

ความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง

สร้อย อุดสนธิ์ธกุล ศศ.ค.* ดวงพร แสงสุวรรณ พย.ม.**

สุภาพภัทร์ ทาญกล้า ศษ.ม.*** อัญชสี อ้วนแก้ว พย.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเปรียบเทียบความเครียดกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรก 88 คน หญิงตั้งครรภ์หลัง 87 คน ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุดรธานี ระหว่างเดือนกันยายน 2565 ถึงเมษายน 2566 เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีมาตรวัด 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยถึงเป็นประจำ แบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ตามกรอบแนวคิดของ Pender มีมาตรวัด 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยถึงเป็นประจำ แบ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลางและไม่ดี แบบประเมินความเครียดและแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .98 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ครรภ์แรกส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับมากและระดับน้อย (ร้อยละ 53.4, 31.8 และ 12.5 ตามลำดับ) ครรภ์หลังส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับมากและระดับรุนแรง (ร้อยละ 46.0, 42.5 และ 8.1 ตามลำดับ) ครรภ์แรกส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี รองลงมาเป็นระดับปานกลาง และระดับไม่ดี (ร้อยละ 48.9, 42.0 และ 9.1 ตามลำดับ) ครรภ์หลังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับดี และระดับไม่ดี (ร้อยละ 47.1, 36.8 และ 16.1 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ครรภ์หลังมีค่าเฉลี่ยความเครียดมากกว่าครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, 95% CI = -7.831, -.356) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน ครรภ์แรกมากกว่าครรภ์หลังเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปว่าครรภ์หลังมีความเครียดมากกว่าครรภ์แรก สัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเครียดในระดับมากถึงระดับรุนแรงของทั้งสองกลุ่มค่อนข้างสูง และมากกว่าครึ่งของทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางถึงระดับไม่ดี จึงควรคัดกรองความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทั้งสองกลุ่มทุกครั้งที่ให้บริการรับฝากครรภ์ รายที่ผิดปกติควรให้การดูแล ช่วยเหลือ ส่งต่อในเพื่อการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความเครียด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์

วันที่รับบทความ 27 กันยายน 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 11 พฤศจิกายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 13 พฤศจิกายน 2566

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล solanu@kku.ac.th

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

Stress and health promotion behaviors of primigravida and multigravida

Soiy Anusornteerakul Ph.D.* Daungpron Saengsuwan M.N.S.**

Suphaphak Harnklar M.Ed.*** Anchalee Ounkaew M.N.S.***

Abstract

This descriptive research aimed to study stress levels, health-promoting behaviors; and compare stress with health-promoting behaviors of primigravida and multigravida. The sample consisted of 88 primigravida and 87 multigravida, who came for antenatal care at the Subdistrict Health Promotion Hospital, Mueang Udon Thani District, from September 2022 to April 2023. Research instruments included 1) the stress assessment form of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health; which was a 4-level scale, ranging from never to regularly, and ranged stress into four levels from mild to severe stress. 2) The health-promoting behaviors assessment form for six aspects according to Pender's Framework; which was 5-level scale, ranging from never to regularly, dividing health-promoting behaviors into three levels: good, moderate, and poor. The Cronbach's alpha coefficients of the stress assessment form and the health-promoting behavior assessment form were .98 and .95, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, and comparative analysis was carried out using t-tests.

The results found that most of the primigravida had moderate levels of stress, followed by high levels, and low levels (53.4%, 31.8%, and 12.5%, respectively). Most of the multigravida had moderate levels of stress, followed by high levels, and severe levels (46.0%, 42.5%, and 8.1%, respectively). Most of the primigravida had good levels of overall health-promoting behaviors, followed by moderate levels, and poor levels (48.9%, 42.0%, and 9.1%, respectively). Most of the multigravida had overall health-promoting behaviors at moderate levels, followed by good levels, and poor levels (47.1%, 36.8%, and 16.1%, respectively). Regarding the health-promoting behaviors in each aspect, both groups were mostly at good levels, followed by moderate levels. The average stress of the multigravida was statistically significantly higher than that of the primigravida ($p < .05$, 95% CI -7.831, -.356). The averages of overall health-promoting behaviors and each aspect were slightly higher in primigravida than multigravida, however the differences were not statistically significant. It can be concluded that the multigravida was more stressful than the primigravida. The proportion of pregnant women with high to severe levels of stress in both groups was quite high. In addition, more than half of both groups had moderate to poor levels of health-promoting behaviors. Therefore, stress and health-promoting behaviors should be screened every antenatal care clinic visit of both groups. Abnormal cases should be provided with care, assistance; and referred for further appropriate care.

keywords: stress; health-promoting behavior; pregnant women

Received 27 September 2023 Revised 11 November 2023 Accepted 13 November 2023

*Associate Professor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udon Thani Campus, Corresponding author, E-mail: soianu@kku.ac.th

**Lecturer, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

***Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udon Thani Campus

บทนำ

การตั้งครรภ์เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและฮอร์โมน นำไปสู่ความไม่สบายที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอดการตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด ส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึก กอปรกับความกลัวและความกังวลต่อการตั้งครรภ์ ทำให้เกิดความเครียดและความกังวล¹⁻² การตั้งครรภ์จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความเครียด ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม อารมณ์และความสามารถ³ ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ในระดับปานกลางและระดับสูง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านลบ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองน้อยลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง ส่งผลต่อสัมพันธ์ภรรยาและครอบครัวลดลง ความสนใจในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์น้อยลง⁴⁻⁵ ความเครียดในระยะตั้งครรภ์ที่สะสมอยู่ยาวนานโดยไม่ได้รับการดูแลแก้ไข จะส่งผลเสียต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์อาจมีภาวะทุพโภชนาการ ความดันโลหิตสูง ระบบภูมิคุ้มกันลดลงทำให้มีการติดเชื้อได้ง่าย ทำให้เลือดไหลเวียนไปมดลูกลดลงทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย^{4,6} การประเมินความเครียดเป็นการคัดกรองปัญหาทางด้านอารมณ์ ซึ่งอาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิต และเชื่อมโยงสู่การดูแลตนเองบกพร่อง⁵ ความรุนแรงของระดับความเครียด ความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับความรู้ต่อสิ่งกระตุ้น ลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ประสบการณ์ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว⁷

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁸ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของงานสุขภาพจิตในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ ให้ได้รับการประเมินสุขภาพจิต เพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต โดยจัดทำแบบคัดกรองสุขภาพจิตเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เป็นผู้ประเมิน แต่การประเมินความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านมาส่วนใหญ่ประเมินในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุ <20 ปี)⁹⁻¹¹ หญิงตั้งครรภ์อายุมาก (อายุ ≥35 ปี)¹² หญิงตั้งครรภ์แรก¹ ทั้งที่ความเครียดขณะตั้งครรภ์เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ทุกครรภ์ทุกกลุ่มและเกิดขึ้นได้ตลอดการตั้งครรภ์ เพราะหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลและความเครียด และมีระดับแตกต่างกันในครรภ์แรกและครรภ์หลัง จากการศึกษาเกี่ยวกับอาการไม่สบาย ความกังวลเกี่ยวกับการคลอดและสุขภาพทารกในครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว⁷ จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า จำนวนการตั้งครรภ์ ประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด ทำให้สามารถดูแลตนเองและจัดการความเครียดได้ดี และมี ความเครียดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก¹²⁻¹³ ซึ่งขัดแย้งกับบางการศึกษาที่พบว่าครรภ์แรกมีความวิตกกังวลระดับรุนแรงน้อยกว่าครรภ์หลัง² อาจเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากขึ้นมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความเครียดในขณะตั้งครรภ์ในระดับสูงได้¹²⁻¹⁵ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์แรกส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์หลัง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกเป็นวัยที่ขาดวุฒิภาวะ ไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังไม่ถูกต้อง ทำให้พบปัญหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม¹⁶⁻¹⁷ การศึกษาความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง จึงยังคงเป็นประเด็นที่ต้องศึกษาให้ชัดเจนต่อไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นด่านแรกที่ให้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบ รวมถึงการให้บริการรับฝากครรภ์และบทบาทที่สำคัญคือการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาใช้บริการฝากครรภ์ให้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการประเมินความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และเฝ้าระวังภาวะเครียดในระดับที่ต้องการดูแลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมเพื่อการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง

สมมติฐานการวิจัย

ความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง มีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินความเครียดเป็นการป้องกันสุขภาพจิตและเชื่อมโยงสู่การรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การคัดกรองความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ เป็นการประเมินเบื้องต้น เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาการดูแลและช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม⁵ ในการศึกษาครั้งนี้การประเมินความเครียดใช้แนวคิดการประเมินสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁶

ด้วยการประเมินความเครียด 20 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินย้อนหลัง 2 เดือนจนถึงปัจจุบัน ส่วนแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ใช้กรอบแนวคิดของ Pender¹⁸ ที่เชื่อว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลตั้งใจกระทำในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน คือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (cross sectional collecting data) ในเดือนกันยายน 2565 ถึง เมษายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองอุดรธานี จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณด้วยสูตร Cochran¹⁹
$$n = \frac{p(1-p)z^2}{e^2}$$

เมื่อ n เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ p เป็นความชุกของความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับร้อยละ 12.4⁵ กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ (e) ร้อยละ 5 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (z) ร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 167 คน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งอาจได้แบบสอบถามที่ไม่ครบสมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10²⁰ เป็น 184 คน และได้แบบสอบถามที่ครบสมบูรณ์จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 95.1 เป็นหญิงตั้งครรภ์แรก 88 คน และครรภ์หลัง (ตั้งครรภ์ ≥ 2 ครั้ง) 87 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี มีอายุ 18 ปี

ขึ้นไป มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ หญิงตั้งครรภ์มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การสื่อสาร ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่ามีปัญหาทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นชุดแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ การวางแผนการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุตินา ปัญญาพินิจนุกร และณัฐธิดา สอนนาค¹ ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Pender¹⁸ มีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย จำนวน 14 ข้อ 3) ด้านโภชนาการ จำนวน 12 ข้อ 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 11 ข้อ 5) ด้านพัฒนาทางจิตวิญญาณ จำนวน 6 ข้อ และ 6) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด 60 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4 สำหรับข้อความที่เป็นบวก คือ ไม่เคย (1 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) น้อยครั้ง (3 คะแนน) เป็นประจำ (4 คะแนน) สำหรับข้อความที่เป็นลบ จะให้คะแนนตรงกันข้ามกับข้อความที่เป็นบวก การแปลผลคะแนนเป็นระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3 ระดับ²¹ คือ ระดับดี (คะแนนร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 60-79) และระดับไม่ดี (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁸ เป็นแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน จำนวน 20 ข้อ มีมาตรวัด

4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย (0 คะแนน) เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) เป็นบ่อย ๆ (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) ประเมินความเครียดออกเป็น 4 ระดับ คือ ความเครียดระดับน้อยหรือปกติ (0-17 คะแนน) ระดับปานกลางหรือสูงกว่าปกติเล็กน้อย (18-25 คะแนน) ระดับมากหรือสูงกว่าปกติปานกลาง (26-29 คะแนน) ระดับรุนแรงหรือสูงมาก (30-60 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ (index of item congruence: IOC) เท่ากับ .71-1.00 และนำแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบประเมินความเครียด ไปทดสอบความเที่ยง (reliability) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมเท่ากับ 0.95 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 0.92 ด้านกิจกรรมทางกาย 0.83 ด้านโภชนาการ 0.95 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเท่ากับ 0.91 ด้านพัฒนาทางจิตวิญญาณ 0.91 และด้านการจัดการความเครียด 0.95 และแบบประเมินความเครียด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .98

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่รับรอง อว 0622.7/612 เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามนี้จะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม และถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาในปัจจุบัน

และในอนาคต การวิเคราะห์นำเสนอผลข้อมูลทั้งหมด
ในภาพรวม โดยไม่ระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งเดียว ในวันที่กลุ่ม
ตัวอย่างมารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี
ระหว่างรอรับบริการหรือหลังการรับบริการ ขึ้นอยู่กับ
ความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบ
แบบสอบถามด้วยตนเองในสถานที่ที่จัดให้ เพื่อให้หญิง
ตั้งครรภ์มีความเป็นส่วนตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ระดับความเครียดและพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบ
ความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครรภ์
แรกและครรภ์หลัง โดยทำการทดสอบการแจกแจงของ
ข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูล
มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution)
(ตารางที่ 1) จึงใช้การทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน
(independent t-test)

ตารางที่ 1 การทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (n=175)

one sample Kolmogorov-Smirnov test		ความเครียด	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
most extreme differences	absolute	.152	.206
	positive	.034	.206
	negative	-.152	-.008
Kolmogorov-Smirnov Z		.940	1.270
asymp sig (2 tailed)		.339*	.079*

*p-value>.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างครรภ์แรกทั้งหมด 88 คน
ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 76.1 เป็นหญิง
ตั้งครรภ์วัยรุ่น (18-19) ปี ร้อยละ 15.9 และอายุมาก
(35 ปี) ร้อยละ 8.0 การศึกษาอาชีวศึกษา/อนุปริญญา
ร้อยละ 43.2 ส่วนมากสถานภาพคู่ ร้อยละ 98.9 อาชีพ
เกษตรกร/รับจ้าง ร้อยละ 46.6 ไม่มีโรคประจำตัว
ร้อยละ 100 และวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 85.2
ฝากครรภ์ตั้งแต่ 3-5 ครั้ง ส่วนใหญ่ 4 ครั้ง ร้อยละ 51.1
รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001-30,000
บาท ร้อยละ 60.2 (ตารางที่ 2)

ครรภ์หลังทั้งหมด 87 คน ส่วนใหญ่อายุ
ระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 64.3 เป็นหญิงตั้งครรภ์
วัยรุ่น (18-19) ปี ร้อยละ 8.0 และอายุมาก (35 ปี)
ร้อยละ 27.7 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 49.4
ส่วนมากสถานภาพคู่ ร้อยละ 93.1 อาชีพเกษตรกร/
รับจ้าง ร้อยละ 60.9 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.5
และวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 83.9 ฝากครรภ์
ตั้งแต่ 3-5 ครั้ง ส่วนใหญ่ 5 ครั้ง ร้อยละ 55.2 รายได้
ครอบครัวต่อเดือน < 20,000 บาท ร้อยละ 65.5
(ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=175)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ครรภ์แรก (n=88)		ครรภ์หลัง (n=87)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
18-19	14	15.9	7	8.0
20-34	67	76.1	56	64.3
≥35	7	8.0	24	27.7
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	9	10.2	43	49.4
มัธยมศึกษา	28	31.8	26	29.9
อนุปริญญา/อาชีวศึกษา	38	43.2	15	17.3
ปริญญาตรี	13	14.8	3	3.4
สถานภาพ				
คู่	87	98.9	81	93.1
หย่า/หม้าย/แยก	1	1.1	6	6.9
อาชีพ				
ไม่มีอาชีพ/นักเรียน/นักศึกษา	8	9.1	28	32.2
ค้าขาย	26	29.5	3	3.4
เกษตรกรรม/รับจ้าง	41	46.6	53	60.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	14.8	3	3.4
โรคประจำตัว				
ไม่มี	88	100	77	88.5
มี (เบาหวาน ไทรอยด์ ความดัน โลหิตสูง)	0	0	10	11.5
การวางแผนการตั้งครรภ์				
วางแผน	75	85.2	73	83.9
ไม่ได้วางแผน/ไม่ได้ตั้งใจ	13	14.8	14	16.1
จำนวนการฝากครรภ์ (ครั้ง)				
3	19	21.6	16	18.4

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=175) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ครรภ์แรก (n=88)		ครรภ์หลัง (n=87)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4	45	51.1	23	26.4
5	24	27.3	48	55.2
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)				
≤20,000	14	15.9	57	65.5
20,001-30,000	53	60.2	27	31.1
>30,000	21	23.9	3	3.4

ความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ครรภ์แรก ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.4 รองลงมาเป็นระดับมากและระดับน้อย ร้อยละ 31.8 และ 12.5 ตามลำดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 48.9 และ 42.0 ตามลำดับ และอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 9.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีรองลงมาเป็นระดับปานกลาง (ตารางที่ 3)

ส่วนครรภ์หลังส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.0 รองลงมาเป็นระดับมากและระดับรุนแรง ร้อยละ 42.5 และ 8.1 ตามลำดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับดี ร้อยละ 47.1 และ 36.8 ตามลำดับ และอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 16.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีรองลงมาเป็นระดับปานกลาง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=175)

ความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ครรภ์แรก (n=88)		ครรภ์หลัง (n=87)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียด				
ระดับน้อย/ปกติ (0-17 คะแนน)	11	12.5	3	3.4
ระดับปานกลาง (18-25 คะแนน)	47	53.4	40	46.0
ระดับมาก (26-29 คะแนน)	28	31.8	37	42.5
ระดับรุนแรง (30-60 คะแนน)	2	2.3	7	8.1

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=175) (ต่อ)

ความเครียดและพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ	ครรภ์แรก (n=88)		ครรภ์หลัง (n=87)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
ระดับไม่ดี (10-23 คะแนน)	9	10.2	14	16.1
ระดับปานกลาง (24-31 คะแนน)	33	37.5	26	29.9
ระดับดี (32-40 คะแนน)	46	52.3	47	54.0
ด้านกิจกรรมทางกาย				
ระดับไม่ดี (14-33 คะแนน)	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (34-44 คะแนน)	20	22.7	27	31.0
ระดับดี (45-56 คะแนน)	68	77.3	60	69.0
ด้านโภชนาการ				
ระดับไม่ดี (12-28 คะแนน)	3	3.4	0	0
ระดับปานกลาง (29-37 คะแนน)	27	30.7	35	40.2
ระดับดี (38-48 คะแนน)	58	65.9	52	59.8
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล				
ระดับไม่ดี (11-25 คะแนน)	3	3.4	1	1.1
ระดับปานกลาง (26-34 คะแนน)	7	8.0	16	18.4
ระดับดี (35-44 คะแนน)	78	88.6	70	80.5
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ				
ระดับไม่ดี (6-13 คะแนน)	5	5.7	2	2.3
ระดับปานกลาง (14-18 คะแนน)	5	5.7	19	21.8
ระดับดี (19-24 คะแนน)	78	88.6	66	75.9
ด้านการจัดการความเครียด				
ระดับไม่ดี (7-16 คะแนน)	2	2.3	4	4.6
ระดับปานกลาง (17-21 คะแนน)	7	8.0	10	11.5
ระดับดี (22-28 คะแนน)	79	89.8	73	83.9

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=175) (ต่อ)

ความเครียดและพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ	ครรภ์แรก (n=88)		ครรภ์หลัง (n=87)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม				
ระดับไม่ดี (60-143 คะแนน)	8	9.1	14	16.1
ระดับปานกลาง (144-191 คะแนน)	37	42.0	41	47.1
ระดับดี (192-240 คะแนน)	43	48.9	32	36.8

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดและ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่างครรภ์แรก (\bar{X} 38.14, SD 13.02) น้อยกว่าครรภ์หลัง (\bar{X} 42.23, SD 12.00) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, 95% CI -7.831, -.356) แสดงให้เห็นว่าครรภ์หลังมีความเครียดมากกว่าครรภ์แรก (ตารางที่ 4)

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างครรภ์แรก (\bar{X} 183.82, SD 34.92) มากกว่าครรภ์หลัง (\bar{X} 175.52, SD 34.96) แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้าน ครรภ์แรก มีค่าเฉลี่ยมากกว่าครรภ์หลังเล็กน้อย และไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=175)

ความเครียดและพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ	ครรภ์แรก (n=88)		ครรภ์หลัง (n=87)		t-test	P value	95% confidence interval	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			lower	upper
	ความเครียด	38.14	13.02	42.23			12.00	-2.163*
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ								
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	31.61	6.67	31.38	7.22	.223	.824	-1.839	2.308
ด้านกิจกรรมทางกาย	42.16	7.02	40.25	7.53	1.733	.085	-.264	4.077
ด้านโภชนาการ	35.51	8.44	33.34	7.77	1.766	.079	-.255	4.588
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	34.01	7.24	31.94	6.67	1.966	.051	-.008	4.146
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	19.26	4.09	18.56	4.48	1.076	.283	-.582	1.978
ด้านการจัดการความเครียด	21.26	4.93	20.03	5.04	1.570	.118	-.316	2.770
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	183.82	34.92	175.52	34.96	1.571	.118	2.125	18.727

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างครรภ์แรกส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง รองลงเป็นระดับมาก และระดับน้อย ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างครรภ์หลังส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง รองลงเป็นระดับมาก และระดับรุนแรงตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับมาก ทั้งนี้ เนื่องจากการตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนซึ่งมีผลต่อภาวะจิตใจ²² การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและการขยายตัวของมดลูก การเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ เช่น กระดูก กล้ามเนื้อ ทางเดินอาหาร ทำให้เกิดความไม่สบาย เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และเกิดความเครียด^{2,22} สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับมาก^{4,12}

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครรภ์แรกและครรภ์หลังรายด้านทั้ง 6 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี รองลงมาเป็นระดับปานกลางเหมือนกันทั้ง 6 ด้าน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ครรภ์แรกส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีรองลงมาเป็นระดับปานกลาง ส่วนครรภ์หลังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางรองลงมา เป็นระดับดี เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการฝากครรภ์ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ทำให้ทุกคนได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ การปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ให้บริการรับฝากครรภ์ ทำให้ทุกคนมีความตระหนักถึงความรับผิดชอบของการเป็นมารดา ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ⁴ ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ จะมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการตั้งครรภ์^{1,23}

ครรภ์หลังมีส่วนความเครียดที่รุนแรงมากกว่าครรภ์แรก และค่าเฉลี่ยความเครียดของครรภ์หลังมากกว่าครรภ์แรก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากครรภ์หลังส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ในขณะที่ครรภ์แรกส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับอนุศึกษา/อาชีวศึกษา ทำให้ครรภ์แรกมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพได้มากกว่าครรภ์หลัง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูง จะสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสาธารณสุขได้มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อยกว่า²⁴ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้สูง จะเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นขั้นตอน และสามารถจัดการกับปัญหาด้วยเชิงบวก ทำให้มีความเครียดต่ำ^{12,23} สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะความวิตกกังวลที่ทำให้เกิดความเครียด³ นอกจากนี้ ครรภ์หลังส่วนใหญ่มีอายุมากกว่าครรภ์แรก มีวุฒิภาวะมากกว่า มีประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดมาก่อน ทำให้รู้ว่าการตั้งครรภ์และการคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีรวิทยา มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา ทารกในครรภ์และการคลอด ทำให้เกิดความเครียด¹² กอปรกับครรภ์หลังมีโรคประจำตัวร้อยละ 11.5 ส่วนครรภ์แรกทุกคนไม่มีโรคประจำตัว หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด ทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น^{3,12} สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุของหญิงตั้งครรภ์ที่มากขึ้นและภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่ทำนายความวิตกกังวลและความเครียดในขณะตั้งครรภ์^{3,12} นอกจากนี้ ครรภ์หลังส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้าง อาชีพมีความสัมพันธ์กับการพักผ่อน หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานหนัก ส่งผลให้การพักผ่อนลดลง จึงอาจทำให้เกิดความเครียดมาก¹¹⁻¹² และส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัว/เดือน ไม่เกิน 20,000 บาท (ร้อยละ 65.5) และไม่มีอาชีพหรือไม่ได้ทำงานมากกว่าครรภ์แรกประมาณ

4 เท่า ทำให้ไม่มีรายได้อื่นๆ รายได้แสดงถึงฐานะเศรษฐกิจฐานะเศรษฐกิจทำให้สามารถเลือกซื้ออาหารได้จำกัดมีข้อจำกัดในการเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้น้อย^{12,25} ทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ ครอบครัวที่มีรายได้น้อยหรือไม่เพียงพอ จะก่อให้เกิดความขัดแย้งและความมั่นคงในชีวิตครอบครัว หญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะเศรษฐกิจดี จะสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะเศรษฐกิจน้อยกว่า^{11,24}

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้าน และโดยรวม ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้เกิดสุขภาวะที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เนื่องจากทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เป็นวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะและมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จึงอาจได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากสามี ส่งผลให้รับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับความช่วยเหลือ รับรู้ถึงความรักความห่วงใยจากสามีและครอบครัว รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านได้ดี^{17,26} สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์^{23,25-26} นอกจากนี้ ทั้ง 2 กลุ่มทุกรายฝากครรภ์ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ส่วนใหญ่ตั้งใจและวางแผนการตั้งครรภ์ มีการเตรียมความพร้อมในการตั้งครรภ์ รับรู้ว่าทารกในครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของตนเองต้องดูแลสุขภาพให้แข็งแรง จึงมีการแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ แสวงหาความชวยยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะตั้งครรภ์ มีการพัฒนาทางจิตวิญญาณที่ดี^{1,26} การวางแผนการตั้งครรภ์ยังสะท้อนให้เห็นถึงการเตรียมพร้อมที่จะรับผิดชอบการตั้งครรภ์ ความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้สามารถปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ได้ดี มีการเปิดรับข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ได้มากขึ้น²⁷ สอดคล้อง

กับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการจัดการความไม่สุขสบายจากการตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน²⁸

ข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังมีสัดส่วนความเครียดในระดับมากและรุนแรงค่อนข้างสูง ในการให้บริการรับฝากครรภ์ทุกครั้ง จะต้องทำการประเมินความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ทุกรายทุกครั้งที่มาใช้บริการฝากครรภ์ และให้การดูแลช่วยเหลือในรายที่มีความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ และส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมในรายที่จำเป็น

2. ในการให้บริการรับฝากครรภ์ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การดูแลตนเอง การป้องกันและแก้ไขความไม่สุขสบายจากการตั้งครรภ์ เพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียด และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาซ้ำโดยทำการสุ่มและจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matching sampling) เพื่อให้มีตัวแปรคล้ายคลึงกันมากที่สุด เช่น อาชีพ การศึกษา รายได้ ครอบครัว ภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

2. จัดทำโปรแกรมคลายความเครียด และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเครียดในระดับมากและรุนแรง หญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดีและระดับปานกลาง

3. การศึกษาในระยะยาวควรศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเครียดและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี

References

1. Srisawad K, Panyapinitnukul C, Sonnark N. Health-promoting behavior in pregnancy. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2018; 38(2):95-109. (in Thai)
2. El Saida GN, Eman MME, Mona Gamal AEA, Amal Sarhan EG. Anxiety level among primigravida regarding minor discomforts (comparative study). *EJH* 2019;10(2): 335-46. doi:10.21608/EJHC.2019.144381
3. Kang Y, Yao Y, Dou J, Guo X, Li S, Zhao C, et al. Prevalence and risk factors of maternal, anxiety in late pregnancy in China. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(468):1-11.
4. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alder KR, Olshansky EF. *Maternity & women's health care*. 12th ed. St. Louis, USA: Missouri; 2020.
5. Anusornteerakul A, Sitti K, Ounkaew A, Harnklar S, Mokarat P. The prevalence and coherence of stress, risk of depression, and depression among pregnant women. *Journal of Nursing Science & Health* 2022;45(3):37-7. (in Thai)
6. Raburee C, Kuasit U, Ketjirachot R. Factors related to stress level in pregnant women with preterm labor while staying in hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2022;14(3): 267-81. (in Thai)
7. Ningthoujam SD, Priyanka S, Gulista S, Shital K. Level of anxiety towards childbirth among primigravida and multigravida mothers. *Int J Appl Res* 2018;4(5):221-4.
8. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for using mental health tools for public health personnel in community hospitals. Nonthaburi: Office of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health; 2015. (in Thai)
9. Saetan C, Kala S, Youngwanichsetha S. Effect of positive thinking and relaxation program on reducing stress among pregnant adolescents. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2018; 14(3):27-39. (in Thai)
10. Srisawad K, Panyapinitnukul C. Stress among pregnant adolescents. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2016;17(2):7-11. (in Thai)
11. Boonyaporn T, Saetan C. Nursing role: Stress management of pregnant teenager. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4(3):271-81. (in Thai)
12. Seatang O, Kewawjiboon J, Rueankul T. Stress and factors related to stress among elderly pregnancy. *Journal of Nursing and Health Research* 2021;22(3):71-83. (in Thai)
13. Schoch-Ruppen J, Ehlert U, Uggowitz F, Weymerskirch N, Marca-Ghaemmaghami L. Women's word use in pregnancy: Associations with maternal characteristics, prenatal stress, and neonatal birth outcome. *Front Psychol* 2018;9(1234):1-14. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01234.
14. Ekakkatachit V. Adverse pregnancy outcome of elderly pregnancy in Nangrong hospital. *Maharakham Hospital* 2016;13(3):71-83. (in Thai)
15. Barber CC, Starkey NJ. Predictors of anxiety among pregnant New Zealand women hospitalized for complications and a community comparison group. *Midwifery* 2015;31(9): 888-96.
16. Nakkrasae K, Lapvongwattana P, Chansatit-porn N. Effect of health promotion program on

- health-promoting behaviors in primigravida teen. *Journal of Public Health Nursing* 2019;33(1): 40-53. (in Thai)
17. Leelatiwanon T, Chunuan S, Youngwanichsetha S. Factors influencing eating behaviors among teenage pregnant women. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2018;10(2): 25-37. (in Thai)
 18. Murdaugh CL, Parsons MA, Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 8th ed. USA: Pearson Education; 2019.
 19. Cochran WG. *Sampling techniques*. 3rd ed. Canada: John Wiley & Sons; 1977.
 20. Israel GD. *Sampling the evidence of extension program impact: Program evaluation and organizational development*. Florida: University of Florida, USA; 1992.
 21. Bloom BS. *Taxonomy of education*. New York: David McKay Company; 1975.
 22. Kaeomaungfang R, Ratchaburi C. Effects of nutrition and exercise health promotion programs on nutritional health behavior of pregnant women. *Region 4-5 Medical Journal* 2022;41(2):209-19. (in Thai)
 23. Junjongkon N, Kongbamrung D, Khoka A. Health-promoting behaviors of pregnant women attending the antenatal clinic at Banmanik and Si Sunthon subdistrict health promotion hospitals in Thalang district, Phuket province between June and July 2020. *Bulletin of the Department of Medical Sciences* 2021;63(2):287-300. (in Thai)
 24. Lahukan B, Suwanpakdee W, Noonrat T, Buddum M. Stress in preterm labor pain. *Journal of MCU Nakhondhat* 2020;7(10):1-14. (in Thai)
 25. Tamteangtrong R, Sangin S, Deoisres W. Factors predicting nutritional health-promoting behaviors among pregnant adolescents. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2017;25(1):49-60. (in Thai)
 26. Karalai S, Sriratanaprapat J. Relationships between social support and health-promoting behavior among pregnant teenagers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2018;26(1):1-10. (in Thai)
 27. Winalaivanakoon C. Selected factors related to health responsibility behaviors among pregnant adolescents in Amnat Charoen province. *Journal of Nursing, Siam University* 2017; 20(39):8-19. (in Thai)
 28. Ayoub G, Awed AH. Comparative study between primigravida and multigravida regarding women's self-care practices for management of selected minor discomforts. *Madridge J Case Rep Stud* 2018;2(1):31-49.