดลอง โดยการให้กิจกรรมเพื่อลดปัจจัยรบกวนในชีวิตประจำวันหรือเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้แก่หญิงมีครรภ์เพื่อดูผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการพัฒนา ทฤษฎีพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติพยาบาล

4. ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจจะมีผลกระทบต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์ เช่น อายุ รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ภาวะวิตกกังวลในระหว่างตั้งครรภ์ กลุ่มอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านพลังความสามารถ 10 ประการ เป็นต้น





### บรรณานุกรม

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์. "ความเครียดของคนกรุง." วารสารสุขภาพจิต, (มิถุนายน, 2534), 6 - 8.

กองอนามัยครอบครัว. แผนงานอนามัยแม่และเด็ก พ.ศ.2530-2534. กองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข, 2529.

กาญจนา บุญทับ. ปัจจัยพื้นฐานบางประการ การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

กำแหง จาตุรจินดา และคณะ. สถิติศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : เมติคัล มีเดีย, 2530.

คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุข : ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.

จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

ธวัชชัย วรพงศ์ธร. สัมมนาวิธีการทางสถิติ. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

ประสพสุข ศรีแสนปาง. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์. การวิเคราะห์เส้นโยงทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2527.

- พรพิศ ชีวะคำนวณ. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- แพรวระพี เรืองเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- นิสมัย เพิ่มกระโทก. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ การศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา. ภัคดีวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์. "ความสัมพันธ์ทางสังคมกับสุขภาพ : โครงร่างการวิเคราะห์เชิงสังคมวิทยา." วารสารสังคมวิทยามานุษยวิทยา. ฉบับฉลองครบรอบ 25 ปี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533 : 82-103.
- มุกดา คุณาวัดน์. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง และการปรับตัวในสังคมของผู้ป่วยจอประสาทตาออก. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- รัชนี นามจันทรา. ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเอง และแบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ). ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- วรารุณ สุมวงศ์. คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภา, 2525.

- วิจารณ์ ยมดิษฐ์. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกกับความสามารถในการปฏิบัติ การดูแลตนเองในมารดาครรภ์แรกหลังคลอดปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ศิริวัลย์ วัฒนสินธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับความ พร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์หลักสูตร ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล, 2534.
- ศรีสมร ภูมิสกุล. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ของ การตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ศูนย์สารสนเทศการอนามัยครอบครัว, กองอนามัยครอบครัว. วิเคราะห์ข้อมูลประชากรและการ อนามัยครอบครัว. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2533.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สมจิต หนูเจริญกุล ประครอง อินทรสมบัติ และพรพนวดี นุชวัฒนะ. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มข้นในการมองโลก และการรับรู้ถึงความสุขในชีวิตของอาจารย์พยาบาล ในมหาวิทยาลัย. วารสารพยาบาล. 38, (2532) : 169-190.
- สมจิต หนูเจริญกุล และประครอง อินทรสมบัติ. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแล ตนเอง การเผชิญกับโรค ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วย โรคมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วารสารพยาบาล. 37 (ตุลาคม - ธันวาคม 2531) : 222 - 236.
- สนธยา นิชัยกุล. ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความสุขในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการชดเชยของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สถาบันประชากรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานการสำรวจประชากรและการอนามัย ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.

- เสาวภา วิจิตวาที. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกด้านสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- สุวัฒนา เตชาติวงศ์และคณะ. ตำราจิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2520.
- สุภาภรณ์ ตัวแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการรักษาโดยวิธีจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- อังคณา นวลยง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

Aaronson, L.S. "Perceived and received support effects on health during pregnancy." Nursing Research. 38 (January-February 1989) : 4-8.

Adelman, A.M., & Shank, J.C. "The association of psychosocial factors with the resolution of abdominal pain." Family Medicine. 20 (July-August 1988) : 266-270.

Albrecht, S.A., & Rankin, M. "Anxiety levels, health behaviors and support systems to pregnancy women." Maternal-Child Nursing Journal. 18 (1989) : 49-59.

- Auvenshire, M.A., & Enriquez, M.G. Comprehensive Maternity Nursing : Perinatal and Women's Health. Boston : Jones and Bartlett Publishers, 1990.
- Berkman, L.S., & Syme, S.L. "Social networks, host resistance and mortality : A nine year follow-up study of Alameda County residents." American Journal of Epidemiology. 109 (February, 1979) : 186-203.
- Berkman, L.S. "The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality." In Cohen & Syme (Eds.), Social Support and Health. New York : Academic Press, 1985.
- Berkowitz, G.S., & Kasl, S.V. "The role of psychosocial factors in spontaneous preterms delivery." Journal of Psychosomatic Research. 27 (1983) : 283-290.
- Bloom, J.R. "The relationship of social support and health." Social Science Medicine. 30 (1990) : 635-637.
- Bobak, I.M. & Jensen, M.D. Essentials of Maternity Nursing. 3rd ed. St. Louis : Mosby Year Book, 1991.
- Brandt, P.A., & Weinert, C. "The PRQ-Social support measure." Nursing Research, 30 (1981) : 277-280.
- Broadhead, W.E., et al. "The epidemiologic evidence for relationship between social support and health." American Journal of Epidemiology. 177 (1983) : 521-537.
- Brown, M.A. "Social support during pregnancy : An unidimensional or multidimensional construct?" Nursing Research. 35 (January - February 1986) : 4-9.
- Buckley, K., & Kubb, N.W. High Risk Maternity Nursing Manual. Baltimore : Williams & Wilkins, 1990.

- Caplan, G. Support System and Community Mental Health. New York : Behavioral Publication, 1974.
- Cassel, J. "The contribution of the social environment to host resistance." American Journal of Epidemiology. 104 (1976) : 176.
- Callaghan, P., & Morrissey, J. "Social support and health : A review." Journal of Advanced Nursing. 18 (1993) : 203-210.
- Chandler, J. Tabbner's Nursing Care : Theory and Practice. 2nd ed. Melbourne : Churchill Livingstone, 1991.
- Clark, A.L., et al. Childbearing : A Nursing Perspective. 2nd ed. Philadelphia : F.A. Davis, 1979.
- Cleveland S.A. "Perceived self-care agency : A LISREL factor analysis of Bickel and Handson's questionnaire, letter." Nursing Research. 38 (1989) : 59.
- Cobb, S. "Social support as a moderator of life stress." Psychosomatic Medicine. 38 (1976) : 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T.A. "Stress, social support and the buffering hypothesis." Psychological Bulletin. 9 (September 1985) : 310-357.
- Cohen, S., & Syme S.L.(Eds.). Social Support and Health. Orlando, Florida : Academic Press, 1985.
- Cox, S.J., et al. "The relationship between psychological stress and insulin dependent diabetic blood glucose control : Preliminary investigation." Health Psychology. (1984) : 63-75.
- Coyne, J.C. & DeLongis, A. "Going beyond social support the role of social relationship in adaptation." Journal of Consulting and Clinical Psychology. 54 (June 1986) : 454-460.

- Crandon, A.J. "Maternal anxiety and obstetric complication." Journal of Psychosomatic Research. 23 (1979) : 109-111.
- Cranley, M.S. "Perinatal risk." JOGN Nursing. 12 (May-June 1983) : 13-18.
- Cronenwett, L.R. "Network structure, social support and psychological outcome of pregnancy." Nursing Research. 34 (1985) : 93-102.
- DeLongis, A. et al. "Relationship of daily hassles, uplifts and major life events to health status." Health Psychology. 1 (1982) : 119-136.
- DeLongis, A., Folkman, S., and Lazarus, R.S. "The impact of daily stress on health and mood : psychological and social resource as mediators." Journal of Personality and Social Psychology. 54 (1988) : 486-491.
- Denyes, M.J. "Development of an instrument to measure self care agency in adolescents." Dissertation Abstracts International. 41 (1981) : 1716.
- Dohrenwund, B.P., & Shrout, P.E. "Hassles in the conceptualization and measurement of life stress variables." American Psychologist. (July 1985) : 780-785.
- Evers, G., et al. "Appraisal of Self-care Agency Scale : Research program to test validity and reliability." Proceedings of International Nursing Research Conference, New Frontiers in Nursing Research, University of Alberta. Edmonton, Canada, 1986.
- Flannery, R.B., & Wieman, D. "Social support, life stress, and psychological distress : An empirical assessment." Journal of Clinical Psychology. 45 (1989) : 867-872.

- Gast, H., et al. "Self-care agency : Conceptualizations and operationalizations." Advanced in Nursing Science. 12 (1989) : 26-38.
- Gore, S. "Stress-buffering functions of social support : An appraisal and clarification of research methods." In B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.), Stressful Life Events and Their Contexts. (pp.202-222). New York : Prodist, 1981.
- Hanucharurnkul, S. Self-care, social support and quality of life in cancer patient, receiving radiotherapy in Thailand (Doctoral dissertation) College of Nursing, Wayne State University, Detroit, MI, 1988.
- Hanson, B., & Bickel, L. "Development and testing of the Questionnaire on Perception of Self-Care Agency." In Riehl-Sisca, J. (ed.), The Science and Art of Self-Care. Norwalk, Connecticut : Appleton-Century-Crofts, 1985.
- Henley, E.C., & Bahl, S. "Nutrition across the woman's life cycle : Special emphasis on pregnancy." Nursing Clinics of North America. 17 (1982) : 99-110.
- Hubbard, P. "The relationship between social support and self care practice." Nursing Research. 33 (September/October 1984) : 266-270.
- Isreal, B.A. "Social network and social support : Implication for natural helper and community level intervention." Health Education Quarterly. 12 (1985) : 65-80.
- Jacobson, D.E. "Types and timing of social support." Journal of Health and Social Behavior. 27 (1988) : 250-264.
- John, G., & Winston, T. "The effect of social support on prenatal care." The Journal of Applied Behavioral Science. 25 (1989) : 79-98.

- Joseph, L.S. "Self-care and nursing process." Nursing Clinics of North America. 15 (1980) : 131-143.
- Kahn, R.L. "Aging and social support." In M.W. Riley (ed.), Aging from Birth to Death : Interdisciplinary Perspectives. Colorado : Westview Press, 1979.
- Kabat-Zinn, J. "The Clinical use of mindfulness mediation for self regulation on chronic pain." Journal of Behavioral Medicine. 8 (1985) : 1163-1190.
- Kanner, A.D., et al. "Comparison of two modes of stress measurement : Daily hassles and uplifts versus major life events." Journal of Behavior Medicine. 4 (1981) : 1-39.
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C., & Gore, S. "Social support and health." Medical Care. 15 (1977) : 47-58.
- Kearney, B., & Fleischer, B. "Development of an instrument to measure exercise of self-care agency." Research in Nursing and Health. 2 (1979) : 25 - 34.
- Kemp, U.H., & Hatmaker, D.D. "Stress, social support in high risk pregnancy." Research in Nursing & Health. 12 (1989) : 331-336.
- Langlie, J.K. "Social network, health belief and preventive health behavior." Health and Social Behavior. 18 (1977) : 244-260.
- Lazarus, R., & Launier, R. "Stress-related transactions between person and environment." In L. Pervin & M. Lewis (Eds.), Perspectives in International Psychology. (pp.287-327). New York : Plenum Press, 1978.
- Lazarus, R. Pussles in study of daily hassles. Presented at a conference entitled "Integrative Perspectives in Youth Development : Person and Ecology." University of California Berkley, California, 1983.

- Lazarus, R.S., & Folkman, S. Stress, Appraisal and Coping. New York : Springer Publishing, 1984.
- Liese, L.H., et al. "Partner Status, social support and psychological adjustment during pregnancy." Family Relations. 38 (1989) : 311-316.
- Mac Elveen, P. "Social network." In Dianna, C.L. & Reg, A.W. (Eds.), Clinical Practice in Psychosocial Nursing : Assessment and Intervention. New York : Appleton-Century Crofts, 1978 : 319-337.
- Maio-Esteves, M.D. "Mediators of daily stress and perceived health status in adolescent girls." Nursing Research. 39 (1990) : 360-364.
- Mansfield, P.K. & Cohn, M.D. "Stress and later-life childbearing : Important implications for nursing." Maternal Child Nursing Journal. 15 (Fall 1986) : 139-151.
- McBride, S. "Validation of an instrument to measure exercise of self-care agency." Research in Nursing and Health. 10 (1987) : 311 - 316.
- McDowell, I. & Newell, C. Measuring Health : A Guide to Rating Scale and Questionnaires. New York : Oxford University Press, 1987.
- Minkoff, H., & Schwarts, R. "The rising cesarean section rate : Can it safely be reversed ?." Obstetrics and Gynecology. 56 (1980) : 135-143.
- Moore, M.L. Realities in Childbearing. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders, 1983.
- Moore, J.B. "Effect of assertion training and first aid instruction on children's autonomy and self-care agency". Research in Nursing & Health. 10 (April, 1987) : 101 - 109.

- Muhlenkamp, A.F., & Sayles, J.A. "Self esteem, social support and positive health practices." Nursing Research. 35 (November-December 1986) : 334-338.
- Nakano, K. "Hassles as a measure of stress in Japanese sample : Preliminary research." Psychological Reports. 63 (1988) : 252-254.
- Newton, R.A., & Hunt, L.P. "Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birthweight." British Medical Journal. 288 (April 1984) : 1191-1195.
- Nichols, F.S., & Humenick, S.S. Childbirth Education : Practice, Research and Theory. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1988.
- Norbeck, J.S., et al. "The development of an instrument to measure social support." Nursing Research. 30 (1981) : 264-269.
- Norbeck, J.S. "Social support : A model for clinical research and application." Advances in Nursing Science. 3 (1981) : 43-60.
- Norbeck, J.S. "The use of social support in clinical practice." Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 20 (1982) : 23-29.
- Norbeck, J.S., et al. "Further development of Norbeck social support questionnaire : normative data and validity testing." Nursing Research. 32 (1983) : 4-9.
- Norbeck, J.S., and Tilden, V.P. "Life stress, social support and emotional disequilibrium in complications of pregnancy : A prospective multivariate study." Journal of Health and Social Behavior. 24 (March 1983) : 30-46.

- Norbeck, J.S., & Anderson, N.J. "Life stress, social support and anxiety in Mid - and Late - pregnancy among low income women." Research in Nursing and Health. 12 (July 1989) : 281-287.
- Norbeck, J.S. & Anderson, N.J. "Psychosocial predictors of pregnancy outcome in low income Black, Hispanic and White Women." Nursing Research. 38 (July-August 1989) : 204-209.
- Nuckolls, K.B., et al. "Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy." American Journal of Epidemiology. 95 (1972) : 431-441.
- Oakley, A. "Social support in pregnancy : The soft way to increase birthweight ?." Social Science Medicine. 21 (1985) : 1259-1268.
- Oakley, A., et al. "Social support and pregnancy outcome." British Journal of Obstetrics and Gynecology. 97 (1990) : 155-162.
- Olds, S.B., et al. Obstetric Nursing. Menlo Park, California : Addison - Wesley Publishing company, 1984.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 3rd ed. St Louis : McGraw-Hill Book, 1985.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 4th ed. St Louis : Mosby Year Book, 1991.
- Orem, D. & Taylor, S. "Orem's general theory of nursing." In P. Winstead - Fry (Ed.), Case Studies in Nursing Theory. New York : National League for Nursing, 1986.
- Parisunyakul, S. Developing a Screening Tool for Risk Assessment in the Late Pregnancy. Thesis in Master of Science (Nursing). Faculty of Graduate Studies. Mahidol University, 1979.
- Pedhazzer, E.J. Multiple Regression in Behavioral Research : Explanation and Prediction. 2nd ed. New York : Holt, Rinehart and Winston, 1982.

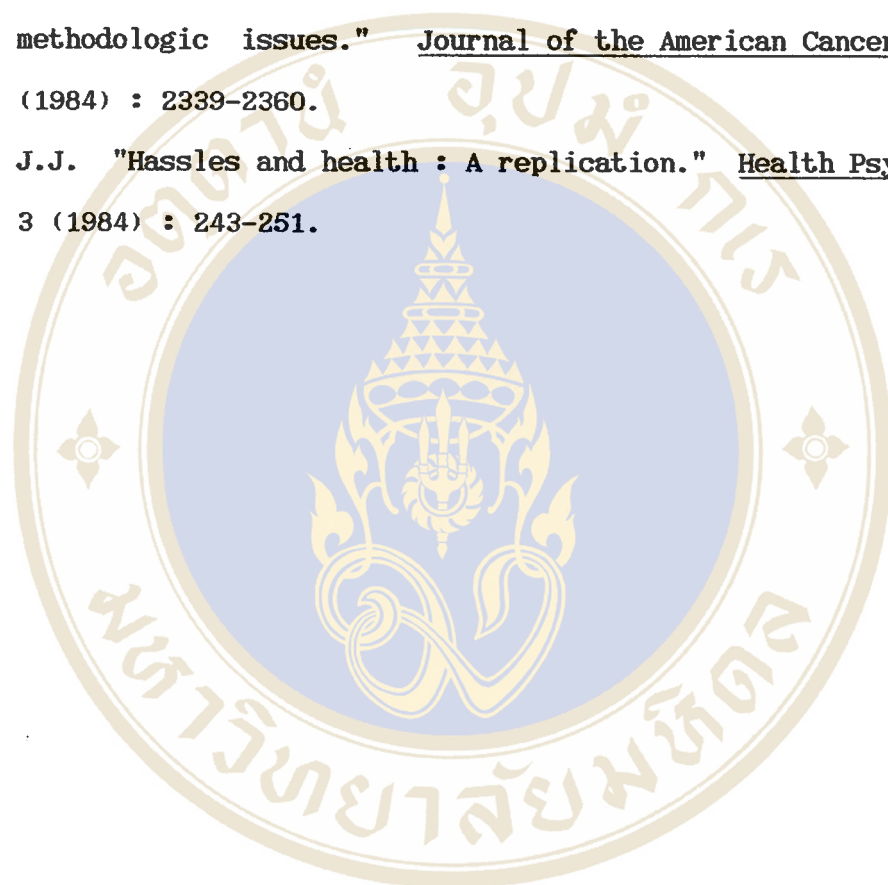
- Pender, J.N. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. Norwalk : Appleton & Lange, 1987.
- Picone, T., et al. "Pregnancy outcome in North American Women : Effect of diet, cigarette smoking and psychology stress on maternal weight gain." American Journal of Clinical Nutrition. 36 (1982) : 1213-1215.
- Pilitteri, A. Maternal Newborn Nursing. 2nd ed. Boston : Little, Brown and Company, 1981.
- Polit E.F., & Hungler, B.P. Nursing Research : Principle and Method. 4th ed. Philadelphia : J.B. : Lippincott Company, 1991.
- Pritchard, J.A., & MacDonald, P.C. Williams Obstetrics. 17th ed. New York : Appleton - Century - Crofts, 1985.
- Ravish, T. "Prevent social isolation before it starts." Journal of Gerontological Nursing. 11 (1985) : 10-11.
- Reece, S.M. "Social support and the early maternal experience of primigravida over 35." Nursing Scan in Research. 4 (1991) : 4.
- Richardson, P. "Women's perception of their important dyadic relationships during pregnancy." Maternal Child Nursing Journal. 10 (Fall 1981) : 159-174.
- Riesch, S., & Hauck, R. "The exercise of self-care agency : An analysis of construct and discriminant validity." Research in Nursing and Health. 11 (1988) : 245 - 255.
- Schaefer, C., & Coyne, J.C. "The health related functions of social support." Journal of Behavioral Medicine. 4 (1981) : 381-406.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. "Social support and health : A meta-analysis." Psychology and Health. 3 (1989) : 1-15.
- Sternbach, R.A. "Pain and hassles in the United states : Finding of the Nuprin pain report." Pain. 27(October 1986) : 69-80.

- Temkin, N.R., & David, G.R. "Stress as a risk factor for seizures among adults epilepsy." Epilepsia. 25 (August 1984) : 450-456.
- Thoits, P.A. "Conceptual, methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress." Journal of Health Social Behavior. 23 (1982) : 145-159.
- Thoits, P.A. "Social support as coping assistance." Journal of Consulting and Clinical Psychology. 54 (1986) : 416-423.
- Tilden, V.P. "The relation of life stress and social support to emotional disequilibrium during pregnancy." Research in Nursing and Health. 6 (1983) : 167-174.
- Tilden, V.P. "Issue of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory." Research in Nursing and Health. 8 (1985) : 299-306.
- Turner, et al. "Social support and outcome in teenage pregnancy." Journal of Health and Social Behavior. 31 (March 1990) : 43-57.
- Walker, et al. "Social support networks and the crisis of bereavement." Social Science and Medicine. 11 (1977) : 35-41.
- Weaver, M. "Perceived self-care agency : A LISREL factor analysis of Bickel and Hanson's questionnaire, letter." Nursing Research. 36 (1987) : 381 - 387.
- Weiss. "The provisions of social relationship." In Z. Rubin. (Ed.), Doing Unto Others. New Jersey : Printice Hall, 1974.
- Whestone, M.R. "Perceptions of self-care in East Germany : Across - cultural empirical investigation." Journal of Advanced Nursing. 12 (March 1987) : 167 - 176.

Wilcox, B.L. "Social support, life stress and psychological adjustment : A test of the buffering hypothesis." American Journal Community Psychology. 9 (1981) : 371-375.

Wortman, C.B. "Social support and the cancer patient : Conceptual and methodologic issues." Journal of the American Cancer. 53 (1984) : 2339-2360.

Zarski, J.J. "Hassles and health : A replication." Health Psychology. 3 (1984) : 243-251.





## ภาคผนวก ก

## การทดสอบรูปแบบจำลอง

การทดสอบรูปแบบจำลองตามสมมติฐาน (Hypothesis or full model)

สมการโครงสร้าง (Structural Equation)

$$Z_1 = e_1 \dots\dots\dots(1)$$

$$Z_2 = e_2 \dots\dots\dots(2)$$

$$Z_3 = P_{31}Z_1 + P_{32}Z_2 + e_3 \dots\dots\dots(3)$$

$$Z_4 = P_{41}Z_1 + P_{42}Z_2 + P_{43}Z_3 + e_4 \dots\dots\dots(4)$$

$$Z_5 = P_{53}Z_3 + P_{54}Z_4 + e_5 \dots\dots\dots(5)$$

การคำนวณความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Causal correlation)

$$r_{1j} = \frac{\sum Z_1 Z_j}{n}$$

$$r_{13} = \frac{\sum Z_1 Z_3}{n}$$

$$= \frac{\sum Z_1 (P_{31}Z_1 + P_{32}Z_2 + e_3)}{n}$$

$$= P_{31} + P_{32}r_{12} \dots\dots\dots(6)$$

$$r_{14} = \frac{\sum Z_1 Z_4}{n}$$

$$= \frac{\sum Z_1 (P_{41}Z_1 + P_{42}Z_2 + P_{43}Z_3 + e_4)}{n}$$

$$= P_{41} + P_{42}r_{12} + P_{43}r_{13}$$

$$= P_{41} + P_{42}r_{12} + P_{43}(P_{31} + P_{32}r_{12})$$

$$= P_{41} + P_{42}r_{12} + P_{43}P_{31} + P_{43}P_{32}r_{12} \dots\dots\dots(7)$$

$$\begin{aligned}
 r_{15} &= \frac{\sum_{n=1}^n Z_1 Z_5}{n} \\
 &= \frac{\sum_{n=1}^n (P_{53} Z_3 + P_{54} Z_4 + e_5)}{n} \\
 &= P_{53} r_{13} + P_{54} r_{14} \\
 &= P_{53} (P_{31} + P_{32} r_{12}) + P_{54} (P_{41} + P_{42} r_{12} + P_{43} P_{31} + P_{43} P_{32} r_{12}) \\
 &= P_{53} P_{31} + P_{53} P_{32} r_{12} + P_{54} P_{41} + P_{54} P_{42} r_{12} + P_{54} P_{43} P_{31} + P_{54} P_{43} P_{32} r_{12} \\
 &= P_{54} P_{43} P_{32} r_{12} \dots \dots \dots (8)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{23} &= \frac{\sum_{n=1}^n Z_2 Z_3}{n} \\
 &= \frac{\sum_{n=1}^n (P_{31} Z_1 + P_{32} Z_2 + e_3)}{n} \\
 &= P_{32} + P_{31} r_{12} \dots \dots \dots (9)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{24} &= \frac{\sum_{n=1}^n Z_2 Z_4}{n} \\
 &= \frac{\sum_{n=1}^n (P_{41} Z_1 + P_{42} Z_2 + P_{43} Z_3 + e_4)}{n} \\
 &= P_{42} + P_{41} r_{12} + P_{43} r_{23} \\
 &= P_{42} + P_{41} r_{12} + P_{43} (P_{32} + P_{31} r_{12}) \\
 &= P_{42} + P_{41} r_{12} + P_{43} P_{32} + P_{43} P_{31} r_{12} \dots \dots \dots (10)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{25} &= \frac{Z_2 Z_5}{n} \\
 &= \frac{Z_2}{n} (P_{53} Z_3 + P_{54} Z_4 + e_5) \\
 &= P_{53} r_{23} + P_{54} r_{24} \\
 &= P_{53} (P_{32} + P_{31} r_{12}) + P_{54} (P_{42} + P_{41} r_{12} + P_{43} P_{32} + P_{43} P_{31} r_{12}) \\
 &= P_{53} P_{32} + P_{53} P_{31} r_{12} + P_{54} P_{42} + P_{54} P_{41} r_{12} + P_{54} P_{43} P_{32} + P_{54} P_{43} P_{31} r_{12} \dots \dots \dots (11)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{34} &= \frac{Z_3 Z_4}{n} \\
 &= \frac{Z_3}{n} (P_{41} Z_1 + P_{42} Z_2 + P_{43} Z_3 + e_4) \\
 &= P_{43} + P_{42} r_{23} + P_{41} r_{13} \\
 &= P_{43} + P_{42} (P_{31} r_{12} + P_{32}) + P_{41} (P_{31} + P_{32} r_{12}) \\
 &= P_{43} + P_{42} P_{31} r_{12} + P_{42} P_{32} + P_{41} P_{31} + P_{41} P_{32} r_{12} \dots \dots (12)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{35} &= \frac{Z_3 Z_5}{n} \\
 &= \frac{Z_3}{n} (P_{53} Z_3 + P_{54} Z_4 + e_5) \\
 &= P_{53} + P_{54} r_{34} \\
 &= P_{53} + P_{54} (P_{43} + P_{42} P_{31} r_{12} + P_{42} P_{32} + P_{41} P_{31} + P_{41} P_{32} r_{12})
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
&= P_{53} + P_{54}P_{43} + P_{54}P_{42}r_{12}P_{31} + P_{54}P_{42}P_{32} + P_{54}P_{41}P_{31} \\
&\quad \text{D} \quad \text{I} \quad \text{U} \quad \text{I} \quad \text{I} \\
&\quad P_{54}P_{41}P_{32}r_{12} \dots\dots\dots (13) \\
&\quad \text{U}
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
r_{45} &= \frac{\sum Z_4 Z_5}{n} \\
&= \frac{\sum Z_4}{n} (P_{53}Z_3 + P_{54}Z_4 + e_5) \\
&= P_{53}r_{34} + P_{54} \\
&= P_{54} + P_{53} (P_{43} + P_{42}P_{31}r_{12} + P_{42}P_{32} + P_{41}P_{31} + P_{41}P_{32}r_{12}) \\
&= P_{54} + P_{53}P_{43} + P_{53}P_{31}r_{12}P_{42} + P_{53}P_{32}P_{42} + P_{53}P_{31}P_{41} + \\
&\quad \text{D} \quad \text{S} \quad \text{U} \quad \text{I} \quad \text{I} \\
&\quad + P_{53}P_{32}r_{12}P_{41} \dots\dots\dots (14) \\
&\quad \text{U}
\end{aligned}$$

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการถดถอยแบบบังคับตัวแปรเข้าในสมการตามลำดับที่แสดงใน path model จะได้ค่า path coefficients หรือค่า beta weight เอาค่า beta weight แทนลงในสมการที่ 6 - 14

$$\begin{aligned}
r_{13} &= .297 + (-.154)(-.34) \\
&= .349
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
r_{14} &= .054 + (-.044)(-.34) + (.128)(.297) + (.128)(-.154)(-.34) \\
&= .054 + .005 + .038 + .007 \\
&= .103
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
r_{15} &= (.174)(.297) + (.174)(-.154)(-.34) + (-.252)(-.054) + \\
&\quad (-.252)(-.014)(-.34) + (-.252)(.128)(.297) + (-.252) \\
&\quad (.128)(-.154)(-.34)
\end{aligned}$$

$$= .052 + .009 + .014 - .001 - .009 - .002$$

$$= .063$$

$$r_{23} = -.154 + (.297)(-.34)$$

$$= -.154 + (-.101)$$

$$= -.255$$

$$r_{24} = (-.014) + (.054)(-.34) + (.128)(-.154) + (.128)(.297)(-.34)$$

$$= -.014 - .018 - .020 - .013$$

$$= -.065$$

$$r_{25} = (.174)(-.154) + (.174)(.297)(-.34) + (-.252)(-.014) + (-.252)(.054)(-.34) + (-.252)(.128)(-.154) + (-.252)(.128)(.297)(-.34)$$

$$= -.027 - .017 + .003 + .005 + .005 + .003$$

$$= -.044 + .016$$

$$= -.028$$

$$r_{34} = .128 + (-.014)(-.34)(.297) + (-.014)(-.154) + (.054)(.297) + (.054)(-.34)(-.154)$$

$$= .128 + .001 + .002 + .016 + .003$$

$$= .150$$

$$r_{35} = (.174) + (-.252)(.128) + (-.252)(-.014)(-.34)(.297) + (-.252)(-.014)(-.154) + (-.252)(.054)(.297) + (-.252)(.054)(-.34)(-.154)$$

$$= .174 - .032 - .0004 - .0005 - .0004 - .0007$$

$$= .174 - .034$$

$$= .140$$

$$r_{45} = -.252 + (.174)(.128) + (.174)(.297)(-.34)(-.014) + (.174)(-.154)(-.014) + (.174)(.297)(.054) + (.174)(-.154)(-.34)(.054)$$

$$\begin{aligned}
 &= -.252 + .022 + .0002 + .0004 + .003 + .0005 \\
 &= -.252 + .026 \\
 &= -.226
 \end{aligned}$$

การทดสอบรูปแบบจำลองลดรูป (Empirical model or reduced model)

สมการโครงสร้าง (Structural equation)

$$Z_1 = e_1 \dots\dots\dots(1)$$

$$Z_2 = e_2 \dots\dots\dots(2)$$

$$Z_3 = P_{31}Z_1 + P_{32}Z_2 + e_3 \dots\dots\dots(3)$$

$$Z_4 = P_{43}Z_3 + e_4 \dots\dots\dots(4)$$

$$Z_5 = P_{53}Z_3 + P_{54}Z_4 + e_5 \dots\dots\dots(5)$$

การคำนวณความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Causal correlation)

$$r_{13} = \frac{\sum Z_1 Z_3}{n}$$

$$r_{13} = \frac{\sum Z_1 Z_3}{n}$$

$$= \frac{\sum Z_1 (P_{31}Z_1 + P_{32}Z_2 + e_3)}{n}$$

$$= \frac{P_{31}}{D} + \frac{P_{32}}{U} r_{12} \dots\dots\dots(6)$$

$$r_{14} = \frac{\sum Z_1 Z_4}{n}$$

$$= \frac{\sum Z_1 (P_{43}Z_3 + e_4)}{n}$$

$$= P_{43} r_{13}$$

$$= P_{43} (P_{31} + P_{32} r_{12})$$

$$= \frac{P_{43} P_{31}}{I} + \frac{P_{43} P_{32} r_{12}}{U} \dots\dots\dots (7)$$

$$\begin{aligned} r_{15} &= \frac{\sum Z_1 Z_5}{n} \\ &= \frac{\sum Z_1}{n} (P_{53} Z_3 + P_{54} Z_4 + e_5) \\ &= P_{53} r_{13} + P_{54} r_{14} \\ &= P_{53} (P_{31} + P_{32} r_{12}) + P_{54} (P_{43} P_{31} + P_{43} P_{32} r_{12}) \\ &= \frac{P_{53} P_{31}}{I} + \frac{P_{53} P_{32} r_{12}}{U} + \frac{P_{54} P_{43} P_{31}}{I} + \frac{P_{54} P_{43} P_{32} r_{12}}{U} \dots\dots (8) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{23} &= \frac{\sum Z_2 Z_3}{n} \\ &= \frac{\sum Z_2}{n} (P_{31} Z_1 + P_{32} Z_2 + e_3) \\ &= P_{32} + \frac{P_{31} r_{12}}{U} \dots\dots\dots (9) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{24} &= \frac{\sum Z_2 Z_4}{n} \\ &= \frac{\sum Z_2}{n} (P_{43} Z_3 + e_4) \\ &= P_{43} r_{23} \\ &= P_{43} (P_{32} + P_{31} r_{12}) \\ &= \frac{P_{43} P_{32}}{I} + \frac{P_{43} P_{31} r_{12}}{U} \dots\dots\dots (10) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{25} &= \frac{\sum Z_2 Z_5}{n} \\ &= \frac{\sum Z_2}{n} (P_{53} Z_3 + P_{54} Z_4 + e_5) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &= P_{53} r_{23} + P_{54} r_{24} \\
 &= P_{53} (P_{31} r_{12} + P_{32}) + P_{54} (P_{43} P_{32} + P_{43} P_{31} r_{12}) \\
 &= P_{53} P_{32} + P_{53} P_{31} r_{12} + P_{54} P_{43} P_{32} + P_{54} P_{43} P_{31} r_{12} \dots\dots (11)
 \end{aligned}$$

I                      U                      I                      U

$$\begin{aligned}
 r_{34} &= \frac{\sum_{n=3}^n Z_3 Z_4}{n} \\
 &= \frac{\sum_{n=3}^n Z_3 (P_{43} Z_3 + e_4)}{n} \\
 &= P_{43} \dots\dots\dots (12)
 \end{aligned}$$

D

$$\begin{aligned}
 r_{35} &= \frac{\sum_{n=3}^n Z_3 Z_5}{n} \\
 &= \frac{\sum_{n=3}^n Z_3 (P_{53} Z_3 + P_{54} Z_4 + e_5)}{n} \\
 &= P_{53} + P_{54} r_{34} \\
 &= P_{53} + P_{54} (P_{43}) \\
 &= P_{53} + P_{54} P_{43} \dots\dots\dots (13)
 \end{aligned}$$

D                      I

$$\begin{aligned}
 r_{45} &= \frac{\sum_{n=4}^n Z_4 Z_5}{n} \\
 &= \frac{\sum_{n=4}^n Z_4 (P_{53} Z_3 + P_{54} Z_4 + e_5)}{n} \\
 &= P_{53} r_{34} + P_{54} \\
 &= P_{54} + P_{53} P_{43} \dots\dots\dots (14)
 \end{aligned}$$

D                      S

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการถดถอยพหุแบบบังคับตัวแปรเข้าในสมการตามลำดับที่แสดง  
ใน path model จะได้ค่า path coefficients หรือค่า beta weight เอาค่า beta  
weight แทนลงในสมการที่ 6 - 14

$$r_{13} = (.297) + (-.154)(-.34)$$

$$= .297 + .052$$

$$= .349$$

$$r_{14} = (.151)(.297) + (.151)(-.154)(-.34)$$

$$= .045 + .008$$

$$= .053$$

$$r_{15} = (.174)(.297) + (.174)(-.154)(-.34) + (-.252)(.151)(.297)$$

$$+ (-.252)(.151)(-.154)(-.34)$$

$$= .052 + .009 - .011 - .002$$

$$= .048$$

$$r_{23} = -.154 + (.297)(-.34)$$

$$= -.154 - .101$$

$$= -.255$$

$$r_{24} = (.151)(-.154) + (.151)(.297)(-.34)$$

$$= -.023 - .015$$

$$= -.038$$

$$r_{25} = (.174)(-.154) + (.174)(.297)(-.34) + (-.252)(.151)$$

$$(-.154) + (-.252)(.151)(.297)(-.34)$$

$$= -.027 - .017 + .006 + .004$$

$$= -.026$$

$$r_{34} = .151$$

$$r_{35} = (.174) + (-.252)(.151)$$

$$= .174 - .038$$

$$= .136$$

$$\begin{aligned}
 r_{45} &= -.252 + (.174)(.151) \\
 &= -.252 + .026 \\
 &= -.226
 \end{aligned}$$

หมายเหตุ D = Direct effect (อิทธิพลโดยตรง)  
 I = Indirect effect (อิทธิพลโดยอ้อม)  
 U = Unanalyzed correlation (ความสัมพันธ์ที่ไม่วิเคราะห์)  
 S = Spurious correlation (ความสัมพันธ์ลวง)

### การทดสอบ Goodness of fit

การทดสอบ goodness of fit เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบจำลองลดรูป (reduce model) กับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Observed data หรือ empirical data) ตามวิธีการของสเปคท์ (Specht, 1975) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 H_o &= \text{แบบจำลองลดรูปสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์} \\
 H_A &= \text{แบบจำลองลดรูปไม่สอดคล้องกัน} \\
 W &= -(N - d) \log Q \dots\dots\dots(1)
 \end{aligned}$$

W = ค่าสถิติที่มีการกระจายใกล้เคียงกับไคสแคว์เมื่อตัวอย่างมีจำนวนมาก

N = จำนวนตัวอย่าง

d = จำนวนเส้นทางที่ลบออกจากรูปแบบเต็มรูป (full model)

Q = ค่าดัชนีความสอดคล้อง (measure of goodness of fit)

$$Q = \frac{1 - R_{Fm}^2}{1 - R_{rm}^2} \dots\dots\dots(2)$$

$$R_{Fm}^2 = 1 - (1 - R_1^2)(1 - R_2^2) \dots (1 - R_1^2) \dots (1 - R_p^2) \dots(3)$$

$R_{Fm}^2$  = squared multiple correlation coefficients ของเส้นทางที่ i หรือสมการที่ i ในรูปแบบเต็มรูป

$$R_{rm}^2 = 1 - (1 - R_1^2)(1 - R_2^2) \dots (1 - R_j^2) \dots (1 - R_p^2) \dots(4)$$

$R_{rm}^2$  = squared multiple correlation coefficients ของเส้นทางที่ j ในรูปแบบลดรูป

แทนค่า  $R_1^2$  และ  $R_j^2$  ลงในสมการ 3 และ 4

$$\begin{aligned}
 R^2_{Fm} &= 1 - (1 - .144)(1 - .026)(1 - .081) \\
 &= 1 - (.856)(.974)(.919) \\
 &= 1 - .766 \\
 &= .234
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 R^2_{rm} &= 1 - (1 - .144)(1 - .023)(1 - .081) \\
 &= 1 - (.856)(.977)(.919) \\
 &= 1 - .768 \\
 &= .232
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 Q &= \frac{1 - .234}{1 - .232} \\
 &= \frac{.766}{.768} \\
 &= .997
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 W &= - (284 - 2) \log .997 \\
 &= - (.282)(- .001) \\
 &= .0003
 \end{aligned}$$

$$W \chi^2 df = 2 = 5.99$$

ค่า  $W$  ที่คำนวณได้น้อยกว่าค่า  $\chi^2 df = 2$  จากตาราง จึงยอมรับ  $H_0$  ที่ระดับ  $\alpha = .05$  ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า รูปแบบลดรูปสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ภาคผนวก ข.  
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่แบบสอบถาม.....

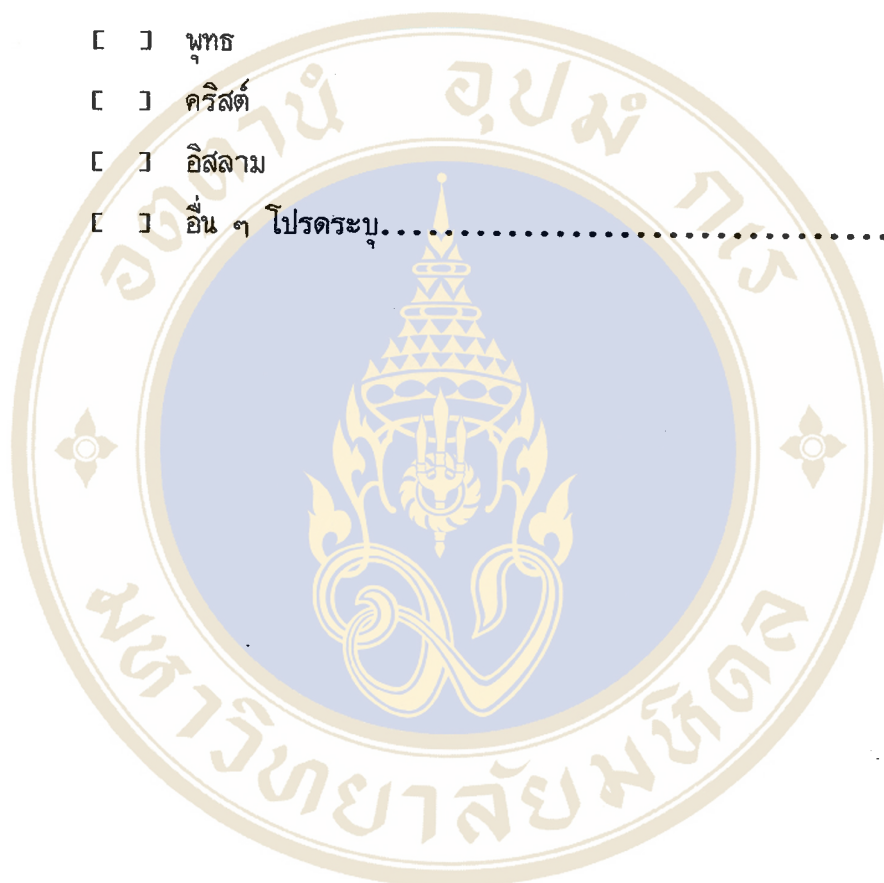
1. อายุ.....ปี
2. อายุครรภ์.....สัปดาห์ LMP.....EDC.....
3. วุฒิการศึกษา
  - ☐ ประถมศึกษา (ป.4)
  - ☐ ประถมศึกษา (ป.6 หรือ ป.7)
  - ☐ มัธยมศึกษาปีที่ 3
  - ☐ มัธยมศึกษาปีที่ 6
  - ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
  - ☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
4. อาชีพที่ทำในระหว่างตั้งครรภ์
  - ☐ แม่บ้าน
  - ☐ ค้าขาย
  - ☐ รับจ้าง
  - ☐ ข้าราชการ
  - ☐ เกษตรกรรม
  - ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
  - ☐ น้อยกว่า 2,000 บาท
  - ☐ 2,001 - 4,000 บาท
  - ☐ 4,001 - 6,000 บาท
  - ☐ 6,001 - 8,000 บาท
  - ☐ 8,001 - 10,000 บาท
  - ☐ มากกว่า 10,001 ขึ้นไป

## 6. ลักษณะครอบครัว

- ☐ ครอบครัวเดี่ยว
- ☐ ครอบครัวขยาย มีสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน.....คน

## 7. ศาสนา

- ☐ พุทธ
- ☐ คริสต์
- ☐ อิสลาม
- ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....



ภาคผนวก ค.  
แบบสัมภาษณ์สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน

| รายการ                                                                              | ไม่รบกวน | รบกวน<br>เล็กน้อย | รบกวน<br>ปานกลาง | รบกวน<br>มาก |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|------------------|--------------|
| 1. ลูก หรือ หลาน ฯ                                                                  |          |                   |                  |              |
| 2. แม่ของท่าน                                                                       |          |                   |                  |              |
|                                                                                     |          |                   |                  |              |
|                                                                                     |          |                   |                  |              |
|                                                                                     |          |                   |                  |              |
|                                                                                     |          |                   |                  |              |
|                                                                                     |          |                   |                  |              |
|                                                                                     |          |                   |                  |              |
| 43. การจัดระบบในการทำงานและ<br>กิจวัตรประจำวัน                                      |          |                   |                  |              |
| 44. การเป็นสมาชิกสมาคม/ชุมนุม/กลุ่ม<br>การที่ต้องมีข้อผูกพันทางสังคม/<br>ชมรม/กลุ่ม |          |                   |                  |              |

## ภาคผนวก ง.

## แบบสอบถามพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม

## คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้ ต้องการทราบว่าท่านรู้สึกพึงพอใจการสนับสนุนที่ท่านได้รับจาก สามี ของท่านมากน้อยเพียงใดในแต่ละข้อต่อไปนี้ โดยเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ของท่านมากที่สุด

| พฤติกรรมสนับสนุน                                                      | รู้สึกพึงพอใจ |         |            | รู้สึกไม่พึงพอใจ |         |           |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------|---------|------------|------------------|---------|-----------|
|                                                                       | มากที่สุด     | ปานกลาง | น้อยที่สุด | น้อยที่สุด       | ปานกลาง | มากที่สุด |
| 1. ได้ร่วมทุกข์ ร่วมสุข ด้วยกัน                                       |               |         |            |                  |         |           |
| 2. ช่วยทำให้ฉันมีขวัญและกำลังใจเพิ่มขึ้น                              |               |         |            |                  |         |           |
|                                                                       |               |         |            |                  |         |           |
|                                                                       |               |         |            |                  |         |           |
| 11. แสดงให้ฉันรู้ว่า เขาจะอยู่ใกล้ฉันเสมอเมื่อฉันต้องการความช่วยเหลือ |               |         |            |                  |         |           |

### คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้ ต้องการทราบว่าท่านรู้สึกพึงพอใจการสนับสนุนที่ท่านได้รับจาก มารดา ของท่านมากน้อยเพียงใดในแต่ละข้อต่อไปนี้ โดยเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ของท่านมากที่สุด

| พฤติกรรมสนับสนุน                                                      | รู้สึกพึงพอใจ |         |            | รู้สึกไม่พึงพอใจ |         |           |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------|---------|------------|------------------|---------|-----------|
|                                                                       | มากที่สุด     | ปานกลาง | น้อยที่สุด | น้อยที่สุด       | ปานกลาง | มากที่สุด |
| 1. ได้ร่วมทุกข์ ร่วมสุข ด้วยกัน                                       |               |         |            |                  |         |           |
| 2. ช่วยทำให้ฉันมีขวัญและกำลังใจเพิ่มขึ้น                              |               |         |            |                  |         |           |
|                                                                       |               |         |            |                  |         |           |
|                                                                       |               |         |            |                  |         |           |
| 11. แสดงให้ฉันรู้ว่า เขาจะอยู่ใกล้ฉันเสมอเมื่อฉันต้องการความช่วยเหลือ |               |         |            |                  |         |           |

## ภาคผนวก จ.

## แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเองในหญิงมีครรภ์

## 1. ลักษณะนิสัยของการรับประทานอาหารแต่ละประเภทของท่านเป็นอย่างไร

## 1.1 อาหาร พวกเนื้อสัตว์ต่าง ๆ ได้แก่ เนื้อหมู วัว เป็ด ปลา ไก่

.....ก. รับประทานเป็นประจำทุกวัน

.....ข. รับประทานสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง

.....ค. รับประทานสัปดาห์ละครั้ง

.....ง. ไม่เคยรับประทานเลย

ท่านไม่เคยรับประทานเนื้อสัตว์เลย เพราะ.....

## 1.2 อาหารทะเล

.....ก. รับประทานสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง

.....ข. รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

.....ค. รับประทานเดือนละครั้ง

.....ง. ไม่เคยรับประทานเลย

ท่านไม่เคยได้รับประทานอาหารทะเลเลย เพราะ.....

## 2. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละประมาณกี่แก้ว

.....ก. วันละ 7 - 8 แก้ว

.....ข. วันละ 5 - 6 แก้ว

.....ค. วันละ 3 - 4 แก้ว

.....ง. น้อยกว่า 3 แก้วต่อวัน

## 35. ท่านมาตรฐานการตรวจครรภ์ตามนัดบ่อยครั้งเพียงใด

.....ก. มาตรฐานตามนัดทุกครั้ง

.....ข. มาตรฐานตามนัดเกือบทุกครั้ง

.....ค. มาตรฐานตามนัดเป็นบางครั้ง

.....ง. มาตรฐานตามนัดน้อยครั้งมาก

## ภาคผนวก จ.

## แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์

| รายการ                | คะแนน                                             |                                                                     |                                                                                                                         |
|-----------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | 0                                                 | 1                                                                   | 2                                                                                                                       |
| 1. ภาวะโลหิตจาง       | ฮีโมโกลบิน<br>มากกว่า 10<br>กรัมต่อ 100<br>ซี.ซี. | ฮีโมโกลบิน<br>8-10 กรัม<br>ต่อ 100<br>ซี.ซี.                        | ฮีโมโกลบิน<br>ต่ำกว่า 8 กรัม<br>ต่อ 100 ซี.ซี.                                                                          |
| 2. ความดันโลหิต       | เท่ากับหรือ<br>หรือน้อยกว่า<br>120/80<br>มม.ปรอท  | สูงมากกว่า<br>120/80<br>มม.ปรอท<br>และน้อยกว่า<br>140/90<br>มม.ปรอท | BP สูงมาก<br>กว่าหรือเท่ากับ<br>140/90<br>มม.ปรอท<br>หรือ Sys-<br>tolic >30<br>มม.ปรอท<br>Diastolic<br>> 15 มม.<br>ปรอท |
| 7. อายุครรภ์จนถึงคลอด | อายุครรภ์<br>37 - 40<br>สัปดาห์                   | อายุครรภ์<br>มากกว่า 42<br>สัปดาห์                                  | อายุครรภ์<br>น้อยกว่า 37<br>สัปดาห์                                                                                     |

## ภาคผนวก ช

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์มาลี เลิศมาลีวงศ์  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยอม อยู่สวัสดิ์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์อรพินธ์ เจริญผล  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ ดร.อวยพร ตันมชกุล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่