

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอำนาจการทำนายของการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้คือ

1. เบาหวานขณะตั้งครรภ์
 - 1.1 อุบัติการณ์การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์
 - 1.2 พยาธิสรีรวิทยาของเบาหวานขณะตั้งครรภ์
 - 1.3 การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์
 - 1.4 การดูแลรักษาเบาหวานขณะตั้งครรภ์
 - 1.5 ผลกระทบของโรคเบาหวานต่อการตั้งครรภ์
2. ความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
 - 2.1 ความหมายและแนวคิดของความเครียด
 - 2.2 ผลกระทบของความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
 - 2.4 การประเมินความเครียด
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
 - 3.1 การสนับสนุนทางสังคม
 - 3.1.1 ความหมายและแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.1.2 การสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
 - 3.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
 - 3.1.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.2 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์
 - 3.2.1 ความหมายและแนวคิดของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์
 - 3.2.2 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3.2.4 การประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์

3.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.3.1 ความหมายและแนวคิดของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.3.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3.3.4 การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เบาหวานขณะตั้งครรภ์

อุบัติการณ์การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) หมายถึง ภาวะที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และ โปรตีน มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจาการกในขณะตั้งครรภ์ที่มีฤทธิ์ต้านการหลั่งของอินซูลิน ทำให้ความคงทนต่อน้ำตาลกลูโคสลดลง (glucose tolerance) ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น (IDF, 2009) ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะที่พบได้บ่อย และมีอุบัติการณ์การเกิดแตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่ สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.1 ในปี ค.ศ. 2007 - 2008 เป็นร้อยละ 8.50 ในปี ค.ศ. 2009 - 2010 (DeSisto et al., 2014) และในทวีปเอเชีย พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเช่นกัน เช่น ประเทศจีนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.40 ในปี ค.ศ. 2002 เป็นร้อยละ 6.80 ในปี ค.ศ. 2008 (Hirst et al, 2012) เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 196 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.98 ในปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 228 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.52 ในปี พ.ศ. 2557 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการทั้งหมด (หน่วยเวชศาสตร์มารดา และทารก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2557) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ พบสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จากร้อยละ 5.27 ในปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.89 ในปี พ.ศ. 2557 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการทั้งหมด (แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่, 2558) จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ต่อจำนวนสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ และเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลก

พยาธิสรีรวิทยาของเบาหวานขณะตั้งครรภ์

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างการสร้าง และความต้องการอินซูลินของสตรีตั้งครรภ์ ในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต เพื่อไปใช้เป็นแหล่งพลังงานในการเจริญเติบโตของทารกที่เพิ่มมากขึ้นตามอายุครรภ์ (Davidson, London, & Ladewig, 2012) โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์ จะมีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนอินซูลิน เช่น โพรแลคติน โพรเจสเตอโรน โพรแลคติน และคอร์ติซอล ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่หลั่งจากรก เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงในขณะตั้งครรภ์ แต่กลับพบว่าฮอร์โมนเหล่านี้มีผลไปต้านฤทธิ์การหลั่งของอินซูลิน ทำให้ความสามารถการทำงานของอินซูลินลดลง และเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ร่างกายจึงไม่สามารถนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์เนื้อเยื่อได้ ระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์จึงสูงขึ้น (Singh & Rastogi, 2008)

ในสตรีตั้งครรภ์ปกติร่างกายจะมีการปรับตัว เพื่อรักษาสมดุลของระดับน้ำตาลให้อยู่ในภาวะปกติ โดยเบต้าเซลล์ของตับอ่อนจะมีการหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น แม้จะมีการต้านการหลั่งของอินซูลินจากฮอร์โมนจากรกที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Lowdermilk, Perry, & Cashion, 2014) แต่หากสตรีตั้งครรภ์มีความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากการทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อน จากกระบวนการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองของร่างกาย โดยสร้างสารโปรตีนที่เรียกว่า ออโตแอนติบอดี (autoantibody) ไปยังเบต้าเซลล์ของตับอ่อน หรือจากความผิดปกติในการเปลี่ยนแปลงของยีนกลูโคโคเนสที่ เกิดจากการถ่ายทอดความผิดปกติทางพันธุกรรมที่เบต้าเซลล์ของตับอ่อน (genetic defects of beta-cell function) ที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมสมดุลของกลูโคสในร่างกาย (Buchanan, Xiang, Kjos, & Watanabe, 2007) เบต้าเซลล์ของตับอ่อนจึงไม่สามารถหลั่งอินซูลินได้ในปริมาณที่ร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ต้องการ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น สตรีตั้งครรภ์จึงมีแนวโน้มที่จะกลายเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ (Di Cianni, Miccoli, Volpe, Lencioni, & Del Prato, 2003)

การตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์

1. การตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นการตรวจหากกลูโคสในเลือดให้เร็วที่สุดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงทุกราย ยกเว้นในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่ำ ประวัติสำคัญที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มเสี่ยงต่ำ ต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

1.1 สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่

- สตรีตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป
- มีประวัติพ่อ แม่ ญาติพี่น้องเป็นโรคเบาหวาน
- มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนการตั้งครรภ์ หรือค่า BMI > 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
- เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน
- ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ
- เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 4 กิโลกรัมขึ้นไป
- เคยคลอดบุตรและทารกเสียชีวิตในครรภ์โดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน หรือเคยคลอดบุตรที่มีความพิการแต่กำเนิดโดยไม่ทราบสาเหตุ

1.2 สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงปานกลางต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงต่ำ

1.3 สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่ำต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่

- สตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 25 ปี
- ไม่มีประวัติพ่อ แม่ ญาติพี่น้องเป็นโรคเบาหวาน
- มีน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ปกติ หรือค่า BMI < 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
- ไม่มีประวัติผิดปกติในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน
- ไม่พบความผิดปกติในการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ

โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง แนะนำให้ตรวจคัดกรองครั้งแรกเมื่อมาฝากครรภ์ หากผลปกติ ให้ประเมินซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 24 - 28 สัปดาห์ สำหรับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงปานกลาง ให้ตรวจคัดกรองเมื่ออายุครรภ์ 24 - 28 สัปดาห์ ตรวจพร้อมกับการตรวจเลือดฝากครรภ์ครั้งที่สอง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ฉะนั้นการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่สามารถช่วยป้องกัน และลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้

2. การวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2.1 วิธีการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในปัจจุบันราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย แนะนำให้ใช้มี 2 วิธีคือ วิธีการของคาร์เพนเตอร์ และ คอสแตน (Carpenter & Coustan) และวิธีการขององค์การอนามัยโลกและสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (IDF) (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

2.1.1 วิธีการของคาร์เพนเตอร์ และ คอสแตน (Carpenter & Coustan) แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มเสี่ยงปานกลางทุกรายดื่มน้ำตาลกลูโคส 50 กรัม (50 gram glucose

challenge test [GCT]) โดยไม่จำเป็นต้องงดน้ำและอาหาร และเจาะเลือด 1 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส ถ้าระดับกลูโคสในเลือดมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าผิดปกติ ซึ่งมีโอกาสที่จะเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูง ต้องทำการทดสอบด้วยน้ำตาลกลูโคส 100 กรัม (100 gram oral glucose tolerance test [OGTT]) เป็นการทดสอบความทนของกลูโคส 100 กรัมใน 3 ชั่วโมง (3 hour 100 gram oral glucose tolerance test) โดยให้สตรีตั้งครรภ์งดน้ำและอาหารทางปาก ในช่วงกลางคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลกลูโคสขณะงดน้ำและอาหารในตอนเช้า (fasting plasma glucose [FBS]) จากนั้นให้ดื่มน้ำตาลกลูโคส 100 กรัม และเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลกลูโคสอีกครั้งในชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 เพื่อวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (American Diabetes Association [ADA], 2015)

2.1.2 วิธีการขององค์การอนามัยโลกและสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (IDF) แนะนำให้ตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยตรวจหาระดับน้ำตาลกลูโคสขณะงดน้ำและอาหาร ถ้าระดับกลูโคสในเลือดมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 92 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้เลย แต่หากระดับกลูโคสในเลือดมีค่าน้อยกว่า 92 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ต้องทำการทดสอบด้วยน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม OGTT โดยให้สตรีตั้งครรภ์งดน้ำและอาหารทางปาก ในช่วงกลางคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลกลูโคส คือ ขณะงดน้ำและอาหารในตอนเช้า (FBS) และหลังจากดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม ในชั่วโมงที่ 1 และ 2

สำหรับวิธีการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ใช้วิธีการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของคาร์เพนเตอร์ และ คอสแตน เช่นเดียวกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย

2.2 การแปลผลการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2.2.1 การแปลผลการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยน้ำตาลกลูโคส 100 กรัม OGTT ตามเกณฑ์ของกลุ่มข้อมูลเบาหวานแห่งชาติ (National Diabetes Data Group [NDDG]) เป็นการทดสอบความทนของกลูโคส 100 กรัมใน 3 ชั่วโมง (3 hour 100 gram oral glucose tolerance test) ค่าปกติของระดับน้ำตาลกลูโคสขณะงดน้ำและอาหารในตอนเช้า เท่ากับ 105 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ ชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 100 กรัม เท่ากับ 190, 165, และ 145 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Boriboonthirunsarn, Lertbunnaphong, and Tientong, 2014) สำหรับเกณฑ์ของสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา (ADA) ค่าปกติของระดับน้ำตาลกลูโคสขณะงดน้ำและอาหารในตอนเช้า เท่ากับ 95 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ ชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 100 กรัม เท่ากับ 180, 155, และ

140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถ้าพบค่าผิดปกติเท่ากับหรือมากกว่า 2 ค่า ขึ้นไป ให้วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ADA, 2004)

2.2.2 การแปลผลการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม OGTT ค่าปกติของระดับน้ำตาลกลูโคสขณะงดน้ำและอาหารในตอนเช้า เท่ากับ 90 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และชั่วโมงที่ 1 และ 2 หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม เท่ากับ 180 และ 153 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถ้าพบค่าผิดปกติเท่ากับหรือมากกว่าเพียงหนึ่งค่า ให้วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

สำหรับการแปลผลการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ใช้การแปลผลการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยน้ำตาลกลูโคส 100 กรัม OGTT ตามเกณฑ์ของกลุ่มข้อมูลเบาหวานแห่งชาติ (NDDG) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่วิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Obstetrics and Gynecology [ACOG]) แนะนำ และเป็นเกณฑ์ที่นิยมใช้กันมากที่สุดในประเทศไทย

2.3 การจำแนกชนิดของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยใช้ระดับน้ำตาลกลูโคสขณะงดน้ำและอาหารในตอนเช้า ตาม White classification เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง แบ่งเป็น 2 ชนิด (Cunningham et al., 2010) ดังนี้

2.3.1 เบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่หนึ่ง (GDM class A₁) หมายถึง ระดับน้ำตาลกลูโคสขณะงดน้ำและอาหารในตอนเช้า มีค่าน้อยกว่า 105 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับน้ำตาลกลูโคสหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2-hour postprandial plasma glucose [2-hr pp]) มีค่าน้อยกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2.3.2 เบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่สอง (GDM class A₂) หมายถึง ระดับน้ำตาลกลูโคสขณะงดน้ำและอาหารในตอนเช้า มีค่ามากกว่า 105 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับน้ำตาลกลูโคสหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง มีค่ามากกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การดูแลรักษาเบาหวานขณะตั้งครรภ์

จุดมุ่งหมายหลักในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุดตลอดการตั้งครรภ์ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนั้นการดูแลที่เหมาะสมจะต้องครอบคลุมเกี่ยวกับ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาด้วยอินซูลิน และการลดความเครียด มีรายละเอียดดังนี้

1. การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (self-monitored blood glucose [SMBG]) เป็นการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ และก่อนนอน จากการเจาะเส้นเลือดฝอยที่บริเวณปลายนิ้ว ซึ่งสามารถตรวจได้ด้วยตนเองเป็นประจำ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติ เป้าหมายการควบคุมเบาหวานที่ดีสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์คือ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารในช่วง 60 - 95 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง น้อยกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง น้อยกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Guttmacher, 2004)

2. การควบคุมอาหาร (diet control) เป็นส่วนสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ควรได้รับอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของกระบวนการเผาผลาญของร่างกายและปริมาณอินซูลิน เพื่อป้องกันภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน ลักษณะอาหารที่ได้รับควรคำนึงถึงปริมาณแคลอรีทั้งหมด สัดส่วนและปริมาณแคลอรีของอาหารแต่ละชนิด ซึ่งพิจารณาจากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index [BMI]) (ADA, 2004) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ ควรได้รับพลังงาน 30 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน และในสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ ($BMI > 30 \text{ kg/m}^2$) ควรได้รับพลังงานประมาณ 25 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน รับประทานอาหารที่ลดน้อยแต่บ่อยครั้ง เนื่องจากทารกมีการใช้กลูโคสอย่างต่อเนื่อง สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ โดยให้แบ่งมื้ออาหารในแต่ละวันเป็น 7 มื้อ คือ อาหารหลัก 3 มื้อ อาหารว่าง 3 มื้อ และก่อนนอน 1 มื้อ (Setji et al., 2005) และแบ่งสัดส่วนแคลอรีในแต่ละมื้ออย่างเหมาะสม คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50 - 55 โปรตีนร้อยละ 20 และไขมันร้อยละ 25 - 30 และควรหลีกเลี่ยงของหวานทุกชนิด (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) จากการศึกษาพบว่า การควบคุมอาหารสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดทารกตัวโต (Gillman et al., 2010) และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นต่อทารกแรกเกิดได้ เช่น ทารกตายแรกเกิด ภาวะคลอดติดไหล่ การได้รับบาดเจ็บของกล้ามเนื้อประสาทบริเวณแขน และกล้ามเนื้อประสาทบริเวณหน้า (Crowther et al., 2005) นอกจากนี้การควบคุมอาหารยังสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อีกด้วย (Cheung et al., 2007)

3. การออกกำลังกาย (exercise) ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้กล้ามเนื้อส่วนบนของร่างกาย เช่น การหมุนแขน การแกว่งแขน เป็นต้น หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหม ไม่แนะนำให้ออกกำลังกายโดยการวิ่ง เพราะจะเป็นผลกระตุ้นให้กล้ามเนื้อหดตัว (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) การออกกำลังกายนับว่าเป็นประโยชน์ต่อสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพราะจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น เนื่องจากขณะออกกำลังกายร่างกายจะมีการเผาผลาญน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานมากขึ้น อินซูลินดูดซึมได้เร็วขึ้น และความต้องการอินซูลินลดลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (Canadian Diabetes Association [CDA], 2008) ซึ่งวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (ACOG, 2006) แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ออกกำลังกายระดับปานกลาง 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลาอย่างน้อย

30 นาที มีการวิจัยพบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีการควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย มีผลต่อการใช้อินซูลินที่ลดลง และมีความล่าช้าในการเริ่มต้นรักษาด้วยอินซูลินมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียวในเวลา 4 สัปดาห์ (Brankston, Mitchell, Ryan, & Okum, 2004) นอกจากนี้ยังพบ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกาย กับการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าสตรี ตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกายมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ มีอัตราการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ น้อยกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย (Redden, LaMonte, Freudenheim, & Rudra, 2011)

4. การรักษาด้วยอินซูลิน (insulin therapy) การรักษาด้วยวิธีนี้จะใช้ในกรณีที่ ระดับน้ำตาลในเลือด ขณะอดอาหารมากกว่า 105 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ตั้งแต่ที่วินิจฉัยได้ครั้งแรก และในสตรีที่เป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ด้วยการควบคุมอาหารเพียง อย่างเดียว โดยใช้ฮิวแมนอินซูลินที่ออกฤทธิ์ปานกลาง เช่น NPH (neutral protamine hagedom) เวลาออก ฤทธิ์ 2 - 4 ชั่วโมง ฤทธิ์สูงสุด 6 - 10 ชั่วโมง ออกฤทธิ์นาน 10 - 16 ชั่วโมง ร่วมกับฮิวแมนอินซูลินที่ออก ฤทธิ์ระยะสั้น เช่น regular insulin (RI) เวลาออกฤทธิ์ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ฤทธิ์สูงสุด 2 - 3 ชั่วโมง ออก ฤทธิ์นาน 4 - 6 ชั่วโมง หรืออินซูลินอะนาล็อกที่ออกฤทธิ์เร็ว เนื่องจากอินซูลินชนิดนี้มีค่าใกล้เคียงกับ อินซูลินในร่างกายมากที่สุด (Power, 2005) ขนาดและปริมาณอินซูลินที่ใช้ขึ้นอยู่กับดัชนีมวลการของสตรี ตั้งครรภ์แต่ละคน ในไตรมาสแรก 0.8 ยูนิตต่อกิโลกรัม ไตรมาสสอง 1 ยูนิตต่อกิโลกรัม และไตรมาสสาม 1.2 ยูนิตต่อกิโลกรัม ในแต่ละวันจะให้ในตอนเช้า 2 ใน 3 ของจำนวนอินซูลินทั้งหมด และ 1 ใน 3 ให้ใน ตอนเย็น สัดส่วนที่ให้ก่อนอาหารเช้า 30 นาทีเป็น NPH : RI เท่ากับ 2 : 1 และก่อนอาหารเย็นเป็น 1 : 1 (Veciana, & Evans, 2007)

5. การลดความเครียด เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีความเครียดเกิดขึ้น ร่างกายจะกระตุ้นไฮโปทาลามัส ให้หลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคโทรปิน รีลีสซิงฮอร์โมน ไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมน อะดรีโนคอร์ติโคโทรปิกฮอร์โมน กระตุ้นต่อมหมวกไตด้านนอกให้หลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล มีผลทำ ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจากการยับยั้งการทำงานของอินซูลิน และกระตุ้นให้ตับเปลี่ยนกรดอะมิโน และกรดไขมันเป็นไกลโคเจนสะสมไว้ แล้วเปลี่ยนเป็นกลูโคสเพื่อส่งเข้าสู่กระแสเลือด นอกจากนี้ยัง กดภูมิคุ้มกันทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ในขณะที่ต่อมหมวกไตด้านในก็จะหลั่งฮอร์โมน อะดรีนาลีน ทำให้ร่างกายตื่นตัว หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น ความดันเลือดสูง หลอดลมขยาย ม่านตา ขยาย ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มมากขึ้น ความเครียดที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรี ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ เช่น การแท้งที่เกิดขึ้นเอง การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัว น้อย ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ระยะก่อนชัก เป็นต้น (Mulder et al., 2002) การลดความเครียดจึง เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือด และยังช่วยทำให้มีการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ ลดการ กระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติที่มีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล

จะเห็นได้ว่าเมื่อสตรีเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาล และการเผาผลาญพลังงานที่ผิดปกติ ดังนั้นสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จึงต้องมีการเฝ้าระวังและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร มีการควบคุมและจำกัดอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต อาหารหวาน มัน และเค็ม รวมไปถึงการออกกำลังกาย และบางรายอาจได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน ร่วมด้วย ซึ่งการดูแลรักษาเบาหวานขณะตั้งครรภ์เหล่านี้ อาจเป็นความต้องการและแรงกดดันที่ทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความเครียดได้

ผลกระทบของโรคเบาหวานต่อการตั้งครรภ์

เบาหวานมีผลกระทบต่อทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรมเพิ่มขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค คุณภาพของการดูแลรักษา และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีดังนี้

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทางด้านร่างกาย

1. ผลกระทบในระยะตั้งครรภ์

1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่วนมากเกิดในครั้งแรกของการตั้งครรภ์ จากร่างกายได้รับสารอาหารน้อยลงเนื่องจากมีอาการแพ้ท้อง แต่ทารกในครรภ์มีการดึงน้ำตาลเพื่อไปใช้ในการเจริญเติบโต ทำให้มีการหลั่งอินซูลินของร่างกาย เพื่อไปใช้ในกระบวนการเผาผลาญกลูโคส ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ต่ำได้ (ADA, 2015) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจะไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางให้มีการตอบสนอง จากนั้นจะไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้มีการหลั่งของฮอร์โมนอิพิเนฟริน และฮอร์โมนนอร์เอพิเนฟริน ทำให้เกิดอาการใจสั่น ตัวสั่น เหงื่อออก หรืออาจเกิดอาการสับสน ง่วงซึม อ่อนแรงครึ่งซีก หมดสติ และชักได้ (Lowdermilk et al., 2014)

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มักพบในช่วงไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ จากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนที่สร้างจากรก ซึ่งมีฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลิน เกิดกระบวนการเผาผลาญในร่างกายผิดปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงขึ้น (Cunningham et al., 2014) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จนเกินความสามารถของไตที่จะดูดกลับได้หมด ทำให้ร่างกายมีการขับกลูโคสที่มากเกินออกมากับปัสสาวะ (glycosuria) เป็นผลให้ร่างกายมีการขับปัสสาวะออกมาก และถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น (osmotic diuresis) สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จึงมีอาการ

และอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ กระจายน้ำ อ่อนเพลีย ริมฝีปากและเยื่อช่องปากแห้ง ผิวหนังเหี่ยวย่น ความดันเลือดต่ำ และซีกในรายที่เป็นรุนแรง (Singh & Rastogi, 2008)

1.3 การควบคุมภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ยากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของความต้องการในการใช้อินซูลินตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์ในช่วงแรกความต้องการของอินซูลินยังมีน้อย เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีอาการแพ้ท้อง รับประทานอาหารได้น้อยลง แต่ในช่วงไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ความต้องการของอินซูลินมีเพิ่มขึ้น เนื่องจากทารกมีการเจริญเติบโตมากขึ้น ความต้องการสารอาหารของทารกมีเพิ่มขึ้น แต่ประสิทธิภาพของอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 28 การศึกษา ใน 28 ปีที่ผ่านมา พบว่าอุบัติการณ์ของการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่สองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.60 เป็นร้อยละ 70 (Kim, Newton, & Knopp, 2002)

1.4 เกิดภาวะเลือดเป็นกรด จากการสะสมของคีโตนในร่างกาย เนื่องจากในช่วงไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ทารกมีการเจริญเติบโตมากขึ้น ความต้องการสารอาหารของทารกมีเพิ่มขึ้น แต่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่สามารถสร้างอินซูลินให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตเพื่อนำไปเป็นแหล่งพลังงานสำหรับการเจริญเติบโตของทารก ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ (Lowdermilk et al., 2014) ตับจึงสร้างกลูโคสจากสารอื่น โดยกระบวนการกลูโคเนโอเจเนซิส ทำให้เกิดการเผาผลาญโปรตีนและไขมันในร่างกายตามกระบวนการไกลโคไลซิส เพื่อนำไปใช้เป็นพลังงานทดแทน ในขณะที่มีการเผาผลาญไขมันจะทำให้มีการเพิ่มขึ้นของกรดไขมันอิสระ ซึ่งทำให้เกิดสารประกอบคีโตนมากขึ้นตามมา หากร่างกายมีการสะสมของคีโตนมากกว่าปกติ จะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะเลือดเป็นกรดตามมา (Blackburn, 2007)

1.5 การคลอดก่อนกำหนด พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 4 ของทารกปกติ ร้อยละ 5 ของทารกที่ผิดปกติ และร้อยละ 6.70 ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่า เบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าการตั้งครรภ์ปกติ อาจมีสาเหตุมาจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ทารกพิการแต่กำเนิด ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ เป็นต้น (Hedderson, Ferrara, & Sacks, 2003)

1.6 การแท้ง เป็นการแท้งก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ยังไม่พบสาเหตุที่ชัดเจนเกี่ยวกับการแท้งในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีงานวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่าการแท้งมีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี (Cunningham et al., 2014) โดยเฉพาะสตรีที่มีระดับค่าน้ำตาลเฉลี่ย (glycohemoglobin A1c [HbA1c]) มากกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์สตรีจำนวน 127 ราย ในสเปน ที่เป็นเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี พบว่ามากกว่าร้อยละ 7 ระดับค่าน้ำตาลเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับอัตราการแท้งที่เกิดขึ้นเองเพิ่มขึ้นสามเท่า (Galindo, Burguillo, & Azriel, 2006)

1.7 การคิดเชื่อ มักพบมีการคิดเชื่อในระบบสืบพันธุ์ โดยเฉพาะระบบทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของกรดต่างในช่องทางคลอด และมีน้ำตาลในปัสสาวะที่เป็นอาหารของแบคทีเรีย ทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีโอกาสคิดเชื่อได้ง่ายกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ (Cunningham et al., 2014)

2. ผลกระทบในระยะคลอด ทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดการคลอดยาก หากควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี กลูโคสในเลือดจากแม่จะส่งผ่านไปยังทารกในครรภ์ ทำให้ทารกมีขนาดตัวโต มีโอกาสคลอดติดไหล่สูง ส่งผลให้ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการต่างๆ ในการช่วยคลอด เกิดการบาดเจ็บทางช่องคลอดได้ (Cunningham et al., 2010)

3. ผลกระทบในระยะหลังคลอด

3.1 การตกเลือดหลังคลอด มีสาเหตุมาจากช่องทางคลอดมีการฉีกขาดจากการคลอด เนื่องจากทารกมีขนาดตัวโต และมีการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด หรือกล้ามเนื้อมดลูกมีการยืดขยายออกมากเกินไปในระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้มดลูกหดตัวได้ไม่ดีหลังคลอด (Glimartin et al., 2008)

3.2 มีโอกาสเป็นเบาหวานในอนาคตสูง สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 30 - 69 มีแนวโน้มที่จะพัฒนาเป็นเบาหวานในอนาคต และเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ถัดไป โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (Evans & Patry, 2004)

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ด้านจิตใจ

สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ นอกจากเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในระหว่างตั้งครรภ์แล้ว ขณะเดียวกันต้องเผชิญกับภาวะของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความวิตกกังวล และกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อทั้งตนเองและทารกในครรภ์ (Suzie et al., 2003) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย มีการใช้ยาที่ต้องเฝ้าระวังมากขึ้น เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อีกทั้งยังต้องเจอกับขั้นตอนการรักษาที่มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ การมาฝากครรภ์ที่บ่อยขึ้น ส่งผลกระทบต่ออาชีพและค่าใช้จ่าย (Setji et al., 2005) ดังนั้นเมื่อสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตน (อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ, 2557) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (พรพรรณ นุ่นประดับ, 2538) ไม่มีความเข้มแข็งอดทนต่อสถานการณ์ที่เผชิญ และไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (พิณทรัพย์พร พรหมเสน, 2558) ส่งผลให้เกิดความกดดันต่อตนเอง หากความกดดันนั้นมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จะเกิดความเครียดได้ (Daniells et al., 2003)

ผลกระทบต่อทารกในครรภ์

1. ผลกระทบต่อทารกในระยะตั้งครรภ์

1.1 ทารกตัวโต หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นจะส่งผ่านจากสตรีตั้งครรภ์ไปสู่ทารก ทำให้ตับอ่อนของทารกมีการหลั่งอินซูลินแพคเตอร์วัน และอินซูลินแพคเตอร์ทู ที่มีส่วนกระตุ้นการเจริญเติบโตของทารก เกิดการสร้างและสะสมของไขมัน โดยเฉพาะบริเวณลำตัวและไหล่ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ทารกตัวโต (Mitanchez, 2010) อาจส่งผลให้ทารกได้รับบาดเจ็บของกล้ามเนื้อประสาทบริเวณแขน และกล้ามเนื้อประสาทบริเวณหน้า จากการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอดจากภาวะคลอดติดไหล่ (Lowdermilk et al., 2014)

1.2 ทารกเสียชีวิตในครรภ์ สาเหตุการเสียชีวิตของทารกยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด มักพบในช่วงอายุครรภ์ประมาณ 35 สัปดาห์หรือมากกว่า สาเหตุการตายอาจเนื่องมาจากปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกลดลง (อุ้งใจ กอนันตกุล และ สุขมัย สุนทรพันธ์, 2551) หรืออาจเกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดที่สูง มีผลไปยับยั้งการสร้างสารลดแรงตึงผิวของปอดทารก ทำให้ถุงลมปอดแฟบ ทารกอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ (Cunningham et al., 2010)

2. ผลกระทบต่อทารกแรกเกิด

2.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทารกที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด 12 ชั่วโมงแรกหลังคลอดต่ำกว่า 35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงของสตรีตั้งครรภ์ส่งผ่านมายังทารกกระตุ้นให้ทารกมีการหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น แต่เมื่อทารกคลอดระดับอินซูลินยังคงสูงอยู่แต่ทารกไม่ได้รับน้ำตาลจากสตรีตั้งครรภ์ จึงทำให้ทารกมีระดับน้ำตาลต่ำแรกเกิด โดยพบว่าร้อยละ 24 ของทารกที่คลอดจากสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Jensen et al., 2000)

2.2 ภาวะเลือดข้น เป็นภาวะเม็ดเลือดแดงมากเกินไป สาเหตุเกิดจากภาวะรกเสื่อม (placental insufficiency) หรือมีระดับกลูโคสที่สูงในตัวทารก พบในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ ทำให้ออกซิเจนที่จะไปเลี้ยงรกลดลง ส่งผลให้ทารกขาดออกซิเจนเรื้อรัง จึงเกิดการกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนอีริโทรโพอิตินในทารกเพิ่มขึ้น มีการสร้างเม็ดเลือดแดงจากตับเพิ่มขึ้น เพื่อขนส่งออกซิเจนให้เพียงพอกับความต้องการของทารก (อุ้งใจ กอนันตกุล และ สุขมัย สุนทรพันธ์, 2551) แต่หากผลของเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 60 จะทำให้เลือดมีความหนืดสูง ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไม่ดี เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนได้ และอาจเกิดภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลว (right-sided heart failure) เกิดความผิดปกติที่ระบบประสาทส่วนกลาง (cerebral nervous system dysfunction) และอาจมีภาวะหลอดเลือดดำที่ไตอุดตัน (renal vein thrombosis) ตามมาได้ (Cunningham et al., 2010)

2.3 ภาวะหายใจลำบาก เชื่อว่าการที่ระดับน้ำตาลในเลือดทารกสูง ร่วมกับภาวะอินซูลินที่สูง มีผลยับยั้งการสร้างสารลดแรงตึงผิวของปอดทารก ความเสี่ยงต่อภาวะนี้จึงเพิ่มขึ้น เมื่อมีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี และพบอุบัติการณ์เป็น 6 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน (Murthy, Pavlic-Renar, & Metelko, 2002)

3. ผลกระทบต่อทารกในระยะหลังคลอด

3.1 ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ประมาณร้อยละ 25 มีค่าแคลเซียมน้อยกว่า 7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนใหญ่ทารกมักไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะนี้ สามารถตรวจพบภาวะนี้ได้ในวันที่สองและสามหลังคลอด และพบว่าภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำยังสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และทารกคลอดก่อนกำหนด (Murthy et al., 2002)

3.2 ภาวะตัวเหลือง เป็นภาวะที่มีค่าบิลิรูบินมากกว่าหรือเท่ากับ 12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ภาวะตัวเหลืองในทารกพบได้ประมาณร้อยละ 20 - 25 จากทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเอนไซม์ของตับยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ และมีการเพิ่มของจำนวนเม็ดเลือดแดงที่แตก จากภาวะเม็ดเลือดแดงมากเกินไปให้การขับบิลิรูบินลดลงทารกจึงตัวเหลืองได้ (Moore & Smith, 2011)

จะเห็นได้ว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทารกที่ส่งผลต่อสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด ซึ่งสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อาจต้องเผชิญกับผลกระทบดังกล่าวตลอดการตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด จึงทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อาจมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และส่งผลให้เกิดความเครียดได้

ความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ความหมายและแนวคิดของความเครียด

ความเครียด เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายทางสรีรวิทยาและจิตวิทยาต่อสิ่งที่มากระตุ้น ความเครียดหรือกดดัน โดยระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานด้วยกัน 3 แนวคิด (Aldwin, 1994) คือ ความเครียดเป็นการตอบสนอง ความเครียดเป็นสิ่งเร้าที่มาจากความต้องการและความกดดัน ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อม

ทฤษฎีการตอบสนอง (Response-Oriented Theories) ของ เซลเย่ (Selye, 1976) อธิบายว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่ร่างกายตอบสนองอย่างไม่เฉพาะเจาะจงต่อสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นที่เข้ามาคุกคาม เรียกปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นนี้ว่า กลุ่มอาการปรับตัว (General Adaptation Syndrome [GAS]) เป็นผลทำให้

เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เพื่อต่อต้านสิ่งที่เข้ามาคุกคามทำให้ร่างกายและจิตใจขาดสมดุล

ทฤษฎีชีวภาพพฤติกรรมของความเครียด (A biobehavioral model of stress) ของ มิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 1993) อธิบายว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาความตึงเครียดของร่างกายที่เกิดจากการตอบสนองของความต้องการและแรงกดดันจากภายนอกและภายในร่างกายบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด บุคคลจะเกิดความเครียดก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ และแปลความหมายต่อความต้องการและแรงกดดันที่เข้ามาในทางลบ ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะพยายามปรับตัวเพื่อรับมือกับความเครียด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและเกิดการตอบสนองทางร่างกาย ความต้องการและแรงกดดันที่ทำให้เกิดความเครียด เป็นความต้องการและแรงกดดันจากภายนอกและภายในร่างกายของบุคคล ซึ่งความต้องการและแรงกดดันจากภายนอกคือ ทางด้านกายภาพ เช่น สภาพอากาศ มลภาวะต่างๆ เป็นต้น และทางด้านจิตสังคม-จิตวิทยา เป็นผลกระทบหรือปัญหาที่มาจากครอบครัว สังคม การงาน การเงินหรือเรื่องส่วนตัว ส่วนความต้องการและแรงกดดันจากภายในคือ ทางด้านร่างกาย เช่น ความหิว ความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวด เป็นต้น และทางด้านจิตใจ เช่น ความคาดหวังที่มีต่อตนเองและที่ผู้อื่นคาดหวัง มุมมองและความรู้สึกที่มีต่อตนเอง เป็นต้น บุคคลจะตอบสนองต่อความกดดันและความต้องการแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่ารู้สึกต่อสถานการณ์ที่ทำให้เครียดนั้นอย่างไร ปริมาณหรือที่มาของความเครียดเป็นอย่างไร ไม่ใช่ขึ้นอยู่กับตัวสถานการณ์

ทฤษฎีเชิงอันตรกิริยา (Interaction Theories) ของ ลาซารัส และ โฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) อธิบายว่า ความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ที่ได้จากการประเมินเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง โดยบุคคลนั้นๆ จะนำเอาแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่ หากเกินความสามารถและแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่ จะทำให้เกิดความเครียดได้

ดังนั้นความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของการศึกษารุ่นนี้ เป็นปฏิกิริยาความตึงเครียดของร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์รับรู้ถึงความต้องการและแรงกดดันจากภายนอกและภายในร่างกาย ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงมีปฏิกิริยาต่างๆ ทำให้เกิดอาการเครียดที่แสดงออกใน 7 ระบบ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีชีวภาพพฤติกรรมของความเครียดของ มิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 1993)

ชนิดของความเครียด

มิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 1993) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 4 ชนิด ซึ่งแต่ละคนจะมีอาการ ระยะเวลา และการจัดการความเครียดที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

1. ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (acute stress) เป็นความเครียดที่พบมากที่สุด สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน และเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ความเครียดชนิดนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ จากความต้องการและแรงกดดันของร่างกาย ณ ขณะนั้น และร่างกายจะมีการตอบสนองต่อความเครียดนั้นทันทีด้วยเช่นกัน ความกดดันดังกล่าวมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และด้านร่างกาย อาการที่พบบ่อยที่สุดทางด้านอารมณ์คือ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด ความวิตกกังวลและซึมเศร้า ทางด้านร่างกาย จะพบความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ มีอาการปวดศีรษะ ปวดบริเวณหลังและกล้ามเนื้อ ขากรรไกร ระบบทางเดินอาหาร อาจเกิดการดิ้นรนระเพาะอาหาร ทำให้เกิดอาการจุก เสียด แน่นบริเวณลิ้นปี่ มีอาการท้องเสีย ท้องผูก และถ้าใส่แปรงปรวน อาการเหล่านี้อาจนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูง หายใจเร็วตื่นพบอัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วขึ้น เกิดอาการใจสั่น มือเท้าเย็น มีน้ตึรยะ ไมเกรน เจ็บหน้าอก เป็นต้น ซึ่งความเครียดชนิดเฉียบพลันนี้ สามารถจัดการได้โดยการใช้เทคนิคควบคุมตนเอง (self-regulation) ทำครั้งละ 15 - 20 นาที ใช้เวลาประมาณ 8 - 12 สัปดาห์ ด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การควบคุมลมหายใจ และการทำจิตใจให้สงบ

2. ความเครียดชนิดเฉียบพลันเป็นช่วงเวลา (episodic acute stress) เป็นความเครียดชนิดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นซ้ำๆ บ่อยครั้ง เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และคงอยู่เป็นระยะเวลานาน หากบุคคลไม่สามารถจัดการกับความตึงเครียดและแรงกดดันนั้นได้ ความเครียดชนิดนี้มักจะเกิดจากความวิตกกังวล บุคคลที่มีความเป็นระเบียบ มีความสับสน เคยประสบกับสถานการณ์ที่อันตราย จากภัยพิบัติ และวิกฤตในชีวิต หรือบุคคลที่มีบุคลิกภาพชนิด A คือบุคคลที่มีลักษณะที่เร่งรีบ มีการแข่งขันที่มากเกินไป ก้าวร้าว ขาดความอดทน เมื่อบุคคลลักษณะนี้เกิดความเครียด ร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองแสดงออกมาทางระบบต่างๆ เช่น ระบบประสาทซิมพาเทติกคือ ปวดศีรษะบ่อยๆ ไมเกรน ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก หัวใจทำงานผิดปกติ เป็นต้น การรักษาความเครียดชนิดเฉียบพลันเป็นช่วงเวลานี้ จะต้องรักษาตามลำดับขั้นตอนโดยผู้เชี่ยวชาญ และอาจใช้เวลาในการรักษาเป็นระยะเวลานานหลายเดือน

3. ความเครียดชนิดเรื้อรัง (chronic stress) เป็นความเครียดที่สะสมเป็นระยะเวลายาวนานที่ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจและชีวิต เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถตอบสนอง และหาวิธีจัดการความเครียดที่เกิดจากความตึงเครียดและแรงกดดันนั้นได้ หรือถูกกระตุ้นจากความตึงเครียดและแรงกดดันนั้นอยู่ตลอดเวลา ความเครียดชนิดเรื้อรังนี้อาจทำให้หัวใจวาย หลอดเลือดในสมองแตกเป็นอัมพาต เป็นโรคมะเร็ง และอาจรุนแรงถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย การรักษาความเครียดชนิดเรื้อรังนี้เป็นเรื่องที่ยาก อาจ

จำเป็นต้องมีการร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และนักบำบัด รวมถึงการรักษาพฤติกรรม การบำบัดในการฟื้นฟูสภาพทางจิตใจในระยะยาว และการจัดการความเครียด เช่น การสวดมนต์ การ หัวเราะ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ความรัก

4. ความเครียดจากการบาดเจ็บ (traumatic stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุ ถูกล้วงละเมิดทางเพศ ถูกทำร้ายทางด้านวาจา ร่างกาย จิตใจและทางเพศ อยู่ในสถานการณ์ที่มีการใช้ ความรุนแรงและเล็งข่มขู่ หรือการได้รับอันตรายจากภัยธรรมชาติ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังได้ หรือที่รู้จักกันในโรคเครียดหลังประสบ เหตุการณ์ร้ายแรง โดยทั่วไปมักเกิดขึ้นภายในช่วง 6 เดือนหลังจากประสบเหตุการณ์ ทำให้เกิดอาการ หวาดกลัว ผวา วิดกกังวล สิ้นหวัง และซึมเศร้าในที่สุด การรักษาความเครียดจากการบาดเจ็บนี้ เป็นการ รักษาด้วยยาในกลุ่มยาแก้ซึมเศร้า เช่น fluoxetine, escitalopram, sertraline ใช้เวลาในการรักษาประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ และการทำพฤติกรรมบำบัด โดยให้ผู้ป่วยฝึกการเข้าหา และเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ ร่วมกับใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดหลายๆ อย่างร่วมกัน เช่น จินตนาการหรืออ่านข่าวเรื่องนั้น ซ้ำแล้วซ้ำอีก คุวิตีโอเรื่องนั้นซ้ำๆ หรือ ไปดูที่เกิดเหตุซ้ำๆ เป็นต้น

ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นจะรุนแรงในระดับใด ขึ้นอยู่กับบุคคลว่าจะประเมินและแปลความหมาย ของสถานการณ์ หรือความต้องการและแรงกดดันที่เข้ามาคุกคามต่อบุคคลนั้นอย่างไร หากบุคคลมีการ ประเมินว่าเป็นความเครียดในระดับต่ำ และไม่มีผลต่อตนเองหรือเป็นสิ่งที่ทำหาย ก็จะช่วยกระตุ้นให้ บุคคลเกิดการตื่นตัว เพื่อปรับสมดุลของร่างกายและจิตใจให้อยู่ในภาวะปกติ แต่หากบุคคลมองว่าเป็น ความเครียดที่รุนแรง อาจส่งผลกระทบต่อและเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจได้ (Miller et al., 1993)

สตรีตั้งครรภ์เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ เกิดความรู้สึกในแง่ลบ ไม่ว่าจะเป็นความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกใน ครรภ์ เกิดประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ความรู้สึกเหล่านี้อาจกลายเป็น ความกดดันที่จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียดได้ (Stark & Brinkley, 2007) ดังนั้นเมื่อสตรี ตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความรู้สึกที่เป็นลบกับสถานการณ์ต่างๆ ทั้งการเฝ้าระวัง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการได้รับการรักษา ในการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ให้ใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อ สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ สถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นความกดดันที่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์ต้องเผชิญตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงตลอดการตั้งครรภ์ กลายเป็นความเครียดเรื้อรังที่สะสม

มาเป็นระยะเวลายาวนาน ที่อาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์ได้

ระดับของความเครียด

ระดับของความเครียดเป็นความรู้สึก หรือการรับรู้ที่บุคคลมีต่อสถานการณ์ หรือความต้องการ และแรงกดดันที่เข้ามาคุกคาม สามารถแบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

1. ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) เป็นความเครียดเล็กน้อยที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ ไม่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ เป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย และบุคคล สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้อัตโนมัติด้วยความเคยชิน

2. ความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากการมีสิ่งเร้าเข้ามา คุกคาม หรือเผชิญกับสถานการณ์ที่สำคัญ บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองแสดงออกมาในลักษณะของ ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นความเครียดที่กระตุ้นทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น ไม่ก่อให้เกิด อันตราย และรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ

3. ความเครียดระดับสูง (high stress) เป็นความเครียดที่ถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากบุคคลไม่ สามารถปรับตัว และจัดการความเครียดในระยะเวลาอันสั้น อาจนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง และเกิด โรคต่างๆ ภายหลังได้

4. ความเครียดระดับรุนแรง (severe stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่สะสมมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดแรงแท้ ควบคุม ตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคร้ายต่างๆ ตามมาได้ง่าย

ความต้องการและแรงกดดันที่ทำให้เกิดความเครียด และเป็นความเครียดที่อยู่ในระดับสูงหรือ รุนแรง อาจส่งผลให้ร่างกายและจิตใจขาดความสมดุล เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด โดย แสดงออกทางระบบต่างๆ ของร่างกายได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบ ความเครียดตั้งแต่ระดับปาน กลางจนถึงระดับสูง ดังเช่น การศึกษาของ ฟินทร์พจน์ พรหมเสน (2558) พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์ชนิดที่หนึ่งมีความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 43.33 คะแนน (S.D. = 14.55) การศึกษาของ อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ (2557) พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่หนึ่งมี ความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 43.73 คะแนน (S.D. = 20.61) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เดเนล และคณะ (Daniells et al., 2003) พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความเครียดและคะแนน ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

อาการของความเครียด

อาการของความเครียดเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัว และจัดการความเครียดที่เกิดจากความ ต้องการและแรงกดดันของร่างกายได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อ ความเครียดโดยอัตโนมัติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจและ ด้านอารมณ์ โดยแสดงออกมาในลักษณะของอาการและอาการแสดงใน 7 ระบบ ดังนี้ (Miller et al., 1993)

1. ระบบกล้ามเนื้อและ โครงกระดูก (the neuromuscular system) เมื่อร่างกายมีภาวะกดดันหรือเกิด ความเครียด จะมีการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีนที่มีผลต่อการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เพื่อตอบสนองต่อ ความเครียดหรือเรียกปฏิกิริยานี้ว่า สู้ หรือ หนี หรือ หยุดเกร็ง ซึ่งหากกล้ามเนื้อมีการหดเกร็งบ่อยครั้งขึ้น ระยะเวลาสั้นหรือเรื้อรัง จะทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อบริเวณส่วนนั้น ได้ไม่ดี เกิดอาการเจ็บปวดจาก การเพิ่มขึ้นของกรดแลคติก และอาจเกิดการอักเสบของกล้ามเนื้อตามมาได้ จากการถูกกดทับเส้นประสาท ที่ผ่านกล้ามเนื้อที่เกร็งอยู่

2. ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก (the parasympathetic nervous system) เป็นระบบ ประสาทที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ให้ทำงานปกติ ลดปฏิกิริยาต่อการกระตุ้นของร่างกาย โดย การเพิ่มการทำงานของอวัยวะต่างๆ เพื่อให้ได้พลังงานและเก็บรักษาพลังงานไว้ เช่น การย่อยอาหาร การ ขับถ่าย และลดการทำงานของหัวใจ เมื่อเกิดความเครียดจะส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ผิดปกติ ทำให้ระบบอาหารย่อยได้ไม่ดี เกิดอาการจุกเสียดแน่นท้อง อาหารไม่ย่อย ท้องอืดท้องเฟ้อ และอาจเกิด แผลในกระเพาะอาหาร จากการหลั่งกรดที่มากเกินไป ระบบขับถ่ายเปลี่ยนแปลง เกิดอาการท้องเสีย ท้องผูก ถ้าใส่ยักเสบ ปัสสาวะแสบขัด อาการเหล่านี้อาจจะคงอยู่แม้อาการความเครียดจะหายไป และ เกิดขึ้นอีกได้หากได้รับการกระตุ้นเพียงเล็กน้อย

3. ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (the sympathetic nervous system) จะทำงานประสานกับ ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก กล่าวคือในภาวะปกติจะควบคุมการทำงาน และรักษาสมดุลของ การไหลเวียนเลือด และการทำงานของหัวใจ ระบบนี้จะทำงานในกรณีที่บุคคลตกอยู่ในสภาวะฉุกเฉิน ร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาตื่นตัว เพื่อเตรียมพร้อมที่จะสู้ หรือหนีจากสถานการณ์เหล่านั้น ดังนั้นเมื่อเกิด ความเครียดระบบประสาทชนิดนี้จะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีน และฮอร์โมน ออร์อะดรีนาลีนเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ร่างกายเกิดการตื่นตัวเต็มที่ เกิดความดันโลหิตสูง ชีพจรและอัตราการ เต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ ปวดศีรษะข้างเดียวจากการหดตัวของเส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงสมอง

4. ระบบลิมบิก (the limbic system) เมื่อเกิดความเครียดจะมีการกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางด้านอารมณ์ โดยจะถูกกระตุ้นผ่านทางระบบลิมบิก และแสดงออกมาในลักษณะของสามอารมณ์คือ

โกรธ กังวล และซึมเศร้า หากมีอาการเช่นนี้นานๆ ในที่สุดจะเสียการควบคุมตนเอง และอาจมีอาการแสดงของการหายใจไม่ทัน และเสียชีวิตได้

5. ระบบความคิด (the neocortical system) ความเครียดที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นให้สมองส่วนแอสเซนดิงเรติคูล่า แอคติเวชัน หลังฮอว์โมนอะดรีนาลีน ทำให้สมองถูกกระตุ้นให้ทำงานมากกว่าปกติ เกิดเป็นความคิดที่ไม่ต่อเนื่อง คิดเร็วจนเกินไป ความจำเสีย และมีการตัดสินใจที่ไม่สมเหตุสมผล ขาดการยับยั้งไตร่ตรองที่ดี

6. ระบบต่อมไร้ท่อ (the endocrine system) เป็นอีกระบบหนึ่งที่ถูกกระตุ้นมากเมื่อเกิดความเครียด โดยจะมีการหลั่งของฮอว์โมนอะดรี โนคอร์ติโคโทรปิก และคอร์ติซอล จากการทำงานของไฮโปทาลามัส ไปกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือด และมีการกระตุ้นเบตาเซลล์ของตับอ่อนให้หลั่งอินซูลิน เพื่อใช้เป็นพลังงานสำหรับการสู้หรือหนี นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ฮอว์โมนเพศลดลง ความต้องการทางเพศลดลง ประจำเดือนผิดปกติได้ และอาจทำให้เด็กเจริญเติบโตช้า จากการหลั่งของฮอว์โมนสำหรับการเจริญเติบโตที่ลดลง

7. ระบบภูมิคุ้มกัน (the immune system) เป็นระบบที่ป้องกันเชื้อโรค และไวรัสต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย เมื่อเกิดความเครียดระบบนี้จะถูกกระตุ้นให้ทำงานมากเกินไป ร่วมกับการหลั่งของฮอว์โมนอะดรีนาลีน และคอร์ติซอล จะทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อส่วนดีไป จนเกิดเป็นโรคมุมิแพ้ตนเอง แต่ถ้ระบบนี้ทำงานน้อยกว่าปกติ ก็จะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

ผลกระทบของความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

เมื่อสตรีตั้งครรภ์พบว่า เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ รับรู้ถึงอันตราย และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ, 2557) มีแนวทางการรักษาที่มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ ต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองที่บ้านตลอดการตั้งครรภ์ มีการติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ทำให้ต้องมาตามนัดฝากครรภ์ที่บ่อยขึ้น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่แปลกไปจากการตั้งครรภ์ปกติ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกด้านลบกับการตั้งครรภ์ และประเมินว่าภาวะเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์นี้ เป็นสิ่งเร้าที่กดดันให้เกิดความเครียดได้ (Lawson & Rajaram, 1994) ในขณะที่เดียวกันสตรีตั้งครรภ์ต้องปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมอาหารที่ต้องจำกัดทั้งปริมาณและชนิดของอาหาร มีวินัยในการออกกำลังกาย บางรายอาจได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินร่วมด้วย จึงต้องระมัดระวังมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก

การใช้ยา ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความกดดันเพิ่มขึ้น หากไม่สามารถจัดการกับความกดดันนี้ได้ สตรีตั้งครรภ์ก็จะเกิดความเครียดตามมา (Hui et al., 2014)

ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยความเครียดที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นการทำงานของไฮโปทาลามัส ให้มีการหลั่งของคอร์ติโคโทรปิน รีลีสซิงฮอร์โมน ทำให้ต่อมใต้สมองส่วนหน้าหลั่งฮอร์โมนอะครีโนคอร์ติโคโทรปิก ไปกระตุ้นการทำงานของต่อมหมวกไต ส่วนนอกให้สร้างฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งฮอร์โมนคอร์ติซอลที่หลั่งออกมามีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเบต้าเซลล์ของตับอ่อนในการสร้างและการหลั่งอินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดจึงเพิ่มสูงขึ้น เป็นผลให้สตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (Kyrou & Tsigos, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การแท้งเองตามธรรมชาติ จากฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ และสารแคททีโคลามีนที่หลั่งออกมาเมื่อเกิดความเครียด จะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปสู่รกและทารกลดลง ทำให้ทารกน้ำหนักตัวน้อย เกิดการคลอดก่อนกำหนด และมีความพิการแต่กำเนิด (Mulder et al., 2002)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่สร้างความกดดัน ทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความเครียดได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคม (social support) การได้รับการช่วยเหลือ การสนับสนุน กำลังใจจากบุคคลในครอบครัว สังคม และบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้และมั่นใจในตนเองมากขึ้น สามารถปรับตัว และเผชิญกับสถานการณ์ได้ดี แต่หากขาดการสนับสนุน หรือไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะทำให้เกิดความเครียดได้ (Wortman, 1984) จากการศึกษาของ ฟินท์พจน์ พรหมเสน (2558) ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่หนึ่ง พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียด ($r = -.35, p < .01$)

2. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (risk perception) สตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์จะมีความเครียดสูง (Roy-Matton, Moutquin, Brown, Carrier, & Bell, 2011) ดังนั้นหากสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ถึงภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานตลอดชีวิต (Kim et al., 2007) การรับรู้ดังกล่าวจะกลายเป็นแรงกดดันที่ทำให้เกิดความเครียดได้

(Heaman & Gupton, 2009) เช่นการศึกษาของ อัญชลี จิตราภิรมณ์ และคณะ (2557) ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่หนึ่ง พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเครียด ($r = .40, p < .01$)

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องเจอกับความกดดันต่างๆ ทั้งการดูแลรักษาที่หลากหลาย การปฏิบัติหน้าที่เคร่งครัด และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกว่ามีความคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกไม่พอใจ ไม่ยอมรับ และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ที่จะทำใหตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัยได้ มีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียด (Rosenberg, 1965) ดัชนีการศึกษาของ พรณี กุ่มประดับ (2538) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไต โรคหอบหืด โรคไทรอยด์ โรคเลือดร่วมกับการตั้งครรภ์ กรวยไตอักเสบ มีเลือดออกขณะตั้งครรภ์ และมีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากตั้งครรภ์ พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ($r = .58, p < .001$) แต่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยความต้องการและแรงกดดันภายในร่างกายด้านจิตวิทยาปัจจัยหนึ่ง ที่มีผลทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความเครียดได้

4. ความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อาจมีความรู้สึกไม่แน่นอน กับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความซับซ้อนในการดูแลรักษา ไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นได้ในขณะตั้งครรภ์ และการเป็นเบาหวานในอนาคตทำให้สตรีตั้งครรภ์ประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย ก็จะทำให้เกิดความเครียดได้ (Evans, & O'Brien, 2005) จากการศึกษาของ อัญชลี จิตราภิรมณ์ และคณะ (2557) ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่หนึ่ง พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเครียด ($r = .39, p < .01$)

5. ความเข้มแข็งอดทน (hardiness) เป็นบุคลิกภาพภายในของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์มีความกดดัน แต่ยังมีสุขภาพจิตที่ดีแสดงว่า มีความเข้มแข็งอดทนค่อนข้างดี (Craff, 1999) พบการศึกษาของ พินทร์พจน์ พรหมเสน (2558) ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่หนึ่ง พบว่าความเข้มแข็งอดทน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียด ($r = -.21, p < .01$)

6. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย มีผลต่อการปรับตัวของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในช่วงแรกสตรีตั้งครรภ์อาจยังไม่เคยเจอกับการรักษา และการทำหัตถการที่แปลกใหม่ ไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาจทำให้เกิดความเครียดได้ แต่เมื่อเวลาผ่านไปสตรีตั้งครรภ์มีการเรียนรู้เพิ่มขึ้น มีทักษะที่ดีสามารถปรับตัวได้ความเครียดก็จะลดลง (Daniells et al., 2003)

การประเมินความเครียด

การประเมินความเครียดประกอบด้วย การวัดทางสรีรวิทยา และแบบวัดทางจิตวิทยา ดังนี้

1. การวัดความเครียดทางสรีรวิทยา เป็นการวัดระดับของฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ในน้ำลายมนุษย์ ในขณะที่มีการทำกิจวัตรประจำวันของร่างกาย (circadian rhythms) ระดับของฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ในน้ำลายจะเปลี่ยนแปลงไป เมื่อพบว่ามีเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (Galantino, Baime, Maguire, Szapary, & Farrar, 2005)

2. แบบสอบถามความเครียดทางจิตวิทยา เป็นการวัดพฤติกรรมและอารมณ์ จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยใช้แบบประเมินหรือแบบสอบถามที่ผู้ถูกประเมินตอบด้วยตนเอง (Adler & Stewart, 2004) ได้แก่

2.1 แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test [SPST]) เป็นแบบวัดที่อิงตามเครื่องมือมาตรฐานค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (electromyography [EMG]) ของ สุวัฒน์ มหันรินทร์กุล และคณะ (2540) ภายใต้แนวคิดทฤษฎีชีวภาพพฤติกรรมของความเครียดของ มิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 1993) โดยผู้สร้างเครื่องมือได้มีการปรับปรุง และพัฒนาแบบวัดนี้จนเป็นแบบวัดความเครียดสวนปรุงชุด 60 ข้อ (SPST-60) ซึ่งได้ความเชื่อมั่นของเครื่องมือมากกว่า .70 และยังคงความสัมพันธ์กับค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (EMG) อย่างมีนัยสำคัญ ที่ความเชื่อมั่น 95% มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ 5 คะแนน หมายถึง เครียดมากที่สุด 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเกิดขึ้น คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0 - 120 คะแนน ต่อมา อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ (2557) นำไปทดลองใช้กับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .95 พินทร์พจน์ พรหมเสน (2558) นำไปทดลองใช้กับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 15 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .90

2.2 แบบวัดความเครียดขณะตั้งครรภ์ (Prenatal Psychosocial Profile Stress Scale [PPP]) ของ เคอร์รี่, เบอร์ตัน, และฟิลด์ (Curry, Burton, & Fields, 1998) ภายใต้แนวคิดที่ได้รับการพัฒนาและการทดสอบทางจิตวิทยา เพื่อเสนอเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตวิทยาและผลของการตั้งครรภ์ มีข้อคำถามด้านความเครียดทั้งหมด 11 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม การปรับบทบาทการเป็นมารดา การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 4 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับรุนแรง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เครียด คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 4 - 11 คะแนน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุงชุด 60 ข้อ (SPST-60) ของ สุวัฒน์ มหันรินทร์กุล และคณะ (2540) ภายใต้แนวคิดทฤษฎีชีวภาพพฤติกรรมของความเครียดของ มิลเลอร์

และคณะ (Miller et al., 1993) เฉพาะส่วนที่ 3 เป็นแบบวัดอาการของความเครียด (Symp-60) ที่แสดงออกมาทางระบบต่างๆ ของร่างกายทั้ง 7 ระบบ เนื่องจากแบบวัดชุดนี้เป็นแบบวัดที่มีความกะทัดรัด ครอบคลุมและรวดเร็ว สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง มีการนำมาใช้กับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การสนับสนุนทางสังคม

ความหมายและแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่ได้รับการศึกษากันอย่างกว้างขวาง มีการวิเคราะห์ตัวแปรให้นิยามศัพท์ของการสนับสนุนสังคมทั้งจากวิจัยและมุมมองทางทฤษฎี ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมของ คอบบ์ (Cobb, 1976) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้รู้สึกเชื่อว่าตนได้รับการดูแล ได้รับการรัก การยกย่องนับถือ การเห็นคุณค่า และเห็นว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน คอบบ์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคม สามารถป้องกันโรคและส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดี เพิ่มความสามารถในการเผชิญกับปัญหา ช่วยลดความเครียด และความเจ็บป่วยเนื่องจากความเครียดได้ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. ข้อมูลที่ช่วยเหลือทางอารมณ์ เป็นการได้รับความไว้วางใจ ได้รับการเอาใจใส่หรือได้รับความรัก รู้สึกผูกพันซึ่งกันและกันจากบุคคลใกล้ชิด
2. ข้อมูลที่สนับสนุนการเห็นคุณค่าและการยกย่องนับถือ เป็นการยืนยันที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าได้รับการยอมรับนับถือ นำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเอง
3. ข้อมูลที่สนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีข้อตกลงร่วมกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

การสนับสนุนทางสังคมของ ไวส์ (Weiss, 1974) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่เกิดจาก 6 ปัจจัย ดังนี้

1. การใกล้ชิดสนิทสนม เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความปลอดภัย รู้สึกว่าตนได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ บุคคลก็จะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ

2. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และทัศนคติซึ่งกันและกัน ในลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทำให้มีการแลกเปลี่ยนแบ่งปัน เกิดความหวังใจซึ่งกันและกัน

3. การมีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น เมื่อบุคคลมีโอกาสให้การช่วยเหลือ รับผิดชอบเลี้ยงดูหรือให้การสนับสนุนผู้อื่น เมื่อเกิดปัญหาตนก็จะได้รับการช่วยเหลือ การสนับสนุนจากบุคคลเหล่านั้นเช่นกัน

4. การให้ความมั่นใจในคุณค่าของคน เป็นการได้รับความมั่นใจ หรือการยอมรับในความสามารถของบุคคล มีการแสดงให้เห็นว่าตนมีความสามารถในการแสดงบทบาททางสังคมได้อย่างเหมาะสม

5. การได้รับความเชื่อถือ เป็นการเปิดใจให้การยอมรับ ไว้วางใจ การเคารพนับถือจากบุคคลในครอบครัวและสังคม ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการเคารพและเชื่อมั่นในตนเอง

6. การได้รับคำแนะนำ เป็นการได้รับการช่วยเหลือในการให้ข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ หรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งจากบุคคลในครอบครัวและสังคม เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา หรือสถานการณ์ที่มีผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกทางได้ลบ

การสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความคิดเห็นของบุคคล เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นของสังคม ในการให้ความรัก ความหวังใจ ความไว้วางใจ การได้การยอมรับและเห็นคุณค่า ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในการให้ข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนทางด้านสิ่งของและการบริการ เพื่อเปรียบเทียบและประเมินตนเอง ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของการศึกษาครั้งนี้ เป็นความคิดเห็นของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ได้รับการปฏิบัติจากบุคคลอื่นของสังคม ได้แก่ สามี สมาชิกในครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและการบริการ

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) แบ่งออกเป็น

กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง โดยความสัมพันธ์นั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกันทางบทบาทการทำงานหรือทางวิชาชีพ กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง

กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแบบแผน และกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม โดยความสัมพันธ์นั้นเกี่ยวข้องกันทางบทบาทการทำงานหรือทางวิชาชีพ กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

จากแหล่งการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว จะมีการสนับสนุนและการช่วยเหลือบุคคลด้วยกัน 4 ด้าน ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการได้รับการยอมรับ การเห็นคุณค่า ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การแสดงถึงความห่วงใย ดูแลเอาใจใส่ จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2. การสนับสนุนทางด้านการประเมินผล เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง การเห็นพ้องหรือให้รับรองผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ทำให้เกิดความมั่นใจ และเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในสังคม

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การตักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่

4. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและการบริการ เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเครื่องมือ สิ่งของ เวลา เงินหรือแรงงาน และบริการ

การสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

จากสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการตั้งครรภ์ปกติอยู่แล้ว แต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทำให้เกิดความยุ่งยากลำบากในการปรับตัวเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย (Hui et al., 2014) รวมถึงการรักษาทางการแพทย์ ที่ทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องได้รับการดูแลรักษาที่มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ ทั้งการนัดฝากครรภ์ที่บ่อยครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ และติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีการเจาะเลือดติดตามระดับน้ำตาล มีการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) อาจเจอกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าในระหว่างการควบคุมภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนแต่จะส่งผลต่อสภาวะจิตใจ มีผลทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความเครียดได้ (Suzie et al., 2003) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน จะช่วยส่งเสริมให้สามารถเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม เกิดทักษะในการปฏิบัติที่ดี (พรณี นุ่นประดับ, 2538) และมีการประเมินความรุนแรงของความเครียดลดลง นำไปสู่การมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดี (House, 1981) ฉะนั้นสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จึงต้องการความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่ มีความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงการได้รับคำแนะนำ การช่วยเหลือในด้านสิ่งของและการบริการ จากแหล่งการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ และเป็นทางการ โดยเฉพาะการได้รับสนับสนุนทางสังคมจากสามี และครอบครัว เป็นลำดับแรกๆ ในการ

สนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และการประเมินผล ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความเครียดลดลง ดังเช่นการศึกษาของ ฟินท์พจน์ พรหมเสน (2558) ที่พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 97.10 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 96.75$, S.D. = 14.28) และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีคะแนนสูงสุด รองลงมาคือด้านการประเมินผล

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยความต้องการและแรงกดดันจากภายนอกร่างกายด้านจิตสังคม ปัจจัยหนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยส่งเสริมให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดี ช่วยให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี และยังสามารถช่วยจัดการกับปัญหาต่างๆ และช่วยลดความเครียดลงได้ เห็นได้จากการศึกษาของ ฟินท์พจน์ พรหมเสน (2558) ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่หนึ่ง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียด ($r = -.35$, $p < .01$) และการศึกษาของ ฐิติมา ลือประเสริฐ (2546) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียด ($r = -.32$, $p < .01$) และสามารถร่วมทำนายความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอดได้ ร้อยละ 25.70 ($p < .001$)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนกรรมพบว่ามีการใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมอย่างแพร่หลาย ส่วนใหญ่สร้างขึ้นภายใต้ความคิดของเฮาส์ (House, 1981)

1. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPPS]) ของ ไชเมท พาวเวลล์ ฟาร์เลย์ เวิร์คแมน และ เบอ์คอฟ (Zimet, Powell, Farley, Werkman, & Berkoff, 1990) มีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากการวัดความเพียงพอของการรับรู้ทางสังคมจาก 3 แหล่ง คือ จากครอบครัว จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 3, 4, 8, 9) จากเพื่อน จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 6, 7, 11, 12) จากบุคลากรทางด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 1, 2, 5, 10) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ 7 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าที่น่าจะเป็นไปได้อยู่ในช่วง 4 - 28 คะแนน คะแนนรวม 12 - 84 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาระดับปริญญาตรีเพศหญิง

จำนวน 136 ราย และนักศึกษาระดับปริญญาตรีเพศชาย จำนวน 139 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ อยู่ระหว่าง .85 - .91 เมื่อนำไปทดสอบซ้ำได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง .72 - .85 แปลเป็น ภาษาไทยโดย ศรีแสง (Srisaeng, 2003) นำไปทดลองใช้กับสตรีวัยรุ่นหลังคลอด จำนวน 119 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .87 ต่อมา นุชจรี อิ่มมาก (2552) นำฉบับภาษาไทยของ ศรีแสง (Srisaeng, 2003) ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .88

2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Behavior Inventory [SBI]) เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดย บราวน์ (Brown, 1986) ภายใต้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) แบ่งตามการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์เป็น 4 ด้าน ข้อคำถามมีทั้งหมด 45 ข้อ ประเมินจากแหล่ง ให้การสนับสนุน 4 แหล่ง แหล่งที่ 1 สามี แหล่งที่ 2 มารดา แหล่งที่ 3 ญาติพี่น้อง และแหล่งที่ 4 เพื่อนบ้าน หรือผู้ร่วมงาน โดยแหล่งที่ 1 และ 2 มีค่าคะแนน 22 - 132 คะแนน แหล่งที่ 3 และ 4 มีค่าคะแนน 11 - 66 คะแนน ถ้าหากมีทั้ง 4 แหล่ง จะมีค่าคะแนน 44 - 264 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 6 ระดับ 6 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ปกติในไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สาม และคู่สมรส จำนวน 313 คู่ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .97 จึงปรับปรุง ตัดพฤติกรรมที่ซับซ้อนออก เหลือข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ที่รวมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ชนิด คิดคะแนนเป็นคะแนนรวมของพฤติกรรมกรรมการสนับสนุน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .89 แปลเป็น ภาษาไทยโดย กาญจนา บุญทับ (2534) นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ปกติที่มีอายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .89 เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .91 ต่อมา โสภิต สุวรรณเวลา (2537) นำมาดัดแปลง บางส่วน แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้าน ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน และการสนับสนุนด้านการประเมิน ตัดสิน คำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เพิ่มเติมแหล่งให้การสนับสนุนเป็น สามี บิดา มารดา บิดา สามี มารดาสามี ญาติพี่น้อง เพื่อน แพทย์และพยาบาล โดยคำตอบให้เรียงลำดับการช่วยเหลือตามลำดับ การสนับสนุนที่ได้รับ ส่วนที่ 2 ให้ประเมินตนเองว่าพึงพอใจในพฤติกรรมของแหล่งสนับสนุนมากน้อย เพียงใด โดยเลือกแหล่งสนับสนุนจากส่วนที่ 1 ที่คิดว่าให้การสนับสนุนมากที่สุดเพียงคนเดียว ข้อคำถามมี ทั้งหมด 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ 6 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมดกระจายอยู่ระหว่าง 11 - 66 คะแนน โดย 11.00 - 29.33 หมายถึง มีความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 29.34 - 47.68 หมายถึง มีความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง 47.69 - 66.00 หมายถึง มีความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางสังคมมาก นำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .89 เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .82

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พัฒนาโดย พรณี นุ่นประดับ (2538) ภายใต้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านของเฮาส์ (House, 1981) ข้อคำถามมีทั้งหมด 23 ข้อ เป็นข้อคำถามการสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ ด้านการประเมิน จำนวน 5 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ด้านสิ่งของและการบริการ จำนวน 6 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย คะแนนรวมทั้งหมด 23 - 115 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไต โรคหอบหืด โรคไทรอยด์ โรคเลือดร่วมกับการตั้งครรภ์ ครรภ์โตอักเสบ มีเลือดออกขณะตั้งครรภ์ และมีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากตั้งครรภ์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .89 ต่อมา จูติมา ลือประเสริฐ (2546) นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอด จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .91 เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .92

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ที่พัฒนาโดย พรณี นุ่นประดับ (2538) ภายใต้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านของ เฮาส์ (House, 1981) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมากกว่า .70 ซึ่งแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นที่ดีและเหมาะสม สามารถประเมินได้ครอบคลุม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำไปใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์

ความหมายและแนวคิดของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์

การรับรู้ภาวะเสี่ยง หมายถึง การประเมินถึงที่น่าจะเป็นที่เฉพาะเจาะจงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเป็นผลให้บุคคลผู้นั้นเกิดความวิตกกังวลตามมา (Weinstein, 1980) หรือการรับรู้ การตัดสินใจ และการประเมินความเป็นอันตรายหลังจากพบกับสถานการณ์ที่เป็นความเสี่ยง (Rohrmann, 2008)

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ หมายถึง การประเมินทางความคิด ความเข้าใจหรือความเชื่อของสตรีตั้งครรภ์ เกี่ยวกับความเสี่ยงในการเกิดอันตราย หรือผลกระทบของโรคที่จะเกิดขึ้นต่อทั้งตนเองและทารกในครรภ์ (Heaman & Gupton, 2009) การรับรู้นี้จะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล

ขึ้นอยู่กับทำให้ความหมายหรือการให้ความสำคัญต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Sjoberg, 2000) ดังนั้น การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของการศึกษารั้งนี้ เป็นการประเมินของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกี่ยวกับความรู้สึกลึกซึ้ง ความเข้าใจถึงการดำเนินของโรค รวมถึงความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน ที่อาจส่งผลกระทบต่อตนเองและทารกในครรภ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ตามแนวคิดของ เฮียมแมน และ กัฟตัน (Heaman & Gupton, 2009) ประกอบด้วย

1. ปัจจัยความเสี่ยงทางการแพทย์ เป้าหมายของการประเมินความเสี่ยงทางการแพทย์คือ การทำนายหรือการป้องกันผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง หากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลที่ดีผลลัพธ์ที่ตามมา ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ลดลง ความวิตกกังวล และความเครียดก็จะลดลงตามไปด้วย (Murphy, 1994)

2. การรับรู้ของบุคคลต่อลักษณะและผลลัพธ์ที่เกิดจากโรค เมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค อันตรายหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้น หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลรักษา หรือมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้น จะมีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่ลดลง และมีความวิตกกังวลลดลงด้วย ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ดี (Heaman, Gupton & Gregory, 2004)

3. การแก้ไขสถานการณ์โดยใช้กระบวนการประเมินทางปัญญา เป็นการตัดสินใจและหาแนวทางแก้ไขหรือจัดการกับปัญหา เมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยง (Bayrampour, Heaman, Duncan, & Tough, 2013)

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

เบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะเสี่ยงที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อาจได้รับอันตราย หรือมีโอกาที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน สตรีตั้งครรภ์บางรายอาจไม่รู้ลึกถึงความเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือรับรู้ว่าเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยที่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตนเองและทารกในครรภ์ ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์บางรายอาจมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์นั้นส่งผลกระทบต่อตนเอง (Lowrence, 2011) เช่น เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Moore & Catalano, 2009) การคลอดก่อนกำหนด (Bellamy, Casas, Hingorani, & Williams, 2009) การคลอดยากหรือคลอดติดไหล่ การตกเลือดหลังคลอด (Cunningham et al., 2014) เสี่ยงเป็นโรคเบาหวานในอนาคต เป็นต้น และส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกตัวโต (Mitanchez, 2010) ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า มีความพิการแต่กำเนิด เป็นต้น ดังเช่นการศึกษาของ รัมโบลด์ และ คราวเธอร์ (Rumbold & Crowther, 2002) ที่พบว่า

เมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่อภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kim และคณะ (Kim et al., 2007) ที่พบว่าร้อยละ 90 ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงของภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ และความเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานในอนาคตและการศึกษาของ อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ (2557) ที่พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่หนึ่ง มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 527.97$, S.D. = 170.06) โดยการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์จะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเข้าใจ และทัศนคติของสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่มาก จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ (Gupton, Heaman, & Cheung, 2001) ทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความเครียดได้ (อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ, 2557)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยความต้องการและแรงกดดันภายในร่างกายด้านจิตวิทยาอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ว่าก่อให้เกิดอันตรายที่ส่งผลกระทบต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ รวมถึงภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ ทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความเครียดได้ จากการศึกษาของ อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ (2557) ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่หนึ่ง พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเครียด ($r = .40$, $p < .01$)

การประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในสตรีเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรง และผลกระทบของโรคต่อการตั้งครรภ์ และจากการตั้งครรภ์ต่อโรค อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ มีผลในการเพิ่มความเครียด และความวิตกกังวลให้กับสตรีตั้งครรภ์ (Kolker & Burke, 1993) ดังนั้นการประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์จึงเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่ง ที่จะช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ลดความเครียดลงได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยง ดังนี้

1. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พัฒนาโดย สุภาพ สง่าวงษ์ (2545) จากการทบทวนวรรณกรรม ตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เป็นแบบประเมินการรับรู้ของสามีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดอันตรายขึ้นต่อทั้งภรรยาและทารกในครรภ์ มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำถามทางด้านบวกทั้งหมด เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสตรีตั้งครรภ์เอง จำนวน 5 ข้อ และด้านทารก จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 5 คะแนน หมายถึง ท่านเข้าใจว่าเหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นมากที่สุด 1 คะแนน หมายถึง ท่านเข้าใจว่าเหตุการณ์นั้นไม่มีโอกาสเกิดขึ้นเลย การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยมีค่าตั้งแต่ 1.00 - 5.00 โดย 1.00 - 1.74 หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นมีความเสี่ยงอันตรายน้อย 1.75 - 2.99 หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นมีความเสี่ยงอันตรายค่อนข้างน้อย 3.00 - 4.24 หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นมีความเสี่ยงอันตรายค่อนข้างมาก 4.25 - 5.00 หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นมีความเสี่ยงอันตรายมาก นำไปทดลองใช้กับกลุ่มสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .81

2. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พัฒนาโดย โสมสิริ รอดพิพัฒน์ (2547) จากการทบทวนวรรณกรรม ตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การประเมินความรู้สึกถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อทั้งตนเองและทารกในครรภ์ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าคะแนนที่น่าจะเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15 - 75 คะแนน สตรีตั้งครรภ์ที่มีคะแนนสูงแสดงถึง การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มาก นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ปกติที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่สาม (อายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์) จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .85 เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .86

3. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (Pregnancy Perception of Risk questionnaire [PPRQ]) ของ เฮียมแมน และ กัฟตัน (Heaman & Gupton, 2009) ที่สร้างขึ้นภายใต้แนวคิดทฤษฎี 3 ทฤษฎี คือทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค แปลเป็นภาษาไทยโดย อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ (2557) มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เป็นข้อคำถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ต่อสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 2, 5, 6, 7, 8) และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ด้านทารก จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 1, 3, 4, 9) ลักษณะคำตอบเป็นการประเมิน โดยการใช้ Visual Analog Scale (VAS) มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร มีค่าคะแนน 0 - 100 ตั้งแต่รับรู้ว่ามีภาวะเสี่ยงเลย จนถึงรับรู้ว่ามีภาวะเสี่ยงสูงอย่างยิ่ง สตรีตั้งครรภ์ที่มีคะแนนสูงแสดงถึง มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์สูง นำไปทดลองใช้กับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .94

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (PPRQ) ของ เฮียมแมน และ กัฟตัน (Heaman & Gupton, 2009) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ (2557) มาใช้ในการประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มากกว่า .70 ซึ่งแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นที่ดีและเหมาะสม สามารถประเมินได้ครอบคลุม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำไปใช้ในการประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความหมายและแนวคิดของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสำคัญต่อความมั่นคงทางจิตใจของบุคคล ทำให้บุคคลมีบุคลิกภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี (Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995) ตลอดจนสามารถปรับตัวทางอารมณ์และสังคม เติบโตกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ พร้อมทั้งสามารถยอมรับเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวัง จึงถือได้ว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานของภาวะสุขภาพจิตใจ และบอกได้ถึงคุณภาพชีวิต (Taft, 1985) ซึ่งมีการให้นิยามศัพท์ของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดังนี้

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ คูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1959) อธิบายว่า ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองคือ การประเมินค่าของตนเอง และทัศนคติที่มีต่อตนเองที่แสดงออกมาในรูปแบบของการยอมรับ หรือการไม่ยอมรับในตนเอง โดยเปรียบเทียบตนเองกับมาตรฐานที่ตั้งไว้ หรือเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่น ในด้านความสามารถ ความเชื่อมั่น และความเห็นคุณค่าของตนเอง โดยที่บุคคลอื่นสามารถรับรู้ได้จากคำพูด และท่าทีที่บุคคลนั้นแสดงออกมา (Coopersmith, 1990) โดยประเมินจากความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านตนเอง ที่เป็นปัจจัยภายในบุคคล เป็นการประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เกิดจากลักษณะภายในบุคคล ในการรับรู้ถึงศักยภาพ และความสามารถของตน ด้านครอบครัว ที่เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เป็นการประเมินค่าของตนเองจากสภาพแวดล้อมของครอบครัว และด้านสังคม ที่เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เป็นการประเมินการเห็นคุณค่าของตนเองจากการมีปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับสังคม (Francis, James, & Jones, 1998)

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) อธิบายว่า ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นแนวคิดของจิตวิทยาสังคม ที่เป็นผลมาจากการประเมินตนเองจากการรับรู้ (cognitive self) และการประเมินตัดสินคุณค่าที่บุคคลมีต่อตนเอง (evaluative self) ทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ โดย

พิจารณาทั้งในภาพรวม (global self-esteem) และเฉพาะด้าน (specific self-esteem) จากความเชื่อมั่น การเคารพนับถือ การยอมรับ และการรับรู้ความสามารถของตน ตลอดจนการได้รับการยอมรับนับถือ และความเชื่อมั่นจากครอบครัวและสังคม การที่บุคคลรู้สึกต่อความมีคุณค่าในตนเองอย่างไรจะนำไปสู่พฤติกรรมนั้น โดยปกติแล้วการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในด้านใดด้านหนึ่ง ส่งผลต่อการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในภาพรวมด้วย กล่าวได้ว่าหากบุคคลมีการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในด้านใดด้านหนึ่งลดลง การประเมินคุณค่าในตนเองในภาพรวมจะลดลงด้วย (Rosenberg et al., 1995) ดังนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของการศึกษารุ่นนี้ เป็นการรับรู้ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีต่อตนเอง จากการประเมินค่าและตัดสินใจว่าตนมีความสามารถ มีความพึงพอใจ ให้การยอมรับ และเชื่อมั่นในตนเอง ตลอดจนได้รับการยอมรับ การเห็นคุณค่าจากบุคคลในครอบครัว และบุคคลในสังคม

กระบวนการที่เป็นปัจจัยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองประกอบด้วย 3 หลักการ คือ (Rosenberg, & Turner, 1990)

1. การประเมินสะท้อนกลับ คือการที่บุคคลจะประเมินว่าตนเองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงหรือต่ำ มาจากการประเมินสะท้อนกลับของบุคคลคนอื่น แล้วเกิดอ้อม โนทัศน์ต่อตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคลอื่นที่มีความเชื่อมั่น มีความนับถือในตัวบุคคลนั้นมากแค่ไหน หากมีความเชื่อมั่น ชื่นชม เห็นคุณค่า ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง แต่หากไม่เห็นคุณค่า ไม่มีมีความเชื่อมั่น แสดงอาการดูถูก บุคคลนั้นก็จะประเมินสะท้อนกลับส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

2. การประเมินทางสังคม คือการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ถ้าตนเองอยู่ในสถานะที่ต่ำกว่า ก็จะประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง แต่หากตนเองอยู่ในสถานะที่สูงกว่า ผลการประเมินจะก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

3. คุณลักษณะของบุคคล เป็นการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากผลของการกระทำในอดีต ถ้าประเมินว่าตนเคยประสบความสำเร็จในสถานการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ก็จะส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

เมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน โดยการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาด้วยอินซูลิน (Hui et al., 2014) รวมถึงความไม่

คุ้นเคยในขั้นตอนการรักษา (Lawson & Rajaram, 1994) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (อัญชลี และคณะ, 2557) การไม่ได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและสังคม (พิณทรัพย์ พรหมเสน, 2558) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นความต้องการและแรงกดดันที่มีผลต่อสภาวะจิตใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (Miller et al., 1993) ที่ทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการประเมินตนเองด้านลบถึงความสามารถของตน ส่งผลให้ขาดความเชื่อมั่นและความภาคภูมิใจ ซึ่งการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลลดลง (Rosenberg et al., 1995) นำไปสู่ความล้มเหลวในการตั้งครรภ์และทำให้เกิดความเครียดได้ การสร้างความรู้สึกทางบวกให้กับตนเอง ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปรับตัวที่เหมาะสมกับภาวะของโรค อีกทั้งสามารถเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ได้ (Wallace, Cunningham, & Del Monte, 1984) ดังนั้นสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถ และมีความมั่นใจที่จะให้การดูแลตนเองและทารกในครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Guttmacher, 2004) การควบคุมปริมาณและชนิดของอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้กล้ามเนื้อส่วนบนของร่างกาย เช่น การหมุนแขน การแกว่งแขน เป็นต้น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) อีกทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังช่วยเสริมแรง ช่วยปรับอารมณ์ ความรู้สึกขณะประสบปัญหาหรือเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ (พรณี ภู่นประดับ, 2538)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีเพียงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความผาสุกทางจิตใจ การปรับตัวด้านจิตสังคม และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ปกติและสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ปกติ เช่นการศึกษาของ นุชจรี อิ่มมาก (2552) ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางจิตใจ ($r = .41, p < .01$) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เช่นการศึกษาของ จิราวรรณ นิรมิตเกษ (2551) ในสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมาก พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปรับตัวด้านจิตสังคม ($r = .23, p < .05$) และสามารถร่วมทำนายการปรับตัวด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากได้ ร้อยละ 37.70 ($p < .001$) และการศึกษาของ พรณี ภู่นประดับ (2538) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคหัวใจ

โรคไต โรคหอบหืด โรคไทรอยด์ โรคเลือดร่วมกับการตั้งครรภ์ กรวยไตอักเสบ มีเลือดออกขณะตั้งครรภ์ และมีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากตั้งครรภ์ พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ($r = .58, p < .001$) ดังนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อาจเป็นปัจจัยความกดดันและความต้องการภายในร่างกายด้านจิตวิทยาปัจจัยหนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่บุคคลประเมินความมีคุณค่า และความมีประโยชน์ในตนเอง เพื่อผลักดันให้บุคคลประสบความสำเร็จ หรือผ่านพ้นกับสถานการณ์ที่มีผลในทางลบ สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่นำมาใช้กับสตรีตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) และจากแนวคิดของ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1967) ดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-esteem Scale [RSE]) ของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) สร้างขึ้นภายใต้แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในภาพรวม เดิมสร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในเด็กวัยรุ่น โดยโรเซนเบิร์ก (Rosenberg) ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ว่า เป็นความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง มีความเชื่อมั่นในความคุ้มค่าของตนเอง วิธีการตอบแบบสอบถาม ผู้ถูกประเมินตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางด้านบวก 5 ข้อ และข้อคำถามทางด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าคะแนนที่น่าจะเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 10 - 40 คะแนน คะแนนรวมที่มากแสดงถึง บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง นำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมและผู้สูงอายุ จำนวน 5,204 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง .82 - .88 นอกจากนี้ยังพบว่า แมคเวท และ สมิธ (McVeigh & Smith, 2000) นำไปทดลองใช้ในการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความพึงพอใจ จากการสนับสนุนทางสังคมในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ จำนวน 173 ราย และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 72 ราย ในศูนย์สุขภาพแม่และเด็ก และคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลีย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง .84 - .87 และดามาโต (Damato, 2003) นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์แฝด จำนวน 214 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .85 ขณะที่ เจสซี, คิม, และ เฮิร์นดอน (Jesse, Kim, Herndon, 2014) นำไปทดลองใช้ในการศึกษาความเครียด และภาวะซึมเศร้าระยะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ในชนบท จำนวน 318 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ

.85 ต่อมา โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1989) พบว่านำไปใช้ทั้งเพศหญิงและเพศชายในกลุ่มวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .92 และวิธีทดสอบซ้ำ เท่ากับ .85

มีการนำแบบสอบถาม RSE (Rosenberg, 1965) มาแปลเป็นภาษาไทยหลายครั้งดังนี้

แบบสอบถาม RSE (Rosenberg, 1965) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) และนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีบุตรคนแรก จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .75 เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 205 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .80 ต่อมา สิริณาด ศรีอำพร (2543) นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .72 เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .74 และ จิตติมา ถือประเสริฐ (2546) นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .78 เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .83 ขณะที่ จิราวรรณ นิรมิตภาย (2551) นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมาก จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .76

แบบสอบถาม RSE (Rosenberg, 1965) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ศรีแสง (Srisaeng, 2003) และนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นไทยในระยะหลังคลอด จำนวน 119 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .72 ต่อมา วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ (2536) นำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .73 และ สุภาพร ตั้งศิริ (2550) นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .74

สำหรับแบบสอบถาม RSE (Rosenberg, 1989) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย อัจฉราพร คิดใจ เดียว (2543) และนำไปทดลองใช้กับสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .80

2. แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Coopersmith Self-Esteem Inventory [CSEI]) ของ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1967) ภายใต้แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในภาพรวม คูเปอร์สมิธ (Coopersmith) ได้สร้างแบบวัดนี้โดยใช้รูปแบบการรายงานตนเอง ต้นฉบับเป็นแบบวัดที่ใช้ในเด็ก (School Form) เหมาะสำหรับเด็กอายุ 8 - 15 ปี มีข้อคำถามทั้งหมด 58 ข้อ แต่คิดคะแนนเพียง 50 ข้อ อีก 8 ข้อ เป็นคำตอบที่ให้คะแนนลง นำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในระยะ 5 สัปดาห์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .88 ในระยะ 3 ปีต่อมา นำไปใช้จริงกับเด็ก จำนวน 1,748 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .70 จากนั้นมีการพัฒนาข้อคำถามให้น้อยลง หรือที่เรียกว่า ฉบับสั้น (School Short Form) ให้เหลือข้อคำถามเพียง 25 ข้อ เป็นแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านตนเอง ด้านครอบครัว และด้านสังคม วิธีการตอบแบบสอบถาม ผู้ถูก

ประเมินตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในแต่ละข้อมีระดับคะแนนเป็น 0 และ 1 คะแนน โดยคะแนนข้อคำถามทางด้านบวก 1 คะแนน หมายถึง ใช่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ใช่ สำหรับข้อคำถามทางด้านลบ จะให้คะแนนตรงกันข้ามกับข้อคำถามด้านบวก การแปลค่าคะแนนโดยการรวมคะแนนทั้งหมด 0 - 25 คะแนน คะแนนที่สูงบ่งบอกถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง

3. แบบสอบถาม CSEI (Coopersmith, 1967) ฉบับผู้ใหญ่ (adult form) พัฒนาโดย ไรเดนท (Ryden, 1978) นำไปทดลองใช้กับสตรีวัยผู้ใหญ่ ในระยะเวลา 6 - 58 สัปดาห์ จำนวน 32 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .80 ต่อมา สถาพร อนันต์คุณูปการณ์ (2539) แปลและดัดแปลงแบบสอบถาม CSEI (Coopersmith, 1967) เพื่อให้เหมาะสมกับมารดาหลังคลอด ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึงทัศนคติที่มารดาหลังคลอดมีต่อตนเองทั้งหมด 25 ข้อ เป็นข้อคำถามทางด้านบวก 9 ข้อ ข้อคำถามทางด้านลบ 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 อย่าง คือ ใช่ หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกว่าคุณค่าที่ตัวเองเป็นสิ่งที่ผู้ตอบรู้สึก ไม่ใช่ หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกดังข้อความนั้นเลย นำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอด จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .75 เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือขณะตั้งครรภ์ เท่ากับ .72 และได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือหลังคลอด เท่ากับ .70

กฤษณา พูลเพิ่ม (2544) ได้ดัดแปลงแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ สถาพร อนันต์คุณูปการณ์ (2539) เพื่อให้เหมาะสมกับมารดาในระยะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรก โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ เป็นข้อคำถามทางด้านบวก 8 ข้อ ข้อคำถามทางด้านลบ 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ การแปลผลคะแนน 0 - 12 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ 13 - 25 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง โดยคะแนนข้อคำถามทางด้านบวก 1 คะแนน หมายถึง ใช่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ใช่ สำหรับข้อคำถามทางด้านลบ ให้คะแนนตรงกันข้ามกับข้อคำถามทางด้านบวก นำไปทดลองใช้กับมารดาในระยะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรก จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson's equation [K-R20]) เท่ากับ .76

4. แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พัฒนาโดย พรณี นุ่นประดับ (2538) ภายใต้นแนวคิดของ คูเปอร์สมิท (Coopersmith) และการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ เป็นคำถามทางด้านบวก 22 ข้อ ข้อคำถามทางด้านลบ 9 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยทั่วไป ข้อที่ 1 - 15 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทางด้านครอบครัว ข้อที่ 16 - 23 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทางด้านสังคม ข้อที่ 17 - 31 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนนข้อคำถามทางด้านบวก 5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบน้อยที่สุด สำหรับข้อคำถามทางด้านลบ จะให้คะแนนตรงกันข้ามกับข้อคำถามด้านบวก คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 31 - 155 คะแนน สตรีตั้งครรภ์ที่มี

คะแนนสูงแสดงถึง เป็นผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไต โรคหอบหืด โรคไทรอยด์ โรคเลือดร่วมกับการตั้งครรภ์ กรวยไตอักเสบ มีเลือดออกขณะตั้งครรภ์ และมีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากตั้งครรภ์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .77 ต่อมา ธารพร วงษ์จันทร์ (2544) นำไปทดลองใช้กับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่สอง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .78

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถาม RSE (Rosenberg, 1965) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย ศรีแสง (Srisaeng, 2003) มาใช้ในการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามที่มีความกระชับ ข้อคำถามไม่มาก ตอบง่ายและรวดเร็ว สตรีตั้งครรภ์สามารถตอบได้ด้วยตนเอง และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มากกว่า .70 เมื่อนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นที่ดีและเหมาะสม สามารถประเมินได้ครอบคลุม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำไปใช้ในการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ มิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 1993) ประกอบด้วย ปัจจัยที่เป็นความต้องการและแรงกดดันจากภายนอกร่างกายด้านจิตสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เป็นความต้องการและแรงกดดันจากภายในร่างกายด้านจิตวิทยา คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ของ เฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและการบริการ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ตามกรอบแนวคิดของ เฮียแมน และ กัฟตัน (Heaman & Gupton, 2009) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตามกรอบแนวคิดของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) หากสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่ได้รับการสนับสนุน และการช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นในสังคม มีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยง และอันตรายที่จะเกิดขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความเครียดได้ จากการเพิ่มขึ้นของความต้องการและแรงกดดันจากภายนอกและภายในร่างกาย ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงน่าจะสามารถทำนายความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้