บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
    1.1 ภาวะการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
    1.2 การประเมินและวินิจฉัยการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
    1.3 ผลกระทบของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์และผู้จะเป็นบิดา
2. อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
    2.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า
    2.2 ชนิดของอาการเหนื่อยล้า
    2.3 อาการและอาการแสดงของอาการเหนื่อยล้า
    2.4 อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
    2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
    2.6 ผลกระทบของอาการเหนื่อยล้าต่อผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
    2.7 การประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดา
3. ความวิตกกังวล
    3.1 ความหมายและแนวคิดความวิตกกังวล
    3.2 ชนิดของความวิตกกังวล
    3.3 ระดับของความวิตกกังวล
    3.4 กลไกการเกิดความวิตกกังวล
    3.5 ผลของความวิตกกังวล
    3.6 ความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3.7 การประเมินความวิตกกังวล

3.8 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดา

4. การสนับสนุนทางสังคม

4.1 ความหมายและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

4.2 การสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

4.3 ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ

4.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดา

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ภาวะการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรมหรือสูติกรรม ส่งผลให้สตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดอันตรายหรือเสียชีวิตสูงขึ้น และอาจเกิดภาวะทุพพลภาพได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (Cunningham et al., 2014) การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทางสูติกรรมที่พบได้บ่อย ได้แก่ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การตกเลือดก่อนคลอด ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ภาวะน้ำคร่ำผิดปกติ และครรภ์แฝด การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทางอายุรกรรมที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรคโลหิตวิทยา โรคไทรอยด์ โรคออโตอิมมูน โรคหอบหืด และโรคไวรัสตับอักเสบบี

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ พบมดลูกมีการหดรัดตัวอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 6 ครั้งใน 1 ชั่วโมง ร่วมกับปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ปากมดลูกเปิดอย่างน้อย 3 เซนติเมตร และมีความบางอย่างน้อยร้อยละ 80 (Rundell & Panchal, 2017) พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 9 ของการตั้งครรภ์ และพบสองในสามของสตรีมีครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Oros et al., 2017) มีรายงานพบว่า ร้อยละ 40 - 50 ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด และอาจส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อทารกในครรภ์ได้ ได้แก่ การตายปริกำเนิด ภาวะหายใจลำบาก ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะตัวเหลือง ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง ภาวะลำไส้เน่า และติดเชื้อในกระแสเลือด (Solomon & Althaus, 2015)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การตกเลือดก่อนคลอด หมายถึง การมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือน้ำหนักทารกเกิน 1,000 กรัม ไปจนถึงก่อนเข้าสู่ระยะคลอด สาเหตุของการตกเลือดก่อนคลอด เช่น รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด และภาวะ vasa previa ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่ง อาจเป็นสาเหตุให้สตรีมีครรภ์เสียชีวิต มีโอกาสตกเลือดในระยะหลังคลอด อาจจำเป็นต้องให้ทารกคลอดก่อนกำหนด และส่งผลให้อัตราตายปริกำเนิดเพิ่มสูงขึ้น (Cunningham et al., 2014)

ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ หมายถึง ทารกไม่สามารถเจริญเติบโตได้เต็มศักยภาพ มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 10 เปอร์เซ็นไทล์ หรือ 2 SD (standard deviation) ของอายุครรภ์นั้นๆ พบประมาณร้อยละ 2 - 10 ของการตั้งครรภ์ หรือพบได้ประมาณหนึ่งในสามของทารกที่คลอดออกมาน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งส่งผลให้อัตราตายปริกำเนิดและทุพพลภาพเพิ่มมากขึ้น ทารกมักจะมีภาวะขาดออกซิเจนในขณะคลอด การสำลักขี้เทา ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะอุณหภูมิกายต่ำ รวมทั้งอาจทำให้เกิดความพิการอย่างถาวร โดยเฉพาะความพิการทางสมอง ซึ่งภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์นี้ มักเกิดร่วมกับความพิการแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ หรือทารกในครรภ์มีความผิดปกติของโครโมโซม (Cunningham et al., 2014)

ภาวะน้ำคร่ำผิดปกติ ได้แก่ ภาวะน้ำคร่ำมาก และภาวะน้ำคร่ำน้อย

ภาวะน้ำคร่ำมาก หมายถึง ภาวะที่มีปริมาณของน้ำคร่ำมากกว่า 2,000 มิลลิลิตร หรือมากกว่า 95 เปอร์เซ็นไทล์ มีค่าดัชนีปริมาณน้ำคร่ำมากกว่า 25 เซนติเมตร พบอุบัติการณ์ร้อยละ 0.5-2 ของการตั้งครรภ์ พบมีความสัมพันธ์กับภาวะทารกตัวโต (Zeino et al., 2017) ส่งผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ สายสะดือพลัดต่ำ และภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ สายสะดือพันคอ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ เป็นต้น (Cunningham et al., 2014)

ภาวะน้ำคร่ำน้อย หมายถึง ภาวะที่มีปริมาณของน้ำคร่ำน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร มีค่าดัชนีปริมาณน้ำคร่ำน้อยกว่า 5 เซนติเมตร ส่งผลต่อสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนี้ 1) การแท้ง 2) ทารกเกิดภาวะพังผืดถุงน้ำคร่ำ (amniotic band) จากการที่มีเยื่อพังผืดรัดติดส่วนของร่างกายทารกกับผนังถุงน้ำคร่ำทำให้เกิดภาวะพิการ เช่น แขนขาขาด นิ้วมือคอดกิ่ว เป็นต้น 3) ภาวะเกิดต่อเนื่องพอตเตอร์ (Potter sequences) คือ ทารกมีปอดแฟบ หน้าตาผิดปกติ แขนขาหดเกร็ง และมักเสียชีวิตตั้งแต่แรกคลอด และ 4) เพิ่มความเสี่ยงในระยะคลอด เช่น ทารกอยู่ในภาวะเครียด สายสะดือถูกกด เป็นต้น (Cunningham et al., 2014)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ครรภ์แฝด หมายถึง การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้วภายในโพรงมดลูก และเกิดตัวอ่อนมากกว่า 1 ตัว พบอุบัติการณ์ร้อยละ 1-2 ของการคลอด ซึ่งประมาณร้อยละ 70 เป็นแฝดชนิดไข่คนละใบ (dizygotic) และประมาณร้อยละ 30 เป็นแฝดเกิดร่วมไข่ (monozygotic) (Feng, Zhai, & Cai, 2018) เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่างๆ ระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น สตรีมีครรภ์อาจมีการคลื่นไส้อาเจียนมากกว่าปกติ มีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ การแท้ง ทารกพิการแต่กำเนิด ภาวะทารกตัวติดกัน ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และการคลอดก่อนกำหนด (Townsend & Khalil, 2018)

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หมายถึง ความผิดปกติเรื้อรังของเมตาบอลิซึมที่เกิดจากการขาดอินซูลิน ซึ่งอาจเป็นการขาดแบบสมบูรณ์หรือแบบสัมพัทธ์ ส่งผลให้มีน้ำตาลในกระแสเลือดสูง เบาหวานในสตรีมีครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบมากที่สุด พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 4 - 12 ของการตั้งครรภ์ (กรมอนามัย, 2558) สามารถจำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) เบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนการตั้งครรภ์ (Pregestational หรือ Overt DM) พบเพียงร้อยละ 0.5-1 ของเบาหวานที่พบในสตรีมีครรภ์ โดยแบ่งออกเป็น Type I กับ Type II และ 2) เบาหวานที่วินิจฉัยในขณะตั้งครรภ์ (Gestational DM) พบร้อยละ 90 ของเบาหวานที่พบในสตรีมีครรภ์ แบ่งระดับตามความรุนแรงออกเป็น 2 ระดับ คือ Class A1 และ Class A2 (Johnson & Milio, 2015) ซึ่งภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อให้เกิดอันตรายต่อทั้งสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ โดยภาวะแทรกซ้อนในสตรีมีครรภ์ เช่น ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา โรคไตจากเบาหวาน ภาวะกรดในเลือดสูง ภาวะติดเชื้อ เป็นต้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกตัวโตกว่าปกติ การแท้งโดยธรรมชาติ การคลอดก่อนกำหนด ทารกพิการแต่กำเนิด เป็นต้น (Cunningham et al., 2014)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หมายถึง สตรีมีครรภ์ที่มีความดันโลหิตซีสโตลิคมากกว่าหรือเท่ากับ 140 หรือความดันไดแอสโตลิค มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโม แต่ไม่เกิน 7 วัน (Choubey & Witter, 2015) ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์พบประมาณร้อยละ 5 - 10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด เป็นสาเหตุการตายของสตรีมีครรภ์มากที่สุดร้อยละ 16 สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ (Chronic hypertension) คือ ความดันโลหิตสูงที่พบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ 2) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestational hypertension) คือ ความดันโลหิตสูงที่วินิจฉัยครั้งแรกในช่วงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป 3) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) คือ ความดันโลหิตสูงที่วินิจฉัยครั้งแรกในระยะตั้งครรภ์ร่วมกับพบโปรตีนในปัสสาวะหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์

ซึ่งแบ่งเป็น mild preeclampsia และ severe preeclampsia และ 4) ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ (Superimposed preeclampsia) คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ ได้แก่ เสี่ยงต่อการชัก การเกิดภาวะของหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจล้มเหลว รกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะเลือดไม่แข็งตัว และกลุ่มอาการ HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count) สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ทารกเสียชีวิตในครรภ์ และทารกพิการแต่กำเนิด (Cunningham et al., 2014)

โรคโลหิตวิทยา ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะซีด และโรคธาลัสซีเมีย

ภาวะซีด หมายถึง ภาวะที่มีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร ในไตรมาสที่หนึ่งและไตรมาสที่สาม และมีค่าต่ำกว่า 10.5 กรัมต่อเดซิลิตร ในไตรมาสที่สอง (Resetkova & Szymanski, 2015) ขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) ให้คำนิยามว่า ระดับของฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร ตลอดการตั้งครรภ์ ภาวะซีดเป็นความผิดปกติของเลือดที่พบบ่อยที่สุดในระยะตั้งครรภ์ พบประมาณร้อยละ 20 - 60 ของการตั้งครรภ์ สาเหตุที่พบบ่อย คือ ขาดธาตุเหล็ก ขาดโฟเลต ขาดวิตามินบี 12 จากการเสียเลือด และจากโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งภาวะซีดในระยะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกพิการแต่กำเนิด เป็นต้น (Cunningham et al., 2014)

โรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคโลหิตจางที่เกิดจากความผิดปกติของยีน ทำให้การสังเคราะห์สายฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงลดลงหรือสังเคราะห์ไม่ได้เลย ส่งผลให้เม็ดเลือดแดงมีลักษณะผิดปกติ อายุสั้น ถูกทำลายตั้งแต่อยู่ในไขกระดูก สตรีมีครรภ์จะมีภาวะซีดและมีภาวะเหล็กเกิน ส่งผลต่อสตรีมีครรภ์ ได้แก่ อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เสี่ยงต่อการติดเชื้อง่าย รกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ คลอดยาก และการตกเลือดหลังคลอด สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำคร่ำน้อย ทารกอยู่ในภาวะเครียด ทารกพิการแต่กำเนิด และทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Cunningham et al., 2014)

โรคไทรอยด์ ได้แก่ ไฮเปอร์ไทรอยด์ และไฮโปไทรอยด์

ไฮเปอร์ไทรอยด์ เกิดจากการมีฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ที่มากกว่าปกติ พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 1.4 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งภาวะไทรอยด์เป็นพิษ (Graves' Disease) พบได้บ่อยที่สุดในสตรีมีครรภ์ ส่งผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะไทรอยด์วิกฤต (thyroid storm) การคลอดก่อนกำหนด และการแท้ง สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม และทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Alemu, Terefe, Abebe, & Biadgo, 2016)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ไฮโปไทรอยด์ เกิดจากการมีฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์น้อยกว่าปกติ ในสตรีมีครรภ์พบอุบัติการณ์ไฮโปไทรอยด์ชนิดไม่มีอาการ (subclinical hypothyroid) ร้อยละ 2-3 และไฮโปไทรอยด์ชนิดมีอาการ (Overt hypothyroid) ร้อยละ 0.3 -0.5 ส่งผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด การแท้ง ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะซีด และการตกเลือดหลังคลอด สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะไฮโปไทรอยด์แต่กำเนิด และทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Alemu, Terefe, Abebe, & Biadgo, 2016)

โรคออโตอิมมูนในระยะตั้งครรภ์ หมายถึง เป็นโรคออโตอิมมูนเรื้อรังที่ก่อให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบต่างๆ ในร่างกาย (multisystem disorder) จึงเกิดความแตกต่างในอาการและอาการแสดง ผลของโรคออโตอิมมูนต่อการตั้งครรภ์ ได้แก่ ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เพิ่มอัตราตายปริกำเนิด เพิ่มอุบัติการณ์การแท้ง และเพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนด (Latimer & Neale, 2015)

โรคหอบหืด เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจเมื่อมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นมากเกินไป พบอุบัติการณ์ร้อยละ 2-12 ของการตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอด 3 สัปดาห์ก่อนคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ รกเสื่อมสภาพ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีคะแนน Apgar score นาทีแรกน้อยกว่า 7 คะแนน และทารกแรกเกิดมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ (Fazel et al., 2018)

โรคไวรัสตับอักเสบบี เกิดจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งเป็น DNA hepadna-virus เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคตับแข็งและมะเร็งตับ ในสตรีมีครรภ์ที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีจะมีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และยังมีความสัมพันธ์กับการตกเลือดก่อนคลอด รกลอกตัวก่อนกำหนด และสามารถแพร่เชื้อจากสตรีมีครรภ์สู่ทารกได้ในระยะก่อนคลอด หากปริมาณ Viral load มากกว่า 7 log (lU/ml) หรือ มากกว่า 8 log สำหรับผลกระทบต่อทารก ได้แก่ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด การแท้ง และการตายคลอด ซึ่งทารกแรกคลอดที่ได้รับ Hepatitis B immunoglobulin (HBIG) และ Hepatitis B vaccine ภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด จะช่วยป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ถึงร้อยละ 90 - 95 (ศิรินาถ ศิริเลิศ และพรรณี ศีรวรรธนาภา, 2556)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การประเมินและวินิจฉัยการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

การประเมินและวินิจฉัยการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง สามารถใช้แนวทางในการประเมินได้หลายวิธี ดังต่อไปนี้

1. เกณฑ์การประเมินการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ปัจจัยเสี่ยง

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1. อายุต่ำกว่า 18 ปี
2. อายุมากกว่า 40 ปี
3. การศึกษา: เรียนจบชั้นประถมศึกษา หรือไม่ได้เรียน
4. สตรีมีครรภ์ สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน
5. ขณะตั้งครรภ์ทำงานหนักมากและเดินทางไกลตลอดเวลา
6. น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัม หรือมีภาวะทุพโภชนา
7. การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์แฝด
8. การตั้งครรภ์ครั้งนี้มีภาวะครรภ์แฝดน้ำ หรือรกเกาะต่ำ
9. ขณะตั้งครรภ์มีมดลูกผิดปกติหรือมีเนื้องอกในมดลูก
10. มีประวัติแท้งในช่วงอายุครรภ์ 15 - 28 สัปดาห์
11. ขณะตั้งครรภ์มีการบางของปากมดลูก
12. ขณะตั้งครรภ์มีการติดเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะ
13. ขณะตั้งครรภ์เคยได้รับผ่าตัดทางหน้าท้อง
14. เคยคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์
15. ขณะตั้งครรภ์มีการเปิดขยายของปากมดลูก

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในวันมาฝากครรภ์ครั้งแรกตรวจ Glucose Challenge test (GCT)

1. ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 kg/m^2
2. เคยคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม
3. เคยเป็นเบาหวานในครรภ์ก่อน
4. บิดามารดาเป็นโรคเบาหวาน

ภาวะความดันโลหิตสูง

- เคยมีความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของสตรีมีครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ประวัติอดีต

1. เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือนแรก)
2. เคยแท้ง 3 ครั้งติดต่อกันหรือมากกว่าติดต่อกัน
3. เคยคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
4. เคยคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม
5. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพราะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ
6. เคยผ่าตัดอวัยวะภายในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก ผ่าตัดปากมดลูก ผูกปากมดลูก เป็นต้น

ประวัติปัจจุบัน

7. ครรภ์แฝด
8. อายุน้อยกว่า 17 ปี นับถึงวันกำหนดคลอด
9. อายุมากกว่า 35 ปี นับถึงวันกำหนดคลอด
10. Rh Negative
11. มีเลือดออกทางช่องคลอด
12. มีก้อนในอุ้งเชิงกราน
13. ความดันโลหิตไดแอสโตลิค มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท
14. โรคเบาหวาน
15. โรคไต
16. โรคหัวใจ
17. ติดยาเสพติด ติดสุรา
18. โรคทางอายุรกรรมอื่นๆ เช่น โลหิตจาง ไทรอยด์ โรคออโตอิมมูน เป็นต้น

ถ้าพบว่ามีคำตอบข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่าสตรีมีครรภ์รายนี้ ใช้การดูแลสตรีมีครรภ์แนวใหม่ไม่ได้ ควรได้รับการดูแลพิเศษ และ/หรือ ประเมินเพิ่มเติม

3. การประเมินและการวินิจฉัยการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในระยะที่มาฝากครรภ์ สามารถประเมินได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ (ธีระ ทองสง, 2555)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3.1 ประวัติ

3.1.1 การมีบุตรยาก

3.1.2 สตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 16 ปี หรือมากกว่า 35 ปี

3.1.3 มีความผิดปกติของมดลูก เช่น เนื้องอกมดลูก มดลูกผิดรูปร่าง

3.1.4 เคยคลอดบุตรมาแล้ว 4 ครั้งขึ้นไป

3.1.5 โรคที่สตรีตั้งครรภ์เป็นมาก่อนการตั้งครรภ์ที่พบบ่อย ได้แก่

1) การติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับเชื้อเอชไอวี

2) ความดันโลหิตสูง การตั้งครรภ์อาจทำให้เกิด Superimposed preeclampsia เพียงความดันโลหิตสูงอย่างเดียวก็ทำให้ทารกเติบโตช้าในครรภ์หรือตายในครรภ์ได้

3) เบาหวาน ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ยาก ส่งผลให้เกิดอัตราการตายของทารกในครรภ์สูงขึ้น

4) โรคหัวใจ การตั้งครรภ์ทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น เป็นสาเหตุให้เกิดการตายของสตรีมีครรภ์ได้

5) โรคโลหิตจาง ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า สตรีมีครรภ์ทนต่อการเสียเลือดได้น้อย ติดเชื้อได้ง่าย

6) โรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะรายที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ทำให้เกิด Superimposed preeclampsia ได้ง่าย

7) โรคอื่นๆ ที่ควรจัดเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เช่น โรคลมชัก ตับอักเสบ ซิฟิลิส คอพอกเป็นพิษ หัดเยอรมัน หอบหืด เป็นต้น

3.1.6 ประวัติความผิดปกติทางสูติกรรมของครรภ์ก่อน ซึ่งอาจเกิดซ้ำได้อีกในครรภ์หลัง เช่น

1) แท้งบุตรติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง

2) คลอดก่อนกำหนด ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนครรภ์ครบกำหนด

3) คลอดทารกน้ำหนักน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม)

4) ช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการเนื่องจากคลอดยาก

5) มีประวัติเจ็บครรภ์คลอดนานผิดปกติ

6) มีประวัติผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

7) ทารกตายในครรภ์ หรือตายแรกคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ

8) ทารกมีความพิการโดยกำเนิด หรือมีโรคโครโมโซมผิดปกติ

9) มีประวัติตกเลือดหลังคลอด

10) ประวัติมีโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรมในครอบครัว เช่น ดาวน์ซินโดรม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3.2 การตรวจร่างกาย

3.2.1 สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนผิดปกติ หรือเตี้ยผิดปกติ จะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรืออันตรายจากการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขึ้น คนเตี้ยเชิงกรานมักแคบส่งผลให้คลอดยาก

3.2.2 ภาวะทุพโภชนาการ ทำให้ทารกในครรภ์เติบโตช้า ติดเชื้อได้ง่าย และอาจคลอดก่อนกำหนด

3.2.3 ทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง เป็นต้น

3.2.4 ครรภ์เกินกำหนด

3.2.5 ครรภ์แฝด

3.2.6 ครรภ์แฝดน้ำ (สามารถเกิดร่วมกับทารกในครรภ์มีความพิการได้)

3.2.7 การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ช้ากว่าปกติ

3.2.8 เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (หลังอายุครรภ์ 28 สัปดาห์)

3.2.9 ตรวจพบโรคที่ถือว่าเป็นภาวะครรภ์เสี่ยงสูงดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.3.1 การทดสอบการติดเชื้อเอสไอวี ส่วนใหญ่แนะนำ voluntary screening

3.3.2 ผลการทดสอบน้ำเหลืองสำหรับซิฟิลิสให้ผลบวกและยืนยันด้วยการทดสอบจำเพาะสำหรับซิฟิลิสให้ผลบวก

3.3.3 ตรวจพบไข่ขาวในปัสสาวะ

3.3.4 ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ

3.3.5 ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร หรือฮีมาโตรคริตน้อยกว่าร้อยละ 30

3.3.6 การตรวจคัดกรองเชื้อสเตร็บโตคอคคัสกรุ๊ปบี (Group B Streptococcus) สมาคมสูตินรีแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (The American College of Obstericans [ACOG]) แนะนำให้ 2 วิธี คือ ให้ยาป้องกัน (chemoprophylaxis) แก่สตรีมีครรภ์ในระยะคลอดบุตรทุกรายที่มีความเสี่ยง เพาะเชื้อคัดกรองทุกรายที่อายุครรภ์ 35 - 37 สัปดาห์ และให้เพนนิซิลินในระยะคลอดในรายที่เพาะเชื้อขึ้น

สรุปการประเมินและการวินิจฉัยการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงสามารถทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งอาจทำโดยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะพิจารณาข้อมูลจากสมุดบันทึกการฝากครรภ์ของสตรีมีครรภ์ที่ได้รับการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

วินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ตามแนวทางของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ผลกระทบของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ และผู้จะเป็นบิดา

ผลกระทบของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงถือว่าเป็นภาวะคุกคาม ที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาและด้านจิตสังคม มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบอวัยวะที่สำคัญ ทำให้ร่างกายขาดความสมดุล ซึ่งความรุนแรงนั้นขึ้นอยู่กับโรคและพยาธิสภาพของโรค ส่งผลให้สตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์มีอัตราการป่วย (morbidity) และอัตราการตาย (mortality) เพิ่มมากขึ้น (Kalaivani et al., 2016) ตัวอย่างในสตรีมีครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หากสตรีมีครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะส่งผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ เช่น ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา โรคไตจากเบาหวาน ภาวะกรดในเลือดสูง ภาวะติดเชื้อ เป็นต้น สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกตัวโตกว่าปกติ การแท้งโดยธรรมชาติ การคลอดก่อนกำหนด ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกเสียชีวิตในครรภ์ เป็นต้น (Cunningham et al., 2014) นอกจากจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์แล้ว ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตสังคมของสตรีมีครรภ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงนั้นอาจต้องมีการดูแลที่ซับซ้อน หรือต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การแบ่งเวลาไปตรวจสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย บางรายอาจต้องได้รับการรักษาด้วยยา เป็นต้น ซึ่งสตรีมีครรภ์จะมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุทำให้สตรีมีครรภ์ต้องประสบกับอารมณ์ในด้านลบ รู้สึกว่าตนเองไม่สมบูรณ์ ที่ไม่สามารถอยู่ในสภาพการตั้งครรภ์ตามปกติได้ รู้สึกไม่มั่นคง รู้สึกอ่อนแอ มีความวิตกกังวลและรู้สึกเครียดสูง มีความต้องการพึ่งพามากกว่าการตั้งครรภ์ปกติ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของสตรีมีครรภ์ (Rodrigues et al., 2016) สิ่งเหล่านี้อาจทำให้สตรีมีครรภ์เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดีส่งผลกระทบต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาตามมา (Wright, Belanger, & Dulude, 2000)

ผลกระทบของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อผู้จะเป็นบิดา

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงส่งผลกระทบต่อผู้จะเป็นบิดาทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม สำหรับด้านร่างกาย ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ต้องแบ่งเวลาในการช่วยดูแลสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง พาภรรยามาฝากครรภ์บ่อยขึ้น มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นสำหรับค่ารักษาพยาบาล

ซึ่งผู้จะเป็นบิดาจะต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อความต้องการของครอบครัว จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทำให้ผู้จะเป็นบิดามีภาระหน้าที่และความรับผิดชอบต่อครอบครัวเพิ่มขึ้น นำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้ สำหรับด้านจิตใจ ผู้จะเป็นบิดาจะมีความวิตกกังวลและรู้สึกเครียดมากกว่าผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์ปกติ เนื่องจากการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้จะเป็นบิดามีความรู้สึกว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นการตั้งครรภ์ที่ถูกคุกคาม และไม่เป็นตามที่คาดหวัง (Maloni & Ponder, 1997) ผู้จะเป็นบิดาจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของภรรยาและทารกในครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอยู่ กลัวการคลอดที่ไม่ปกติ กังวลว่าบุตรที่คลอดมาจะมีสุขภาพไม่แข็งแรง อาจมีความพิการหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาล่วงหน้า อีกทั้งผู้จะเป็นบิดายังต้องคอยสนับสนุนอารมณ์ของภรรยาโดยพยายามปกปิดความรู้สึกวิตกกังวลและความเครียดของตนเอง และด้านสังคมพบว่า ผู้จะเป็นบิดามีการลดหรือเลิกกิจกรรมสังสรรค์นอกบ้าน เพื่อให้ตนเองมีเวลาในการดูแลภรรยาและทารกในครรภ์ ซึ่งการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงถือเป็นช่วงวิกฤตของครอบครัว อาจทำให้ครอบครัวที่เข้มแข็งกลายเป็นครอบครัวที่อ่อนแอได้ และอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้จะเป็นบิดาจะพยายามหาแหล่งสนับสนุนจากทุกแหล่ง เช่น การสอบถามข้อมูลจากบุคลากรด้านสุขภาพ การเข้าร่วมโครงการโรงเรียนพ่อแม่ เป็นต้น และยิ่งไปกว่านั้นถ้าหากผู้จะเป็นบิดาขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมก็จะนำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้ (Asenhed et al., 2014) และมีรายงานพบว่าการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการปรับตัวสู่บทบาทการเป็นบิดา (Wright, Belanger, & Dulude, 2000)

อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของอาการเหนื่อยล้าไว้ดังนี้

ไอสตาร์ (Aistars, 1987) ให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า คือ การที่บุคคลรู้สึกเหนื่อยล้าหมดกำลังและขาดพลังงาน เป็นผลมาจากการเผชิญความวิตกกังวลอยู่เป็นเวลานาน ส่งผลทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่องและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ไปเปอร์ (Piper, 1989) ให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าเกิดภาวะผิดปกติหรือร่างกายรู้สึกเหนื่อยมาก อาจเกิดจากอาการเหนื่อยล้าอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้ การพักผ่อนนอนหลับเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

North American Nursing Diagnosis (NANDA, 1989) ให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า คือ อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม และด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความรู้สึกแข็งแรงและพลังงานลดลงจนรู้สึกหมดเรี่ยวแรง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

คาร์เปนิโต (Carpenito, 1997) ให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า คือ ประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับอาการอ่อนเพลีย อ่อนแรง ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานทางด้านร่างกายและจิตใจลดลงและไม่สามารถบรรเทาด้วยการพักผ่อน

รีม และริชาร์ดสัน (Ream & Richardson, 1996) ให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า คือ เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลถึงความรู้สึกอ่อนล้าหรืออ่อนแรง และส่งผลต่อสมรรถนะในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง แบ่งอาการเหนื่อยล้าออกเป็น 4 ลักษณะ คือ 1) เป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก 2) เป็นอาการที่มีความสัมพันธ์กับความเหน็ดเหนื่อยของร่างกายและจิตใจ 3) เป็นอาการที่เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย น่ารังเกียจ คล้ายถูกลงโทษ และ 4) เป็นอาการที่ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลงและต้องหยุดพักงานบ่อยๆ

สเกลลา และลาเกส (Skalla & Lacasse, 1992) ให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า คือ อาการเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าปกติ อันเป็นผลจากการทำกิจกรรมและสูญเสียพลังงาน

แอรอนสัน และคณะ (Aaronson et al., 1999) ให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า คือ การตระหนักถึงความสามารถของร่างกายและจิตใจที่ลดลง อันเป็นผลจากความไม่สมดุลของสิ่งที่หามากับสิ่งที่ใช้ไป

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย หมดเรี่ยวแรง หมดพลังอย่างมาก โดยมีสาเหตุมาจากทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและจิตใจลดลง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิต สำหรับการศึกษาครั้งนี้ อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง หมายถึง ภาวะหมดเรี่ยวแรง หมดพลังอย่างมาก เกิดขึ้นตามการรับรู้และความรู้สึกของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและจิตใจลดลง จนไม่สามารถทำหน้าที่ของผู้จะเป็นบิดาได้อย่างเต็มศักยภาพ

ชนิดของอาการเหนื่อยล้า

ชนิดของอาการเหนื่อยล้า สามารถแบ่งตามระยะเวลาการเกิดเป็น 2 ชนิด ได้แก่ (Piper et al., 1989)

1. อาการเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (acute fatigue) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกายนำพลังงานสะสมออกมาใช้ ซึ่งเป็นกลไกการป้องกันตัวเองตามธรรมชาติ สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไปที่มีสุขภาพดี และบุคคลรับรู้ว่าเป็นอาการปกติ เกิดขึ้นในระยะเวลาอย่างรวดเร็วและเกิดในระยะเวลาสั้นๆ เป็นวันหรือสัปดาห์ คงอยู่ไม่เกิน 1 เดือน อาการเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลันมักเกิดจากสาเหตุเดียว ส่วนใหญ่เกิดจากการออกแรงทางร่างกายมากเกินไป อาการอาจเกิดขึ้นทั่วร่างกาย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

หรือเฉพาะส่วน เช่น ตา แขน ขา เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตเล็กน้อย สามารถบรรเทาด้วยการพักผ่อน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด (Piper, 2003)

2. อาการเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (chronic fatigue) เป็นอาการเหนื่อยล้าที่มีอาการเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลา อาการจะคงอยู่นานกว่า 1 เดือน ไม่ทราบสาเหตุการเกิดแน่ชัดหรืออาจเกิดจากหลายสาเหตุ บุคคลรับรู้ว่าเป็นอาการผิดปกติ (Aaronson et al, 1999) ซึ่งมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างรุนแรง เช่น ความสามารถในการใช้พลังงานลดลง ร่างกายอ่อนเพลีย หมดกำลังเรี่ยวแรง ความสุขในการทำงานลดลง ความสามารถในการตัดสินใจหรือการแก้ไขปัญหาลดลง เป็นต้น อาการเหนื่อยล้าชนิดนี้ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพให้กลับคืนสู่ภาวะปกติโดยวิธีทั่วไป และต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีเฉพาะ ถ้ามีอาการคงอยู่นานกว่า 6 เดือน เรียกว่า กลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (chronic fatigue syndrome [CFS])

อาการเหนื่อยล้าสามารถแบ่งตามสาเหตุที่ทำให้เกิด ได้เป็น 4 ชนิด (Kellum, 1985)

1. อาการเหนื่อยล้าจากกายภาพหรือสรีรวิทยา (normal/physiology fatigue) คือ อาการเหนื่อยล้าที่เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานอย่างต่อเนื่องยาวนาน การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียดที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น (Kellum, 1985) อาการเหนื่อยล้าอาจเกิดจากอวัยวะภายในร่างกายล้มเหลว ส่งผลให้มีการใช้พลังงานมากเกินไป หรืออาจเกิดจากภาวะพร่องฮอร์โมนหรือสารสื่อประสาทที่มีความจำเป็นต่อเมตาบอลิซึมในร่างกาย (Aaronson et al,1999) สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้โดยการพักผ่อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

2. อาการเหนื่อยล้าจากพยาธิสภาพ (pathophysiologic fatigue) คือ อาการเหนื่อยล้าที่เกิดจากความเจ็บป่วยหรือเป็นผลจากพยาธิสภาพ ไม่เกี่ยวข้องกับการออกแรงหรือการทำกิจกรรม อาการเหนื่อยล้าชนิดนี้พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเลือดจาง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง โรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้อาจเป็นผลมาจากการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือเคมีบำบัด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญให้สูญเสียความสามารถในการใช้พลังงาน (Aaronson et al, 1999)

3. อาการเหนื่อยล้าจากสภาพการณ์ (situational fatigue) คือ อาการเหนื่อยล้าที่เกิดตามสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ทำให้บุคคลต้องปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้าหากไม่สามารถใช้กลไกการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมจะก่อให้เกิดภาวะเครียดอย่างรุนแรง ทำให้บุคคล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เกิดความล้มเหลวในการเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ และไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ จึงเกิดความรู้สึกไร้อำนาจ หมดพลัง จนกลายเป็นอาการเหนื่อยล้าในที่สุด (Aaronson et al, 1999)

4. อาการเหนื่อยล้าจากภาวะทางจิตใจ (psychological fatigue) คือ อาการเหนื่อยล้าที่เกิดจากความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น มีความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว ภาวะซึมเศร้า ประสบการณ์อารมณ์ที่รุนแรง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการตอบสนองความต้องการภายในและภายนอกที่มากกว่าความสามารถของบุคคล (Kellum, 1985) อาการเหนื่อยล้าชนิดนี้จะมีความรุนแรงมากขึ้นโดยเฉพาะในรายที่มีความวิตกกังวล จะทำให้มีการใช้ความคิดและพลังงานเพิ่มมากขึ้น หากเกิดเป็นระยะต่อเนื่องยาวนานจะทำให้ร่างกายสูญเสียการทำหน้าที่ และสูญเสียพลังงานเกิดอาการเหนื่อยล้าตามมา (Lee, Hicks, & Nino-Murcia, 1991)

อาการและอาการแสดงของอาการเหนื่อยล้า

เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า บุคคลจะสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองหรือมีอาการและอาการแสดงซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้า ดังนี้ (Piper, 2003)

1. ด้านร่างกาย (physical) เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า ร่างกายต้องดึงพลังงานสำรองที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ ทำให้เกิดอาการเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า หมดเรี่ยวแรง เซื่องซึม หน้าซีด ร่างกายเคลื่อนไหวช้า หรืออาจเกิดอาการเฉพาะที่ของร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดไหล่ เมื่อยล้าที่ขา ปวดตา เป็นต้น (Piper, 2003) หรืออาจพบปวดกล้ามเนื้อ เจ็บคอ ปวดท้อง ลำไส้ทำงานผิดปกติ การมองเห็นผิดปกติ วิงเวียน มากกว่า 24 ชั่วโมง น้ำหนักเพิ่มหรือลดผิดปกติ (Kumar & Kumar, 2006)

2. ด้านอารมณ์/ความรู้สึก (emotional/effective) เป็นอาการและอาการแสดงที่สะท้อนระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า หรือเป็นการตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้า ได้แก่ หงุดหงิดง่าย อารมณ์ขุ่นมัว คับข้องใจ วิตกกังวล ซึมเศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และความอดทนลดลง เป็นต้น (Piper, 2003)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3. ด้านพฤติกรรม (behavior) เป็นอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกายหรือการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหวหรือการปฏิบัติกิจกรรมเชื่องช้า ท่าทางไม่มั่นคง ขาดความกระตือรือร้น ต้องการที่พักหรืองีบหลับมากกว่าปกติ เป็นต้น (Yoshitake, 1971)

4. ด้านสติปัญญาหรือความคิด (cognitive) อาการเหนื่อยล้าทำให้ความสามารถในการตัดสินใจและความตั้งใจในการทำงานลดลง (Piper, 2003) ทำให้เกิดการรู้คิดบกพร่อง เช่น หลงลืม ไม่มีสมาธิ ความคิดสับสน (Kumar & Kumar, 2006)

อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ตามแนวคิดของ พิวจ์ และมิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) ได้กล่าวถึงอาการเหนื่อยล้าของสตรีในระยะวงจรการมีบุตร (childbearing fatigue) หมายถึง ภาวะหมดเรี่ยวแรง หมดพลังอย่างมาก เกิดขึ้นตามการรับรู้และความรู้สึกของบุคคลส่งผลให้การทำงานของร่างกายและจิตใจลดลง จนไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ อาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งในระยะตั้งครรภ์อาการเหนื่อยล้าอาจเกิดขึ้นได้ทุกไตรมาส สำหรับการศึกษาครั้งนี้อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง หมายถึง ภาวะหมดเรี่ยวแรง หมดพลังอย่างมาก เกิดขึ้นตามการรับรู้และความรู้สึกของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและจิตใจลดลง จนไม่สามารถทำหน้าที่ของผู้จะเป็นบิดาได้อย่างเต็มศักยภาพ

เมื่อภรรยาได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ผู้จะเป็นบิดาจะต้องให้การช่วยเหลือและประคับประคองภรรยาทั้งด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้น รวมถึงรับภาระหน้าที่ในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นอาจนำมาซึ่งอาการเหนื่อยล้า เห็นได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ เบอร์เรีย (Bourrier, 1999) เกี่ยวกับความคาดหวังและการรับรู้การคลอดของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จะเป็นบิดาชาวแคนนาดา จำนวน 20 ราย ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้จะเป็นบิดาประสบกับความวิตกกังวลและรู้สึกเครียดที่ต้องดูแลสนับสนุนภรรยาที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมากขึ้น จนนำไปสู่อาการเหนื่อยล้า และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ แมคเคน และเดียทริค (McCain & Deatrick, 1994) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้จะเป็นบิดาชาวสหรัฐอเมริกาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง จำนวน 21 ราย พบว่า ผู้จะเป็นบิดามีประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าซึ่งเกิดจากความวิตกกังวลและความรับผิดชอบที่มากเกินไป ขณะที่ได้รับการสนับสนุนและการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรด้านสุขภาพเพียงเล็กน้อย และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ โรส (Ross, 1993) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จะเป็นบิดาชาวแคนาดา จำนวน 9 ราย ที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงอายุครรภ์ช่วง 24-35 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ในขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ผู้จะเป็นบิดามีบทบาทที่สำคัญ 2 บทบาท คือ 1) บทบาทเป็นผู้สนับสนุนด้านอารมณ์ และ 2) บทบาทเป็นผู้รับผิดชอบในครอบครัว จากการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้จะเป็นบิดาประสบกับอาการเหนื่อยล้าได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้จะเป็นบิดาที่มี

ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงของ คอนเนอร์ และเดนสัน (Conner & Denson, 1990) พบว่า ผู้จะเป็นบิดาจะมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น เป็นผลมาจากการตอบสนองต่อความวิตกกังวลและความรู้สึกเครียด และจากการรับมือกับสถานการณ์ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อให้ประสบความสำเร็จในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้

มีรายงานการศึกษาวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงพรรณนาเกี่ยวกับประสบการณ์และบทบาทหน้าที่ของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้จะเป็นบิดาต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องให้การดูแลสนับสนุนภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง รวมทั้งรับผิดชอบภาระงานบ้านและการดูแลบุตรคนก่อนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้เป็นปัจจัยที่นำไปสู่อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาได้ ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของของ เมย์ (May, 1994) เกี่ยวกับผลกระทบจากการจำกัดการเคลื่อนไหวของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อผู้จะเป็นบิดา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จะเป็นบิดาชาวสหรัฐอเมริกา จำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา มีความยากลำบากและกังวลใจเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการดูแลบุตรคนก่อน การจัดการงานบ้าน และการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมให้ภรรยา รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีน้อย และผู้จะเป็นบิดาจะพยายามปกปิดความวิตกกังวลและอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเพื่อรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับภรรยา และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ โควาจา และคณะ (Khowaja et al., 2016) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จะเป็นบิดาที่มีประสบการณ์ภรรยาตั้งครรภ์เป็นพิษในประเทศปากีสถาน พบว่า ผู้จะเป็นบิดาถือเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาล ในสถานการณ์วิกฤตผู้จะเป็นบิดาจะต้องรับผิดชอบชีวิตของภรรยาและทารกในครรภ์ ผู้จะเป็นบิดาถือเป็นผู้จัดการทุกอย่างทั้งในเรื่องอาหารที่มีประโยชน์ การให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ภรรยา ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ผู้จะเป็นบิดาอาจประสบกับอาการเหนื่อยล้าได้ มีการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาของ มาโลนิ และพอนเดอร์ (Maloni & Ponder, 1997) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและได้รับการรักษาโดยนอนพักอยู่บนเตียง โดยให้ผู้จะเป็นบิดาชาวสหรัฐอเมริกา จำนวน 59 ราย ตอบแบบสอบถามปลายเปิด ผลการศึกษาพบว่า ผู้จะเป็นบิดาต้องเผชิญกับความวิตกกังวลและรู้สึกเครียดเกี่ยวกับความปลอดภัยของภรรยาและทารกในครรภ์ ผู้จะเป็นบิดาใช้ความพยายามในการรับผิดชอบหลายๆ บทบาท และจัดการกับการตอบสนองอารมณ์ในแต่ละสถานการณ์ ยอมรับการสนับสนุนจากทุกแหล่งที่มีอยู่ และจากการทบทวนวรรณกรรมของ เฮียแมน (Heaman, 1998) เกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือพักอยู่ที่บ้าน พบว่า ผู้จะเป็นบิดามีความรู้สึกกลัวการสูญเสียภรรยา รู้สึกผิด และรู้สึกเหนื่อยล้าอย่างมากเนื่องจากผู้จะเป็นบิดาต้องทำหน้าที่ทุกอย่างแทนภรรยา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การศึกษาเชิงคุณภาพในผู้จะเป็นบิดาและมารดาชาวสวีเดนของ ดานีเรค และไดเกส (Danerek & Dykes, 2006) โดยใช้ทฤษฎีรากฐาน (grounded theory method) ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกสตรีมีครรภ์ จำนวน 17 ราย และผู้จะเป็นบิดา จำนวน 6 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้จะเป็นบิดามีการแบ่งสรรพลังงานระหว่างความรับผิดชอบที่บ้านและความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของภรรยาและทารกในครรภ์ โดยใช้กลวิธีในการปรับตัว มีการจัดแบบแผนความรับผิดชอบในบ้านใหม่ พยายามบริหารจัดการทุกสิ่งทุกอย่างพร้อมกัน และยอมรับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ผู้จะเป็นบิดารู้สึกเหนื่อยล้าและมีความรู้สึกว่ามันหนักเกินไปที่จะรับไว้ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกลายเป็นเรื่องยากสำหรับผู้จะเป็นบิดา ทั้งยังต้องปรับตัวกับความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพของภรรยาและทารกในครรภ์

อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาสามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะการตั้งครรภ์ของภรรยา และอาจมีระดับแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา และเมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปอาการเหนื่อยล้าก็จะเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากการศึกษาของ อิเลค และคณะ (Elek et al, 1997) เกี่ยวกับประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าและการนอนหลับในผู้จะเป็นบิดาชาวสหรัฐอเมริกา จำนวน 24 ราย โดยทำแบบประเมินอาการเหนื่อยล้า (visual analogue scale [VAS]) ทุกเช้าและเย็นเป็นเวลา 4 วันต่อสัปดาห์ ได้แก่ วันจันทร์ วันอังคาร วันเสาร์ และวันอาทิตย์ ในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ขณะเดียวกันผู้จะเป็นบิดาก็จะทำการจดบันทึกระยะเวลาของการนอนหลับและการตื่นนอนในสมุดบันทึกกิจกรรม พร้อมกับใส่เครื่องมือตรวจจับการเคลื่อนไหว (mini-motionlogger) ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาช่วงเช้าน้อยกว่าช่วงเย็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) อาการเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นจากเดือนที่ 7 ไปเดือนที่ 8 และจากเดือนที่ 8 ไปเดือนที่ 9 และ 3) ความแตกต่างระหว่างอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาช่วงเช้าและช่วงเย็นคงที่ตลอดไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และต่อมา อิเลค และคณะ (Elek et al., 2002) ได้ศึกษาประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าระหว่างการเปลี่ยนผ่านไปสู่การเป็นบิดา โดยศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดบุตรคนแรก โดยเก็บข้อมูลจากผู้จะเป็นบิดาชาวสหรัฐอเมริกา จำนวน 44 ราย ตั้งแต่เดือนที่ 9 ของการตั้งครรภ์ จนถึง 4 เดือนหลังภรรยาคลอดบุตร ผลการศึกษาพบว่า 1) อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตั้งแต่เดือนที่ 9 ของการตั้งครรภ์จนถึง 4 สัปดาห์หลังคลอด 2) อาการเหนื่อยล้าช่วงเช้าน้อยกว่าช่วงเย็น (ร้อยละ 31.89 และ ร้อยละ 49.20 ตามลำดับ) และอาการเหนื่อยล้าช่วงเช้าอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง

การศึกษาของ เกย์ และคณะ (Gay et al., 2004) เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าและการนอนหลับในผู้จะเป็นบิดาขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ ที่ศึกษาในผู้จะเป็นบิดาชาวสหรัฐอเมริกา จำนวน 72 ราย โดยใช้การวัด 2 แบบ คือ 1) แบบภาวะวิสัย (objective) โดยให้ผู้จะเป็นบิดาจดบันทึกเวลาเข้านอน เวลาตื่นนอน และเวลานอนกลางวันในสมุดบันทึกการนอนหลับ 48 ชั่วโมง และติดตั้งเครื่องมือ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การเคลื่อนไหว (actigraph data) และ 2) แบบอัตวิสัย (subjective) เพื่อประเมินการนอนหลับโดยให้ผู้จะเป็นบิดาทำแบบสอบถามมาตราวัดสิ่งรบกวนการนอนหลับทั่วไป (general sleep disturbance-scale [GSDS]) และแบบวัดอาการเหนื่อยล้าด้วยสายตา ผลการวิจัยพบว่า การนอนหลับช่วงกลางคืนของผู้จะเป็นบิดาถูกรบกวนเล็กน้อย และอาการเหนื่อยล้าช่วงเช้าน้อยกว่าช่วงเย็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ขนบดี และคณะ (Khanobdee et al., 1993) เกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้จะเป็นบิดาชาวไทยขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ จำนวน 172 ราย พบว่า ผู้จะเป็นบิดามีภาวะ couvade syndrome พบร้อยละ 62 มีอาการมากกว่า 2 อาการขึ้นไป ในระยะไตรมาสที่หนึ่งของการตั้งครรภ์ซึ่งอาการที่พบ ได้แก่ รู้สึกเจริญอาหาร คลื่นไส้อาเจียน ความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ลดลง และรู้สึกเหนื่อยล้า ในระยะไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ยังคงมีอาการเจริญอาหารอยู่ รู้สึกเหนื่อยล้าและนอนหลับมากขึ้น และในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ มีอาการเหนื่อยล้ามากขึ้น ปัสสาวะบ่อย ความอยากอาหารลดลง ความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ลดลง และนอนหลับมากขึ้น จะเห็นได้ว่าทุกระยะของการตั้งครรภ์ผู้จะเป็นบิดามีอาการเหนื่อยล้าร่วมด้วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ ตามแนวคิดของพิวจ์ และมิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) และจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านร่างกาย

ปัจจัยด้านร่างกายที่นำไปสู่อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่

1. การถูกรบกวนการนอนหลับ (sleep disturbance) การนอนหลับไม่เพียงพอเป็นสาเหตุของอาการเหนื่อยล้า เนื่องจากเวลาที่นอนหลับพักผ่อนเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายสะสมพลังงาน โดยเฉพาะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกลูกตาเร็ว (non rapid eye movement [NREM]) ในระยะที่สามซึ่งเป็นระยะที่หลับสนิท กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายคลายตัว มีการใช้พลังงานลดลง มีการสร้างและสะสมโปรตีนและอะดีโนซีนไตรฟอสเฟส (adenosine triphosphate [ATP]) ไว้ในเซลล์มากขึ้น และในระยะที่สี่จะมีการหลั่งฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโต (growth hormone) ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอช่วยให้เกิดพลังงาน ส่วนการนอนหลับในช่วงที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement [REM]) ระบบประสาทซิมพาเทติกจะทำงานเพิ่มขึ้น มีการไหลเวียนโลหิตไปที่สมองเพิ่มขึ้นและมีการสะสมพลังงานของสมอง ทำให้รู้สึกสดชื่นไม่มีอาการเหนื่อยล้าขณะตื่น แต่ถ้าร่างกายนอนหลับไม่เพียงพอมีอาการตื่นบ่อยๆ ในช่วงการนอนหลับ จะทำให้ร่างกายไม่สามารถ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สร้างสารให้พลังงานและนำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้ (Lu, Greco, Shiromani, & Saper, 2000) เนื่องจากในไตรมาสที่หนึ่งและไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ มดลูกจะกดทับกระเพาะปัสสาวะส่งผลให้สตรีมีครรภ์ปวดปัสสาวะบ่อย (Lowdermilk et al., 2016) ขณะที่ภรรยาไม่สามารถนอนหลับได้ ผู้จะเป็นบิดาก็มีแนวโน้มที่จะประสบกับสิ่งรบกวนการนอนได้เช่นเดียวกัน (Gay et al., 2004) ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีอาการเหนื่อยล้าตามมาได้ เห็นได้จากการศึกษาของ เกย์ และคณะ (Gay et al., 2004) เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าและการนอนหลับในผู้จะเป็นบิดาขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ พบว่า การนอนหลับช่วงกลางคืนของผู้จะเป็นบิดาถูกรบกวนเล็กน้อย ซึ่งในระยะภรรยาตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดผู้จะเป็นบิดาสูญเสียการนอนหลับช่วงกลางคืนเฉลี่ย 15.8 นาทีต่อคืน และการศึกษาของ เลาท์เซน ไฮเซอร์ และคณะ (Loutzenhiser et al., 2015) ศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาชาวแคนาดา จำนวน 108 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่ถูกรบกวนการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25$, $p < .05$)

2. สุขภาพทั่วไป (general health) สุขภาพทั่วไปของผู้จะเป็นบิดามีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า เห็นได้จากการศึกษาของ เลาท์เซน ไฮเซอร์ และคณะ (Loutzenhiser et al., 2015) เกี่ยวกับทิศทางอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาวในผู้จะเป็นบิดาชาวแคนาดา จำนวน 108 ราย โดยให้ผู้จะเป็นบิดาตอบคำถามเพียงหนึ่งข้อว่าสุขภาพทั่วไปของคุณเป็นอย่างไร มีระดับคะแนน 5 ระดับ ระดับสูงหมายถึง การมีสุขภาพที่ไม่ดี ผลการศึกษาพบว่า สุขภาพทั่วไปของผู้จะเป็นบิดามีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23$, $p < .05$)

3. ภาวะ couvade syndrome ในขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ผู้จะเป็นบิดามีโอกาสเกิดอาการที่คล้ายกับการแพ้ท้องในสตรีมีครรภ์ได้ และส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมา เห็นได้จากการศึกษาของ ขนบดี และคณะ (Khanobdee et al, 1993) เกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้จะเป็นบิดาชาวไทยขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ จำนวน 172 ราย พบว่า ภาวะ couvade syndrome สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ ซึ่งอาการที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ความอยากอาหารลดลง และนำไปสู่อาการเหนื่อยล้า

ปัจจัยด้านจิตใจ

ปัจจัยด้านจิตใจของผู้จะเป็นบิดาที่ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1. ความวิตกกังวล ในขณะภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงผู้จะเป็นบิดาจะมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น กังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของภรรยาและทารกในครรภ์ กังวลว่าทารกจะมีสุขภาพไม่แข็งแรง อาจมีความพิการหรือเสียชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ (Maloni & Ponder, 1997) ความวิตกกังวลจะส่งผลต่อร่างกายของผู้จะเป็นบิดา ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยการกระตุ้นประสาทซิมพาเทติค ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า และต่อมหมวกไตส่วนใน ทำให้เซลล์ทั่วร่างกายมีการทำงานอย่างผิดปกติ หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดลมขยาย การเผาพลาญสูงขึ้น มีการสลายของไขมันและกรดอะมิโนออกจากกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และขณะเดียวกันจะยับยั้งการหลั่งอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่พากลูโคสเข้าสู่เซลล์เพื่อสังเคราะห์ไกลโคเจน ถ้าสถานการณ์นี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยาวนานร่างกายจะนำพลังที่สะสมไว้มาใช้ และอาจเกิดภาวะขาดพลังงานอันนำไปสู่อาการเหนื่อยล้า (Dong et al., 2013) เห็นได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ เบอร์เรีย (Bourrier, 1999) เกี่ยวกับความคาดหวังและการรับรู้การคลอดของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จะเป็นบิดาชาวแคนาดา จำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้จะเป็นบิดาประสบกับความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องยาวนาน ที่ต้องช่วยเหลือและสนับสนุนภรรยาที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจนนำไปสู่อาการเหนื่อยล้า

2. ความเครียด ในขณะภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ผู้จะเป็นบิดาจะประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายกับภรรยาและทารกในครรภ์ รวมทั้งต้องรับภาระงานและหน้าที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดความเครียด (Carter, 2002) ซึ่งเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความกดดันต่อร่างกายและจิตใจจนนำมาสู่อาการเหนื่อยล้าได้ เนื่องจากความเครียดจะทำให้ระบบเรติคูลาร์แอคเวติง (reticular activating system [RAS]) ทำงานลดลง ส่งผลให้ความตื่นตัวลดลง จะเห็นได้ว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า จากการศึกษาของ เลาท์เซนไฮเซอร์ และคณะ (Loutzenhiser et al., 2015) พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27$, $p < .01$)

3. ภาวะซึมเศร้า ผู้จะเป็นบิดาที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า ดังการศึกษาของ อิเลค และคณะ (Elek et al., 2002) เกี่ยวกับประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดา โดยศึกษาในผู้จะเป็นบิดาชาวสหรัฐอเมริกา จำนวน 44 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยล้าในช่วงเย็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48$, $p < .01$) และจากการศึกษาของ เลาท์เซนไฮเซอร์ และคณะ (Loutzenhiser et al., 2015) เกี่ยวกับทิศทางอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาวในผู้จะเป็นบิดาชาวแคนาดา จำนวน 108 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18$, $p < .10$)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ปัจจัยด้านสถานการณ์

ปัจจัยด้านสถานการณ์ของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ อายุ รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. อายุ ผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุน้อยจะมีอาการเหนื่อยล้ามากกว่าผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุมาก ดังการศึกษาของ อิเลค และคณะ (Elek et al., 2002) พบว่า อายุของผู้จะเป็นบิดามีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.42$, $p < .01$) และพบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุน้อยจะมีอาการเหนื่อยล้าในช่วงเช้าสูงกว่าผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุมาก และมีรายงานพบว่าการมีวุฒิภาวะช่วยให้ผู้จะเป็นบิดาสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่า (Glazer, 1989) ซึ่งผู้จะเป็นบิดาวัยรุ่นมักจะมีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีความยากลำบากในการปรับตัวสู่การเป็นบิดา ทำให้ประสบกับอาการเหนื่อยล้าได้มากกว่า (Elek et al., 2002) แต่มีรายงานการศึกษาพบว่า อายุอาจเป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการทำงานของร่างกายลดลง เช่น กำลังในการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ปอดมีการขยายตัวไม่เต็มที่ ระบบทางเดินอาหารมีการย่อยและการดูดซึมไม่ดี ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอส่งผลให้ความทนต่อกิจกรรมลดลง (Berger & Williams, 1992)

2. รายได้ ผู้จะเป็นบิดาที่มีรายได้น้อยหรือมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจมักมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า ซึ่งอาการเหนื่อยล้าอาจเกิดจากการแสวงหารายได้เพิ่มขึ้น เพื่อเตรียมเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในครอบครัว (Loutzenhiser et al., 2015) ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของ พลอสัน, เพอร์สัน, อิเคลิน, ฮอลสตรอม, และควิซต์ (Palsson, Person, Ekelin, Hallstrom, & Kvist, 2017) พบว่า ในขณะภรรยาตั้งครรภ์ผู้จะเป็นบิดาให้ความสำคัญกับการทำงานหนักขึ้น มีการทำงานนอกเวลาเพื่อเตรียมค่าใช้จ่ายสำหรับภรรยาและทารกในระยะหลังคลอด และจากการศึกษาของ อิเลค และคณะ (Elek et al., 2002) เกี่ยวกับประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดา พบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีรายได้ต่ำมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.45$, $p < .01$) นอกจากนี้การมีรายได้ไม่เพียงพออาจทำให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดความวิตกกังวล รู้สึกเครียด และแสดงออกในรูปอาการเหนื่อยล้า ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของโรส (Ross, 1993) ศึกษาในผู้จะเป็นบิดาชาวแคนาดา จำนวน 9 ราย ที่พบว่า ผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลและรู้สึกเครียดเรื่องการเงิน กังวลเกี่ยวกับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นสำหรับทารก และการสูญเสียรายได้ส่วนหนึ่งจากภรรยา ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีอาการเหนื่อยล้า แต่จากการศึกษาของเกย์ และคณะ (Gay et al., 2004) พบว่า รายได้ของผู้จะเป็นบิดาไม่มีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3. การสนับสนุนทางสังคม แม้จะไม่พบการศึกษาถึงผลการสนับสนุนทางสังคมต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์โดยตรง แต่พบการศึกษาที่แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าในผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด ดังการศึกษาของ คูคลิน, เกียลโล, และโรส (Cooklin, Giallo, & Rose, 2012) เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้เป็นบิดาชาวออสเตรเลีย จำนวน 154 ราย พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.36$, $p < 0.1$) และจากการศึกษาของ ณัฏยา อ่อนผิว (2560) เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด จำนวน 85 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.403$, $p < 0.1$)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีอาการเหนื่อยล้าได้ในขณะภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ผลกระทบของอาการเหนื่อยล้าต่อผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการเหนื่อยล้า ส่งผลกระทบต่อผู้จะเป็นบิดาทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และบทบาทของผู้จะเป็นบิดา ดังนี้

1. ด้านร่างกาย อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง ขาดความกระตือรือร้น เซื่องซึม และการทำกิจกรรมลดลง (Piper, 2003) มีรายงานการศึกษาที่พบว่า อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองด้านการจัดการขาดความสมดุล ทำให้การควบคุมความคิด การวางแผน และการตัดสินใจลดลง (Kienhuis et al., 2010)

2. ด้านจิตใจ อาการเหนื่อยล้าส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีอารมณ์หงุดหงิดง่าย อารมณ์ฉุนเฉียว อารมณ์ขุ่นมัว มีความคับข้องใจ ขาดความกระตือรือร้น อารมณ์เปลี่ยนแปลง และมีความอดทนต่อสิ่งกระทบลดลง (Hart et al., 1990) ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของ เกียลโล, โรส, คูคลิน, และแม็กคูแม็คซ์ (Giallo, Rose, Cooklin, & McCormack, 2013) เกี่ยวกับประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาชาวออสเตรเลีย จำนวน 6 ราย พบว่า อาการเหนื่อยล้าส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีอารมณ์ด้านลบคือ รู้สึกหงุดหงิดง่าย และมีความรู้สึกแย่เพิ่มมากขึ้น

3. ด้านบทบาทของผู้จะเป็นบิดา อาการเหนื่อยล้าส่งผลต่อสมรรถนะในการทำงานของผู้จะเป็นบิดา ทำให้การปรับตัวสู่บทบาทการเป็นบิดาล้มเหลว เห็นได้จากการศึกษาของ อิเลค และคณะ (Elek et al., 2002) ที่ศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาชาวสหรัฐอเมริกา จำนวน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

44 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาการเหนื่อยล้าส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาไม่สามารถปรับตัวและทำหน้าที่การเป็นบิดาได้อย่างประสบความสำเร็จ และผู้จะเป็นบิดาที่มีอาการเหนื่อยล้ามากทำให้สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวลดลง (Giallo et al., 2013)

การประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าที่หลากหลาย ดังนี้

1. แบบประเมินด้วยสายตาสำหรับอาการเหนื่อยล้า (The Visual Analog Scale for Fatigue [VAS-F]) ของ ลี, ฮีค, และนีโนเมอร์เซีย (Lee, Hicks, & Nino-Murcia, 1991) สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินคนที่มีความผิดปกติในการนอนหลับ แบบประเมินเป็นมาตราวัดอาการเหนื่อยล้าด้วยสายตา มีลักษณะข้อคำถามเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร โดยปลายแต่ละข้างแทนค่าระดับอาการเหนื่อยล้าที่ต่างกัน เช่น “ไม่ง่วงนอน” กับ “ง่วงนอนมาก” ให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายกากบาททับบนเส้นตรงที่แสดงถึงระดับอาการเหนื่อยล้าของตน มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินอาการเหนื่อยล้า 13 ข้อ และการประเมินพลังงาน 5 ข้อ ในปัจจุบันมีการนำเครื่องมือไปเปรียบเทียบอย่างเหมาะสมกับ Stanford Sleepiness Scale และ The Profit of Mood States มีการนำแบบประเมินไปทดลองใช้ในคนสุขภาพดี จำนวน 75 ราย และผู้ป่วยที่มีปัญหาในการนอนหลับ จำนวน 75 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 และ .96 ตามลำดับ ต่อมา เกย์ และคณะ (Gay et al., 2004) ได้ดัดแปลงแบบประเมินด้วยสายตาสำหรับอาการเหนื่อยล้า (VAS-F) เป็นแบบประเมินแบบสั้น (VAS-SF) และใช้มาตราวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า จำนวน 7 ข้อ มีตัวเลือกให้ตอบ โดยระดับ 0 หมายถึง ไม่รู้สึกเลย ถึงระดับ 10 หมายถึง รู้สึกอย่างมาก และนำมาทดลองใช้ในผู้จะเป็นบิดาขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของ ไปเปอร์ และคณะ (The Piper fatigue scale [PFS]) (Piper et al., 1998) เป็นมาตราวัดอาการเหนื่อยล้าด้วยสายตา มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ ประเมินอาการเหนื่อยล้า 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้านการรับรู้ความหมาย ด้านความรู้สึก และด้านสติปัญญา นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 35 ราย และผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 15 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 ต่อมาได้มีการพัฒนาเครื่องมือโดยตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา (psychometric qualities) เพื่อตรวจสอบความเป็นมิติที่หลากหลาย (multidimension) ของเครื่องมือ และมีจำนวนข้อคำถามเดิม

มากเกินไป จึงได้ลดข้อคำถามโดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เหลือข้อคำถามเพียง 22 ข้อ เรียกว่า แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์ฉบับปรับปรุง (The Revised Piper Fatigue Scale) เพื่อใช้ประเมินอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นหลายทิศทางตามการรับรู้ของบุคคล แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้านการรับรู้ความหมาย ด้านความรู้สึก และด้านสติปัญญา แบบประเมินมีลักษณะข้อคำถามเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร คำตอบเป็นตัวเลขตั้งแต่ 1-10 คะแนน กำหนดให้ปลายแต่ละข้างแทนค่าลักษณะของอาการเหนื่อยล้าที่แตกต่างกัน เช่น ด้านซ้ายมือสุดหมายเลข 1 แทนค่าไม่มีเลย ด้านขวามือสุดหมายเลข 10 แทนค่ามากที่สุด คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 22-220 คะแนน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 สำหรับในประเทศไทย ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสี (Pritsanapanurungsie, 2000) ได้นำแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์ฉบับปรับปรุง จำนวน 22 ข้อ มาแปลและดัดแปลงเป็นฉบับภาษาไทย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษแปลย้อนกลับ (back translation) เพื่อเปรียบเทียบกับต้นฉบับ แต่ไม่ได้ระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ซึ่งหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97

3. แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า (Fatigue Assessment Scale) ของ มิเชียลเซน, เด วารี, และแวน แฮก (Michielsen, De Vries & Van Heck, 2003) สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการเหนื่อยล้าทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการคัดเลือกข้อคำถามจากแบบประเมินอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ Fatigue scale (FS) และ the Energy and Fatigue subscale of the World Health Organization Quality of Life assessment Instrument (WHOQOL-EF) ได้ข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ และนำข้อคำถามมาวิเคราะห์แยกความแตกต่างระหว่างอาการเหนื่อยล้ากับอาการซึมเศร้า มีการตรวจสอบคุณสมบัติด้านจิตวิทยาโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินอาการ เหนื่อยล้าด้านร่างกาย 5 ข้อ และด้านจิตใจ 5 ข้อ มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดย 1 คะแนน เท่ากับ ไม่เคย ถึง 5 คะแนน เท่ากับ เสมอ นำแบบประเมินไปทดลองใช้ในกลุ่มประชากรที่มีการจ้างงานขั้นต่ำ จำนวน 351 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 ต่อมาได้มีการนำแบบประเมินอาการเหนื่อยล้ามาใช้ศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคภูมิต้านทานผิดปกติ จำนวน 2,352 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 (Vries, Michielsen, Heck, & Drent, 2004)

4. แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า (The Fatigue Symptom Checklist [FSC]) ของ โยชิตาเกะ (Yoshitake, 1971) สร้างขึ้นครั้งแรกเพื่อใช้ประเมินอาการเหนื่อยล้าของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมของประเทศญี่ปุ่น มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน คือ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1) อาการเหนื่อยล้าทั่วไป ได้แก่ อาการมึนงงศีรษะ ร่างกายเหน็ดเหนื่อย ง่วงนอน เมื่อยล้าที่ตา และเคลื่อนไหวช้าลง 2) อาการเหนื่อยล้าด้านจิตใจ ได้แก่ ขาดสมาธิ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย หลงลืม ขาดความอดทน และขาดความมั่นใจ และ 3) อาการเหนื่อยล้าเฉพาะที่ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดไหล่ ปวดบริเวณบั้นเอว เมื่อยล้าที่ขา วิงเวียนหน้ามืด หนังตากระตุก ต้องใช้แรงในการหายใจ แขนขาสั่น และรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วย

ต่อมา มิลลิแกน, ปาร์ค, และเลนซ์ (Milligan, Parks, & Lenz, 1990 as cited in Milligan, Parks, Kitzman, & Lenz, 1997) ได้นำแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของ โยชิตาเกะ มาแปลเป็นภาษาอังกฤษ โดยใช้ชื่อว่าแบบประเมินอาการเหนื่อยล้า (The Fatigue Indentification Form) แบ่งการประเมินออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกายและด้านจิตใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ โดยมีตัวเลือกให้ตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน และ ไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 0 - 30 คะแนน มีการนำแบบประเมินมาทดลองใช้กับมารดาหลังคลอด จำนวน 285 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ระยะหลังคลอดทันที ระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ และระยะหลังคลอด 3 เดือน และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82, .95 และ .82 ตามลำดับ

ต่อมา พิวจ์ และมิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) ได้ดัดแปลงแบบประเมินเป็นแบบฟอร์มชนิดข้อมูลต่อเนื่อง (The Fatigue Continuum Form) มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่รู้สึกเลย เท่ากับ 1 คะแนน รู้สึกบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน รู้สึกค่อนข้างบ่อย เท่ากับ 3 คะแนน และรู้สึกบ่อยมาก เท่ากับ 4 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 30 - 120 คะแนน โดย พิวจ์ และมิลลิแกน ได้นำแบบประเมินมาทดลองใช้กับสตรีมีครรภ์ จำนวน 100 ราย และมารดาหลังคลอด จำนวน 108 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และ .91 ตามลำดับ

ต่อมา พิวจ์ และคณะ (Pugh et al ., 1999) ได้นำแบบประเมินมาดัดแปลงอีกครั้งเพื่อให้เครื่องมือสามารถใช้ได้ง่ายขึ้น และตีพิมพ์เผยแพร่เรียกแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าว่า The Modified Fatigue Symptom Checklist (MFSC) ได้นำแบบประเมินมาทดลองใช้กับสตรีมีครรภ์ จำนวน 11 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

สำหรับในประเทศไทย จรัสศรี ธีระกุลชัย (Threerakulchai, 2004) ได้นำแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าฉบับดัดแปลงของ พิวจ์ และคณะ (Pugh et al ., 1999) มาแปลเป็นภาษาไทย และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ 1 ท่าน มีการแปลย้อนกลับเพื่อเปรียบเทียบ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กับต้นฉบับ หลังจากนั้นได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเลย เท่ากับ 1 คะแนน รู้สึกเล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน รู้สึกปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน และรู้สึกมาก เท่ากับ 4 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 30-120 คะแนน มีการนำแบบประเมินมาทดลองใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 และจากการศึกษาที่ผ่านมามีการนำแบบประเมินนี้มาใช้ในการประเมินอาการเหนื่อยล้า เช่น การศึกษาของ เสาวนีย์ เหลี่ยมไตรรัตน์ (2553) เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าในกลุ่มมารดาหลังคลอด นำแบบประเมินมาใช้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 และการศึกษาของ มยุรี พางาม (2555) เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าของสตรีในระยะคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำแบบประเมินมาใช้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และการศึกษาของ วริศา วรวงศ์ (2557) เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำแบบประเมินมาใช้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 และการศึกษาของ ณัฏยา อ่อนผิว (2560) นำแบบประเมินมาใช้กับผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามอาการเหนื่อยล้าของ พิวจ์ และคณะ (Pugh et al., 1999) ฉบับภาษาไทยโดย จรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) ในการประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เนื่องจากเป็นแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าตามการรับรู้และความรู้สึกของบุคคล ซึ่งประเมินครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือสูง อยู่ในช่วง .89 - .96 ลักษณะข้อคำถามมีความกระชับ อ่านเข้าใจง่าย และมีการนำแบบสอบถามนี้มาใช้กันอย่างกว้างขวาง ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ความวิตกกังวล

ความหมายและแนวคิดของความวิตกกังวล

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายและแนวคิดของความวิตกกังวลไว้ ดังต่อไปนี้

เพบพลาว (Peplau, 1989) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่นใจ ซึ่งเป็นพลังงานรูปหนึ่ง ไม่สามารถประเมินได้โดยตรง แต่สามารถประเมินได้จากปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายและพฤติกรรม

ไวท์ (Whitley, 1992) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ความก้าวร้าว ตื่นตระหนก กลัว หวาดหวั่น สับสน ครุ่นคิด และเครียด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

วาคาโรลิส (Varcarolis, 2000) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ความไม่สุขสบายกายสบายใจ ความไม่แน่นอน เกิดจากการรับรู้ความจริงหรือรับรู้ถึงอันตราย โดยมีสาเหตุจากการไม่รู้ ไม่รับรู้ หรือไม่ยอมรับ

ตามแนวคิดของ สปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1976) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ ที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น กระวนกระวายใจ ไม่สบายใจ ห่วงกังวล เกิดจากการรับรู้และการประเมินสถานการณ์ต่างๆที่มากระตุ้น ซึ่งอาจเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นการคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้า โดยมีการคาดการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นจะส่งผลกระทบรุนแรงต่อชีวิตมากน้อยเพียงใด ความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการแสดงออกทางพฤติกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดความวิตกกังวลของ สปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1976) ความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง หมายถึง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ทำให้ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น กระวนกระวายใจ ไม่สบายใจ และห่วงกังวล ถึงสถานการณ์การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงของภรรยาว่าอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายต่างๆ

ชนิดของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ (Spielberger & Reheiser, 2009)

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) คือ ความรู้สึกไม่สุขสบายทางใจที่เกิดขึ้นณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่มีเหตุการณ์มากระตุ้น ทำให้บุคคลรู้สึกกระวนกระวายใจ หวาดหวั่น หงุดหงิด ตึงเครียด ซึ่งเป็นผลมาจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยระยะเวลาของความวิตกกังวลและระดับความรุนแรง ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล ประสบการณ์ในอดีตและเหตุการณ์ที่มากระตุ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกมาในลักษณะบุคลิกภาพ (personality trait) บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะเพิ่มความวิตกกังวลขณะเผชิญให้มีความรุนแรงมากขึ้น

ระดับของความวิตกกังวล

ระดับของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล ประสบการณ์ และความรุนแรงของเหตุการณ์ที่มากระตุ้น โดยสามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลได้ 4 ระดับ ดังนี้ (Peplau, 1989)

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันปกติ ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลมีการรับรู้เพิ่มขึ้น มีความตื่นตัว กระตือรือร้น มีความคิดสร้างสรรค์ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจเพียงเล็กน้อย

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety) การรับรู้ต่อสิ่งต่างๆลดลงเล็กน้อย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เห็นได้ชัดขึ้น เช่น กระวนกระวาย เคลื่อนไหวมาก สมาธิในการทำงานลดลง เสียงสั่น เป็นต้น แต่สามารถลดความวิตกกังวลได้โดยการควบคุมสมาธิมากขึ้น

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (severe anxiety) ทำให้การรับรู้ต่อสิ่งต่างๆ ลดลงมาก ใช้เวลาส่วนใหญ่หมกมุ่นครุ่นคิดกับเหตุการณ์อย่างละเอียด มีอาการย้ำคิดย้ำทำ ความมั่นใจในตนเองลดลง มีอาการทางกาย ได้แก่ มีอาการลุกลี้ลุกลน กระสับกระส่าย พูดมากและเร็ว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน และมีการตอบสนองแบบสู้หรือหนี

4. ความวิตกกังวลระดับท่วมท้น (panic anxiety) เป็นระดับความวิตกกังวลที่รุนแรงที่สุด ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดจากความวิตกกังวลที่สะสมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยไม่มีการจัดการหรือระบายความวิตกกังวลออก ทำให้บุคคลไม่สามารถอยู่ในภาวะที่ทนอยู่ได้ จึงมีความผิดปกติเกิดขึ้น ได้แก่ บุคคลจะมีอาการตื่นตระหนก มึนงง สับสน วุ่นวาย ควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจมีอาการซึมเศร้า หลงผิด เห็นภาพหลอน อ่อนเปลี้ย และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

กลไกการเกิดความวิตกกังวล

กลไกการเกิดความวิตกกังวลตามแนวคิดของ สปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1976) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. มีอาการของความวิตกกังวลที่ชัดเจน ผ่านศูนย์ควบคุมทางอารมณ์ (limbic system)

2. มีการกระตุ้นการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางผ่านทางเรติคูลาฟอร์เมชั่น (reticular formation) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหลายอย่าง เช่น ชีพจรเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย เป็นต้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3. มีการใช้กลไกการปรับตัว เพื่อลดความวิตกกังวล และกำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

ทั้งสามกลไกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน อาจเกิดกลไกใดกลไกหนึ่งแล้วโยงไปสู่การแสดงออกอย่างหนึ่งได้ เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลจะหาวิธีลดความวิตกกังวล เพื่อปรับตัวสู่ภาวะสมดุลด้วยวิธีการต่างๆ โดยใช้กลไกการปรับตัว เปลี่ยนสภาพแวดล้อมรอบตัว หากสามารถทำได้อย่างเหมาะสมก็จะช่วยลดความวิตกกังวลได้ ประสบการณ์นี้อาจนำไปใช้ในการปรับตัวกับความวิตกกังวลครั้งต่อไป หากไม่สามารถจัดการกับความวิตกกังวลก็อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้

ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านชีวเคมี ด้านอารมณ์ และด้านความคิด ซึ่งสรุปเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลจะมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติค ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อเกร็ง ตัวสั่น เหงื่อออก ปากแห้ง คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ และนอนไม่หลับ (Dong et al., 2013)

2. ด้านชีวเคมี เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวล ร่างกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนอีพิเนฟริน (epinephrine) นอร์อีพิเนฟริน (nor-epinephrine) และอะดรีโนคอร์ติคอลฮอร์โมน (adrenocortical hormone) เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น โดยอะดรีโนคอร์ติคอลฮอร์โมนจะกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นในให้หลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (aldosterone) และคอร์ติซอล (cortisol) ซึ่งฮอร์โมนสองชนิดนี้ทำหน้าที่ควบคุมสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ โดยการขับและดูดซึมโซเดียมและโปตัสเซียมในร่างกาย และทำหน้าที่ในการสลายไกลโคเจนในตับและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กระบวนการเผาผลาญในร่างกายสูงกว่าปกติ นอกจากนี้ระดับของสารสื่อประสาท คือ นอร์แอดรีนาลีน (noradrenaline) โดปามีน (dopamine) และซีโรโทนีน (serotonine) เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกาย ได้แก่ ชีพจรเต้นเร็ว ระบบทางเดินอาหารเปลี่ยนแปลง ม่านตาขยาย และมือสั่น (Dong et al., 2013)

3. ด้านอารมณ์ บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย อารมณ์ขุนมัว กระสับกระส่าย ตึงเครียด หมดหวัง และรู้สึกกลัว

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4. ด้านความคิด ความวิตกกังวลทำให้การรับรู้และสติสัมปชัญญะลดลง ได้แก่ มีความคิดหมกมุ่นในเรื่องที่กังวล ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย การตัดสินใจไม่ดี การพูดติดขัด การรับรู้ผิดพลาด และความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง (Faye, 2008)

ความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ผู้จะเป็นบิดาจะมีความวิตกกังวลตั้งแต่ภรรยาเริ่มตั้งครรภ์ และเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ ผู้จะเป็นบิดามักจะวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของภรรยาและทารกในครรภ์ วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและการดูแลมารดาและบุตรในระยะหลังคลอด (Sansiriphun et al., 2010) ซึ่งการตั้งครรภ์ปกติส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดความวิตกกังวลได้ เห็นได้จากการศึกษาของ เทเซรา และคณะ (Teixeira et al, 2009) เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ ศึกษาในผู้จะเป็นบิดาชาวโปรตุเกส จำนวน 230 ราย พบว่า ผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลมากในไตรมาสที่หนึ่งและไตรมาสที่สามมากกว่าไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ ซึ่งลักษณะความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาจะเป็นรูปตัวยู (U-pattern) และพบว่าผู้จะเป็นบิดาที่เคยมีบุตรมีความวิตกกังวลมากในระยะไตรมาสที่สามมากกว่าไตรมาสที่หนึ่ง

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นให้ความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดามากขึ้น (McCain & Deatrick, 1994) ผู้จะเป็นบิดามักจะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของภรรยาและทารกในครรภ์ และการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอยู่ เห็นได้จากการศึกษาของ มาโลนิ และพอนเดอร์ (Maloni & Ponder, 1997) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาพักรักษาอยู่บนเตียงในระยะก่อนคลอดที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล โดยศึกษาในผู้จะเป็นบิดาชาวสหรัฐอเมริกา จำนวน 59 ราย พบว่า ผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของภรรยาและทารกในครรภ์มากที่สุด และวิตกกังวลเกี่ยวกับความยากลำบากในการดูแลภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น และขาดการได้รับข้อมูลหรือการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ สุชาดา รัชชุกูล และชมพูนุช โสภาจารีย์ (2544) เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาและสตรีมีครรภ์ในระหว่างการตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จะเป็นบิดาและสตรีมีครรภ์ชาวไทย จำนวน 20 คู่ พบว่า ผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลมากกว่าตัวสตรีมีครรภ์ โดยผู้จะเป็นบิดาใช้กลไกการเผชิญความวิตกกังวล โดยการพยายามหาสาเหตุของความเสี่ยงและหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการปรับตัวโดยการอาสาที่จะรับภาระงานทุกอย่างเพื่อให้ภรรยาได้หยุดงานและงดทำงานบ้าน เพื่อให้ภรรยาที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถประเมินได้หลายวิธี ทั้งการประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก และการประเมินด้วยตนเอง ดังนี้

1. การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of anxiety) เป็นการประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การเปิดขยายของรูม่านตา เหงื่อออก เป็นต้น สามารถประเมินได้จากการสังเกตหรืออาจต้องใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวัดเฉพาะ ควรประเมินด้วยความระมัดระวังเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากความวิตกกังวล (Stuart & Laraia, 2005)

2. การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก (behavioral measure of anxiety) เป็นการประเมินจากการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย การสื่อสาร การรับรู้ การเรียนรู้ ความจำ และความสอดคล้องของการทำงานของร่างกาย ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมานั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายในทำให้บุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ ได้แก่ ขาดสมาธิ กระสับกระส่าย ลุกลี้ลุกลน หงุดหงิด พูดเร็ว และนอนไม่หลับ (Stuart & Laraia, 2005)

3. การประเมินด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety) เป็นการรายงานด้วยวาจา การเขียนหรือการตอบแบบประเมินด้วยตนเอง โดยให้ผู้ถูกประเมินตอบตามความรู้สึกของตัวเอง แบบประเมินที่นิยมใช้มีดังนี้

3.1 มาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตา (Linear Analogue Scale [LAS]) หรือ (Visual Analogue Scale [VAS]) ของ กาเบอร์สัน (Gaberson, 1991) เป็นมาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตา แบบประเมินมีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยตำแหน่งซ้ายสุด หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล และตำแหน่งขวาสุด หมายถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด ให้ผู้ถูกประเมินทำสัญลักษณ์บนเส้นที่แสดงถึงระดับความวิตกกังวลของตนเองในขณะนั้น

3.2 แบบสอบถามความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory Form Y [STAI Form Y]) ของ สปิลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1983) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่ให้ความสนใจต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด และแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3.2.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ คือ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, และ 20 มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด โดยกำหนดคะแนน คือ 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ และข้อคำถามด้านลบ 10 ข้อ คือ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, และ 18 มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด โดยกำหนดระดับคะแนน คือ 1, 2, 3, และ 4 ตามลำดับ

3.2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (STAI Form Y-2) มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก 9 ข้อ คือ 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36, และ 39 มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เกือบไม่มีเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง และเกือบตลอดเวลา โดยกำหนดคะแนน คือ 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ และข้อคำถามด้านลบ 11 ข้อ คือ 22, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 35, 37, 38, และ 40 มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เกือบไม่มีเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง และเกือบตลอดเวลา โดยกำหนดคะแนน คือ 1, 2, 3, และ 4 ตามลำดับ

รวมคะแนนจากการประเมินความวิตกกังวลในแต่ละส่วนมีค่าตั้งแต่ 20 - 80 คะแนน ผลรวมคะแนนได้ค่ามาก หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก ผลรวมคะแนนได้ค่าน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลน้อย ซึ่งมีการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และได้ค่าความเชื่อมั่นของความวิตกกังวลขณะเผชิญได้ .93 และค่าความเชื่อมั่นของความวิตกกังวลแฝงได้ .90 ในปัจจุบันมีการแปลเป็นภาษาต่างๆมากกว่า 60 ภาษา (Spielberger & Reheiser, 2009)

สำหรับในประเทศไทย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, และ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2534) ได้นำแบบสอบถามความวิตกกังวลนี้มาแปลเป็นภาษาไทย และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 18 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 จากการศึกษาที่ผ่านมามีการนำแบบสอบถามนี้มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย เช่น การศึกษาของ พุทธชาด แก้วยา (2557) เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดา ได้นำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญมาใช้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 การศึกษาของ รัชนีวรรณ จารุเลิศพงศ์ (2559) เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกในระยะคลอด ได้นำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญมาใช้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และการศึกษาของ อัญทิตา กาญจนแก้ว (2560) เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก ได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญมาใช้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ของ สปิลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spieiberger et al., 1983) ฉบับภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2534) ในการประเมินความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นให้ผู้จะเป็นบิดาประสบกับความวิตกกังวลได้ และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือสูง อยู่ในช่วง .80 - .90 ลักษณะข้อคำถามมีความกระชับ อ่านเข้าใจง่าย และมีการนำแบบสอบถามนี้มาใช้กันอย่างกว้างขวาง ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดา

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาโดยตรงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดา มีเพียงการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่า มีความวิตกกังวลและอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นในผู้จะเป็นบิดา ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของ เบอร์เรีย (Bourrier, 1999) เกี่ยวกับความคาดหวังและการรับรู้การคลอดของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จะเป็นบิดาชาวแคนาดา จำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า ขณะภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงผู้จะเป็นบิดาจะมีวิตกกังวลมากขึ้น และต้องดูแลสนับสนุนภรรยาที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมากขึ้นจนนำไปสู่อาการเหนื่อยล้า และจากการศึกษาของ แมคเคน และเดียทริค (McCain & Deatrick, 1994) เกี่ยวกับประสบการณ์การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยสัมภาษณ์เชิงลึกคู่สามีภรรยา จำนวน 21 คู่ พบว่า ผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลมากขึ้น มีความรับผิดชอบที่มากเกินไป ได้รับการสนับสนุนและการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรด้านสุขภาพเพียงเล็กน้อยส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีอาการเหนื่อยล้า และมีเพียงการศึกษาเชิงคุณภาพของ นันทพร แสนศิริพันธ์ และคณะ (Sansiriphun et al., 2010) เกี่ยวกับการก้าวย่างสู่การเป็นบิดาครั้งแรกของชายไทย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก จำนวน 20 ราย พบว่าผู้จะเป็นบิดาใช้กระบวนการปกป้องคุ้มครองทารกที่อยู่ในครรภ์ เพื่อจัดการกับความวิตกกังวลของตนที่เกิดขึ้นตั้งแต่ภรรยาเริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งใกล้เข้าสู่ระยะคลอด จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าผู้จะเป็นบิดาต้องมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเพื่อให้ประสบความสำเร็จในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้ซึ่งอาจนำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การสนับสนุนทางสังคม

ความหมายและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ความหมายและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

แคปแพลน (Caplan, 1974) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ โดยมีการช่วยเหลือเกื้อกูล แบ่งปันสิ่งของ ให้ข้อมูลคำแนะนำ รวมทั้งการให้กำลังใจ เพื่อให้บุคคลรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายว่า บุคคลที่อยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านของชีวิตหรือกำลังประสบภาวะวิกฤตในชีวิต หากมีเครือข่ายทางสังคมคอยให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล ดูแลเอาใจใส่และให้ความรัก ส่งผลให้บุคคลรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นๆ สามารถเผชิญและก้าวผ่านเหตุการณ์นั้นไปได้

คาห์น (Kahn, 1979) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีการแสดงความรู้สึกที่ดีของบุคคลหนึ่งแก่บุคคลหนึ่ง ให้ความมั่นใจในการประพฤติปฏิบัติของบุคคลนั้นว่าถูกต้องเหมาะสม และให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้รับต้องการ

ตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความห่วงใย ความผูกพัน ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรและการช่วยเหลือในการปฏิบัติ และด้านการประเมินค่า

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) การสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงกับบุคคลรอบข้าง และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคู่สมรส เครือญาติ เพื่อน หรือบุคลากรด้านสุขภาพ ประกอบด้วยด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรและการช่วยเหลือในการปฏิบัติ และด้านการประเมินค่า

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

เฮ้าส์ (House, 1981) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะของความสัมพันธ์เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ (non professional) คือ บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทในการทำงาน มีความสนิทสนมใกล้ชิดกัน เช่น คู่สมรส เครือญาติ เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน เป็นต้น

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบเป็นทางการ (professional) คือ บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง เช่น บุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อนร่วมงาน หรือกลุ่มองค์กรต่างๆ เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

จากแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) การสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การให้ความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ และการรับฟังด้วยความจริงใจ ซึ่งผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ อาจต้องประสบกับอารมณ์ที่หลากหลาย เช่น รู้สึกผิด วิตกกังวล รู้สึกเครียด รู้สึกไม่แน่ใจ รู้สึกกลัว เป็นต้น ต้องการระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิด บุคคลที่มีประสบการณ์คล้ายกัน หรือบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงคลายจากความวิตกกังวล ความรู้สึกเครียด และอารมณ์ในด้านลบต่างๆ และมีพลังใจที่เข้มแข็ง ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถปรับตัวและเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี มีความพร้อมและสามารถดูแลภรรยาที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Widarsson et al., 2012)

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเท็จจริง และการให้คำปรึกษาเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ข้อมูลข่าวสารถือเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ เนื่องจากผู้จะเป็นบิดามีความจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เพื่อสามารถนำมาวางแผนในการดูแลและคอยสังเกตอาการผิดปกติ หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งผู้จะเป็นบิดาต้องการความมั่นใจว่าภรรยาและทารกในครรภ์อยู่ในสภาพที่ปลอดภัย หากผู้จะเป็นบิดาได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเหมาะสมก็จะทำให้ผู้เกิดความมั่นใจในการดูแลภรรยาที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ซึ่งผู้จะเป็นบิดาจะแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น อ่านหนังสือ สืบค้นข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต เข้าโรงเรียนพ่อแม่ เป็นต้น (Bourrier, 1999)

3. การสนับสนุนด้านทรัพยากรและการช่วยเหลือในการปฏิบัติ หมายถึง การให้สิ่งของ เงิน เวลา แรงงาน และทรัพยากรต่างๆ รวมถึงการช่วยเหลือโดยการฝึกทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ทักษะในการฉีดยาอินซูลิน ทักษะในการนับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ลูกดิ้น โดยทั่วไปภรรยาที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจำเป็นต้องมาฝากครรภ์ถี่ขึ้นเมื่อเทียบกับการตั้งครรภ์ปกติ และมีค่าใช้จ่ายต่างๆ เพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้จะเป็นบิดาจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน ทรัพยากร สิ่งจำเป็นในชีวิต รวมทั้งการให้บริการของบุคลากรด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ตรงกับความต้องการ (Maloni & Ponder, 1997)

4. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้าใจสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยการประเมินและชี้ให้เห็นถึงความถูกต้องเหมาะสมของการกระทำ โดยการยกย่อง ชมเชย ในสิ่งที่ผู้จะเป็นบิดาได้กระทำอย่างเหมาะสมในระยะที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เช่น กล่าวชื่นชมเมื่อผู้จะเป็นบิดาปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเองและทำให้ผู้จะเป็นบิดาเข้าใจถึงบทบาทของการเป็นบิดา รวมทั้งมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น (Ross, 1993)

ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความเครียด ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) มี 3 แบบ ดังนี้

1. ผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรง พบว่าการที่บุคคลมีการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กัน จะเป็นการเพิ่มโอกาสให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ได้รับความรัก การยอมรับ สิ่งของ เงินทอง และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคล ทำให้บุคคลได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยตรง

2. ผลต่อการลดความเครียดโดยตรง พบว่ามีผลลดความเครียดที่เกิดจากการทำงาน ทำกิจกรรมต่างๆ หรือจากสาเหตุอื่นๆ โดยบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะประเมินความรุนแรงของสถานการณ์ตึงเครียดต่างๆ ลดลง ประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้องตามความเป็นจริง นำไปสู่แรงจูงใจและความพึงพอใจในการทำงาน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3. การลดผลกระทบต่อสุขภาพ โดยทำหน้าที่เป็นกันชน (buffering) เมื่อความเครียดส่งผลด้านลบต่อสุขภาพกายและจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่เป็นกันชนช่วยลดผลกระทบจากความเครียด ซึ่งกลไกนี้ไม่ได้มีผลต่อสุขภาพหรือความเครียดโดยตรง แต่ทำหน้าที่ปรับเปลี่ยนปฏิกิริยาที่มีต่อสุขภาพและความเครียด ทำให้ระดับความรุนแรงลดลง

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้ดังนี้

1. แบบประเมินพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม (Support Behaviors Invention) ของ บราวน์ (Brown, 1986) สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และการช่วยเหลือในการปฏิบัติ และด้านการประเมินค่า มีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ มีการหาความตรงของเนื้อหาโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการนำไปทดลองใช้กับสตรีมีครรภ์ในระยะไตรมาสที่สองหรือไตรมาสที่สาม และผู้จะเป็นบิดา จำนวน 313 คู่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 ต่อมาได้ตัดข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนออกเหลือข้อคำถามเพียง 11 ข้อ นำมาทดสอบความเชื่อมั่นภายใน (internal reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

สำหรับในประเทศไทย กาญจนา บุญทับ (2534) ได้นำแบบประเมินนี้มาแปลเป็นภาษาไทย หาความตรงของเนื้อหาโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน จากนั้นหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการนำไปทดลองใช้กับสตรีมีครรภ์ จำนวน 20 ราย โดยสอบถามถึงพฤติกรรมการสนับสนุนจากผู้จะเป็นบิดาและมารดา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 และ .96 ตามลำดับ และเมื่อนำไปทดลองใช้กับสตรีมีครรภ์ จำนวน 299 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่าเดิม

2. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ ภูริชญา จันทร์ประเสริฐ (Janprasert, 2005) สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์ครั้งแรก ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรและการช่วยเหลือในการปฏิบัติ และด้านการประเมินค่า มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก 19 ข้อ มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย ถึง 5 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด และข้อคำถามด้านลบ 1 ข้อ คือข้อ 3 มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด ถึง 5 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย รวมคะแนนทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 20 - 100 คะแนน ถ้าผลรวมคะแนนได้ค่ามาก หมายถึง ผู้จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ผลรวมคะแนนได้ค่าน้อย หมายถึง ผู้จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีการหาความตรงของเนื้อหาโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพชุมชน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 2 ท่าน พยาบาล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้จะเป็นบิดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดา (Father Social Support Questionnaire) ของ ศุภกร ไชยนา และนันทพร แสนศิริพันธ์ (2556) สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) และจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้ประเมินการรับรู้ของบิดาในระยะหลังบุตรเกิดเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรและการช่วยเหลือในการปฏิบัติ และด้านการประเมินค่า มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก 18 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ คือ ข้อ 2 และข้อ 5 มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รวมคะแนนทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 20 - 100 คะแนน ถ้าผลรวมคะแนนได้ค่ามาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ผลรวมคะแนนได้ค่าน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย สำหรับการแปลผลรวมคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของบิดาในแต่ละด้านพิจารณาแบบอิงเกณฑ์อันตรภาคชั้น มีการหาความตรงของเนื้อหาโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์และการพยาบาลครอบครัว 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .90 หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านอีกครั้ง มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 จากนั้นหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับบิดาในระยะหลังบุตรเกิดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาของ ปิยวรรณ นันทะพงษ์ และนันทพร แสนศิริพันธ์ (2558) สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ด้านทรัพยากรและการช่วยเหลือในการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ และด้านการประเมินค่า จำนวน 5 ข้อ มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย ถึง 5 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด รวมคะแนนทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 20 - 100 คะแนน มีการแปลผลคะแนนของการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาโดยรวมและรายด้าน และมีการหาความตรงของเนื้อหาโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์และการพยาบาลครอบครัว มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .94 หลังจากปรับปรุงแก้ไขตาม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านอีกครั้ง มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 จากนั้นหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยงของ อารีรัตน์ แนวชาลี (2550) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ ภูริชญา จันทร์ประเสริฐ (Janprasert, 2005) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ด้านทรัพยากรและการช่วยเหลือในการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ และด้านการประเมินค่า จำนวน 5 ข้อ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก 19 ข้อ มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย ถึง 5 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด และข้อคำถามด้านลบ 1 ข้อ คือข้อ 3 มีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด ถึง 5 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย รวมคะแนนทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 20 - 100 คะแนน ถ้าผลรวมคะแนนได้ค่ามาก หมายถึง ผู้จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ผลรวมคะแนนได้ค่าน้อย หมายถึง ผู้จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ซึ่งอารีรัตน์ แนวชาลี (2550) ได้นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ดัดแปลงแล้ว ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม 1 ท่าน และอาจารย์ทางการพยาบาลสูติศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม 4 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้จะเป็นบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 และจากการศึกษาที่ผ่านมาของ วราภรณ์ บุญยงค์ (2559) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยงมาใช้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยงของ อารีรัตน์ แนวชาลี (2550) ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เนื่องจากเป็นแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยตรง และเป็นแบบประเมินที่มีค่าความเชื่อมั่นสูง อยู่ในช่วง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

.83 - .96 มีจำนวนข้อคำถามเหมาะสม และอ่านเข้าใจง่าย ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้กับการศึกษาครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับอาการเหนื่อยล้าของผู้จะเป็นบิดา

จากการทบทวนวรรณกรรม ถึงแม้จะไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยตรง พบเพียงการศึกษาเดียวของ ณัฏยา อ่อนผิว (2560) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด จำนวน 85 ราย ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.403$, $p < 0.1$) และพบการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้จะเป็นบิดา จากการศึกษาของ อเซ็นเฮด และคณะ (Asenhed et al., 2014) ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาจากบล็อกในอินเตอร์เน็ตของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกในประเทศสวีเดน พบว่า ในระยะที่ภรรยาตั้งครรภ์ใกล้ครบกำหนดคลอด ผู้จะเป็นบิดารู้สึกวิตกกังวล ไม่มั่นใจในบทบาท รู้สึกหมดพลังอำนาจ พักผ่อนน้อย และหมดเรี่ยวแรง เมื่อได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือมารดาของตนที่มีประสบการณ์ โดยการให้ข้อมูลและให้กำลังใจทำให้ผู้จะเป็นบิดารู้สึกกลับมามีพลังกายและพลังใจอีกครั้ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าของ พิวจ์ และมิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) และการทบทวนวรรณกรรม โดยอาการเหนื่อยล้าเป็นภาวะหมดเรี่ยวแรง หมดพลังอย่างมาก ตามการรับรู้และความรู้สึกของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและจิตใจลดลง จนไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นหรือลดลง ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ความวิตกกังวลตามแนวคิดของ สปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1976) และการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากรและการช่วยเหลือในการปฏิบัติ และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ซึ่งคาดว่าความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม อาจจะมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยผู้จะเป็นบิดาที่มีความวิตกกังวลมากอาจมีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับมาก และผู้จะเป็นบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากอาจมีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับน้อย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved