

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม  
กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ดวงพร ไผตรีจิตต์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ดวงพร ไมตรีจิตต์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อากรณ์ ดีนาน)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)

วันที่ ๒๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดินาน ที่ให้ความกรุณาเป็นกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข และปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าของเครื่องมือวิจัย รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนิศยา คชภักดี นายพิทักษ์พล บุญมาลิก นางสาวเสาวลักษณ์ คำของ และ Optuminsight Life Sciences, Inc. ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ตลอดจนหญิงตั้งครรภ์และบุคคลในครอบครัวทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมถึงขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนวมินทรราชินี ชั้น 5 และศูนย์พัฒนาความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนตลอดระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ที่อยู่เบื้องหลังวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ คือ บิดา มารดา ครอบครัว อาจารย์ และเจ้าหน้าที่ ที่ให้ความรู้ คำแนะนำ ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน และขอขอบคุณนักศึกษาปริญญาโททุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือ แนะนำ และให้กำลังใจเสมอมา คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแค้นบุการี บุรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

ดวงพร ไมตรีจิตต์

56920214: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์; พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ/ ความวิตกกังวล/ การสนับสนุนทางสังคม/  
หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ดวงพร ไมตรีจิตต์: ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (RELATIONSHIPS BETWEEN HEATH CARE BEHAVIORS, ANXIETY, SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE AMONG PREGNANT WOMEN WITH PREGNANCY INDUCED HYPERTENSION)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ศิริวรรณ แสงอินทร์, Ph.D., สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, Dr.P.H., 111 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางสรีระวิทยา และทางจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะเกิดผลกระทบมากขึ้นเป็นทวีคูณ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย จำนวน 92 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.50 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 64.10 ( $SD = 15.42$ ) ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.545, p < .01$ ) ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ( $r = .140$  และ  $r = -.043, p > .05$  ตามลำดับ)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ควรมีการสร้างโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

56920214: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S. (MIDWIFERY)

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE/ HEALTH CARE BEHAVIOR/ ANXIETY/

SOCIAL SUPPORT/ PREGNANCY INDUCED HYPERTENSION

DUANGPORN MAITREECHIT: RELATIONSHIPS BETWEEN HEALTH CARE BEHAVIORS, ANXIETY, SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE AMONG PREGNANT WOMEN WITH PREGNANCY INDUCED HYPERTENSION

ADVISOR COMMITTEE: SIRIWAN SANGIN, Ph.D., SUPIT SIRIARUNRAT, Dr.P.H. 111 P. 2018.

Pregnant women have dramatically changes in both physiological and psychological. These affect the daily life and quality of life of the women, especially pregnant women with pregnancy induced hypertension (PIH). This research aimed to study the quality of life of pregnant women with PIH and examine the relationships between health care behaviors, anxiety, social support and quality of life among pregnant women with PIH. Participants were 92 pregnant women with PIH who visited antenatal clinic of a hospital under supervision of the Thai Red Cross Society. Data were collected by the Short Form 12-item Health Survey version 2 (SF-12 v.2), Health Care Behaviors of Pregnant Women with Hypertension questionnaire, State Anxiety Inventory, and the Multidimensional Social Support Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation.

The results showed that 81.50% of pregnant women with PIH had quality of life at a good level. Mean score of quality of life quality was 64.10 ( $SD = 15.42$ ). There was a moderate and negative correlation between anxiety and quality of life ( $r = -.545, p < .01$ ). Health care behaviors and social support were not correlated with the quality of life of pregnant women with PIH ( $r = .140$  and  $r = -.043, p > .05$  respectively)

This research suggests that that intervention program should be provided to reduce anxiety in pregnant women with PIH to improve their quality of life.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	5
ขอบเขตของการวิจัย .....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	8
ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ .....	8
แนวคิดคุณภาพชีวิต .....	19
กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans.....	24
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะความดันโลหิตสูง.....	26
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย .....	42
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย .....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	44

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	45
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
5 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย .....	51
สรุปผลการวิจัย.....	51
การอภิปรายผล .....	52
ข้อเสนอแนะ.....	54
บรรณานุกรม .....	56
ภาคผนวก .....	66
ภาคผนวก ก.....	67
ภาคผนวก ข.....	73
ภาคผนวก ค.....	83
ภาคผนวก ง .....	95
ภาคผนวก จ.....	101
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	111

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง.....	46
2	จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง.....	48
3	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดัน โลหิตสูง.....	48
4	ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุน ทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง .....	49



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	6
2	Ferrans's health-related quality of life conceptual model .....	24

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่มีลักษณะสำคัญ คือ ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/ 90 mmHg ขึ้นไป และวัดซ้ำหลังจากพักแล้ว 10 นาที ความดันโลหิตยังไม่ต่ำกว่า 140/ 90 mmHg ร่วมกับการมีการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะจากการจุ่มตรวจ (Urine dipstick) ตั้งแต่ 1+ โดยอาจมีอาการบวมหรือไม่ก็ได้ เกิดภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และสามารถพัฒนาความรุนแรงของโรคไปสู่การเสียชีวิตเป็นอันดับสาม รองลงมาจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะติดเชื้อ (Cunningham et al., 2014) นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ยังเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะทุพโภชนาการของมารดาทั่วโลก (Stern et al., 2014) รวมถึงทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์และตายคลอด (Ananth & Basso, 2010) จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลก พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8-10 (World Health Organization [WHO], 2013) ส่วนประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 10 (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และจากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 พบอัตราการตายของมารดาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 3.1, 2.7 และ 2.2 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ ในส่วนของโรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2559 พบหญิงที่มาฝากครรภ์ มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.84 ส่วนโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบร้อยละ 6.5 จากสถิติข้างต้นจะเห็นได้ว่า ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากพัฒนาการของรกที่ผิดปกติ (Jim & Karumanchi, 2017) โดยระยะเริ่มแรกขณะที่รกเกิดการแบ่งตัว Human Leukocyte Antigen [HLA] ของหญิงตั้งครรภ์และตัวอ่อนมีความแตกต่างกัน ทำให้ตัวอ่อนไม่สามารถฝังตัวได้อย่างเหมาะสม ผลที่ตามมาคือ เซลล์ของรกมีการแบ่งตัวเพื่อประสานกับมดลูกไม่สมบูรณ์ ทำให้เลือดมาเลี้ยงรกไม่เพียงพอ เซลล์ของรกจะเกิดภาวะขาดเลือดและตายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการหลั่งสารเคมี และ โปรตีนหลายชนิดที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งการสร้างเส้นเลือด (เช่น Soluble fms-like tyrosine kinase-1 หรือ sFlt\_1 และ Soluble endoglin หรือ sEng) และมีฤทธิ์ส่งเสริมการสร้างเส้นเลือด (เช่น Placental like growth factor หรือ

PlGF และ Vascular Endothelial Growth Factor [VEGF]) ในอัตราส่วนที่ผิดปกติ ผลของสารเคมีดังกล่าวทำให้แขนงของเส้นเลือดมีความผิดปกติมากขึ้น และจะเริ่มแสดงอาการในช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3 ส่วนเซลล์ของรกที่ขาดเลือดจะเกิดการตายอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นให้ร่างกายหลังสารเคมีที่ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว หากหลอดเลือดหดตัวนาน ผนังหลอดเลือดเกิดการเสื่อมสภาพขาดความยืดหยุ่น (Lowdermilk, Perry, Cashion, Alden, & Olshansky, 2016) มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้ลดลง ในขณะที่เดียวกันผนังหลอดเลือดที่เสื่อมสภาพทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตัน ระบบการแข็งตัวของเลือดเสียหายที่ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะตับและไตวาย รวมทั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตแรกคลอดในทารก

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งมารดาและทารกในครรภ์ มีระดับความรุนแรงตั้งแต่รุนแรงเพียงเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ผลกระทบต่อมารดา หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกาย (Cunningham et al., 2014) ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ นำไปสู่ภาวะชัก และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น กลุ่มอาการ HELLP ภาวะไตวาย ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การหายใจล้มเหลว และน้ำท่วมปอด เป็นต้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเสียชีวิตได้ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในครรภ์แรก (Hernández-Díaz, Toh, & Cnattingius, 2009) มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในครรภ์ถัดไป ร้อยละ 14.7 ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในการตั้งครรภ์สองครั้ง ครรภ์นี้มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.9 ส่วนผลกระทบต่อทารกในครรภ์เป็นผลจากเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมดลูกและรกหดตัว ทำให้อาหารและออกซิเจนผ่านรกไปยังทารกในครรภ์ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาที่พบบ่อยในทารก (Cunningham et al., 2014) ได้แก่ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เกิดการคลอดก่อนกำหนด หรือต้องยุติการตั้งครรภ์ ทำให้คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกเสียชีวิตในครรภ์ และเพิ่มอัตราตายปริกำเนิด (Perinatal death) เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้เหล่านี้ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น รวมถึงภาครัฐต้องจัดสรรค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ส่งผลถึงภาวะเศรษฐกิจของประเทศได้

นอกจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ดังที่กล่าวมาแล้ว ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ด้วย เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล กล่าวว่าตนเองและทารกจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต (เบญจวรรณ เอกะสิงห์, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตณัฐา สุทธิจันง, ศศิกานต์ กาละ และสุริย์พร กฤษเจริญ (2559) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความกลัวและกังวล ทั้งด้าน

ร่างกายและจิตใจ รวมทั้งทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถใช้ชีวิตช่วงตั้งครรภ์ได้เหมือนหญิงตั้งครรภ์ปกติ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมไม่ให้โรครุนแรงมากขึ้น โดยต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การรับประทานอาหารและยา การพักผ่อน การสังเกตอาการผิดปกติของตนเองและทารกในครรภ์ อย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น และเมื่ออาการของโรครุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนอกจากจะมีผลกระทบต่อด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์แล้ว ยังมีผลทำให้ครอบครัวและสังคมของหญิงตั้งครรภ์เปลี่ยนแปลงไป โดยหญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกว่าคุณเองเป็นภาระของครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน เพราะไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ที่เคยทำได้ หญิงตั้งครรภ์บางรายที่ทำงานนอกบ้านอาจต้องหยุดงาน ทำให้ขาดรายได้ และอาจเกิดปัญหาค่าใช้จ่ายในครอบครัวตามมา จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม การตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จึงนับเป็นภาวะวิกฤตหนึ่งของชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและชีวิตความเป็นอยู่ของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตตามมา

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของ “คุณภาพชีวิต” ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานะในชีวิตภายใต้บริบททางวัฒนธรรม และค่านิยมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (WHO, 1996) และรวมถึงสุขภาพทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ตามปกติของบุคคลหรือตามที่บุคคลคาดว่าจะจะเป็นผลจากการดูแลรักษาทางการแพทย์ (Hoedges et al., 2011) สำหรับการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นการแสดงหน้าที่อันสูงสุดของมารดา มารดาย่อมมีความคาดหวังที่ตนจะมีสุขภาพดี และได้บุตรที่แข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข การตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หญิงตั้งครรภ์ต้องถูกจำกัดกิจกรรมบางอย่าง ในขณะที่เดียวกันต้องดูแลตนเอง และประคับประคองทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพสมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ ในระยะตั้งครรภ์ย่อมส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ดังเห็นได้จากการศึกษาของ Falcao et al. (2016) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Stern et al. (2014) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ปกติ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม Mild preeclampsia กลุ่ม Severe preeclampsia และกลุ่ม Superimposed preeclampsia ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 3 กลุ่ม มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงตั้งครรภ์กลุ่ม Severe preeclampsia เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ปกติ

เป้าหมายในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คือ การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพทั้งตนเองและทารกในครรภ์ ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (Conceptual model of health-related quality of life) ของ Ferrans, Julie, Jo, and Janet (2005) เป็นกรอบแนวคิดหนึ่งที่สามารถอธิบายถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้ โดยกรอบแนวคิดนี้มีการจำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพตามข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ด้านชีววิทยาของร่างกาย (Biological function) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional status) และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกอีก 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล (Characteristic of the individual) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) ซึ่งในแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพทั้งหมด จากกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของ Ferrans et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความวิตก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในอนาคตเกรงว่าจะเกิดอันตราย ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ให้มีลักษณะสู้หรือหนี (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) สอดคล้องกับการศึกษาของ Couto et al. (2009) ที่ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลลัพท์การตั้งครรภ์ครั้งก่อนไม่ดี มีความวิตกกังวลมากกว่า และมีคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลลัพท์การตั้งครรภ์ครั้งก่อนดี นอกจากนี้ยังพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลลัพท์การตั้งครรภ์ครั้งก่อนไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อลดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีจะช่วยให้ความรุนแรงจากภาวะของโรคทุเลาลง ดังที่ ณัฐพร อยู่ปาน, พัชรี ดวงจันทร์ และพนิดา แจ่มผล (2558) ได้ศึกษาพบว่า ค่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ( $r = -0.277, p < .01$ ) โดยผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตสูงจะยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี ส่วน มณีรัตน์ พรหมณี (2554) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะ 2 สัปดาห์แรก หลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

( $r = 0.436, p < 0.01$ )

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน ความไว้วางใจ และความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการเผชิญกับความเจ็บป่วย และก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ เพราะบุคคลต้องการความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บป่วย ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ปกติได้ (ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ, 2560; พรนภา เจริญสันต์, ขวัญเรือน ค่วนดี และรังสิณี พูลเพิ่ม, 2555) และกลุ่มมารดาหลังคลอดได้ (ศิริภรณ์ เหมะธูลิน, จรัสศรี ชีระกุลชัย และจันทิมา ขนบดี, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า มีผู้ศึกษาคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไว้บ้างแล้ว แต่ทำการศึกษาในต่างประเทศ และยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งได้แก่ ความวิตกกังวล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาในครั้งนี้คาดว่าจะใช้เป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

### สมมติฐานการวิจัย

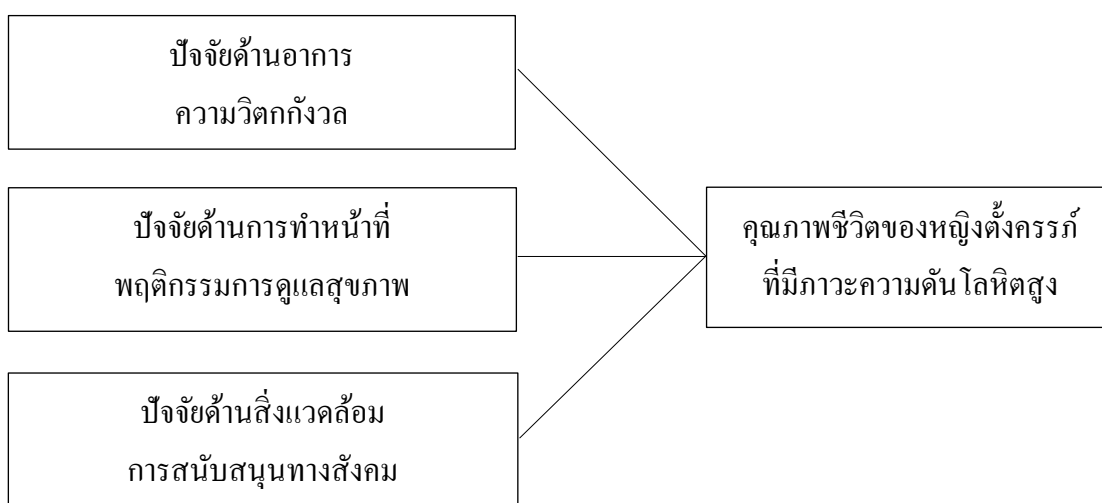
ความวิตกกังวล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (Conceptual model of health-related quality of life) ของ Ferrans et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางการวิจัย โดยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพตามแนวคิดนี้เป็นการรับรู้

เกี่ยวกับความพึงพอใจ และ/ หรือความสุขในการดำรงชีวิตสมการรับรู้สภาวะสุขภาพของบุคคล โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ด้านชีววิทยาของร่างกาย (Biological function) ปัจจัยด้านอาการ (Symptom) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional status) และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) นอกจากนี้มีปัจจัยภายนอกอีก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล (Characteristic of the individual) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) ที่ส่งผลต่อทุกปัจจัย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

จากกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของ Ferrans et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) ได้แก่ ความวิตกกังวล ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional status) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย

ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 92 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561

### นิยามศัพท์เฉพาะ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดใดชนิดหนึ่งเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน นับจนถึงวันที่เก็บข้อมูลซึ่งแบ่งเป็น 4 ชนิด ได้แก่ ชนิด Mild preeclampsia (Preeclampsia without severe feature) Severe preeclampsia (Preeclampsia with severe feature) Superimposed preeclampsia และ Gestational hypertension

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับความพึงพอใจ และ/หรือความสุขในการดำรงชีวิตตามภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2 (12 Short form health survey version 2 [SF-12 v.2]) ที่พัฒนาขึ้นจากองค์กร Quality Metric Incorporated ประเทศอเมริกา ฉบับภาษาไทย

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในอนาคต เกรงว่าจะเกิดอันตรายของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญที่ นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรรกิจ โภคาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) แปลมาจากแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety inventory) ของ Spielberger, Gorsuch, and Lushene (1970)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของหญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เพื่อลดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง 4 ด้าน คือ ด้านการพักผ่อนและการทำกิจกรรม ด้านการรับประทานอาหารและยา ด้านการมาตรวจตามนัด และด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงของ เสาวลักษณ์ คำทอง (2551)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงถึงความรู้สึกใคร่ผูกพัน ความไว้วางใจ และความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ โดยประเมินจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติที่ Boonyamalik (2005) แปลมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS]) ของ Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988)



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
  - 1.1 ความหมายของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
  - 1.2 ประเภทของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
  - 1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
  - 1.4 พยาธิสรีรภาพของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
  - 1.5 ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
  - 1.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
2. แนวคิดคุณภาพชีวิต
  - 2.1 ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
  - 2.2 คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
  - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
3. กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
  - 4.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
  - 4.2 ความวิตกกังวล
  - 4.3 การสนับสนุนทางสังคม

### ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

#### ความหมาย

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension) หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตั้งครรภ์อาจมีอาการบวมหรือพบโปรตีนในปัสสาวะร่วมด้วย ส่วนใหญ่เกิดระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ ในปี ค.ศ. 2009 Willium Obstetric เรียกกลุ่มอาการความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ว่า Toxemia in pregnancy ต่อมา ปี พ.ศ. 2519 เรียกว่า Hypertensive disorder in pregnancy ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 จนถึงปัจจุบันเรียกว่า Pregnancy induced hypertension

(ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2558)

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สำคัญ มีอุบัติการณ์ ร้อยละ 8-10 ทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของหญิงในระยะตั้งครรภ์ สำหรับประเทศไทย พบอัตราการตายของมารดาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด จากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 3.1, 2.7 และ 2.2 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2557-2559 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นอกจากการเสียชีวิตแล้ว ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะตับและไตวาย รวมทั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตแรกคลอดในทารกด้วย ซึ่งการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ กำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้ (Lowdermilk et al., 2016)

1. มีความดันโลหิต Systolic สูงขึ้น ตั้งแต่ 30 มม.ปรอทขึ้นไป จากความดันโลหิตเดิม
2. มีความดันโลหิต Diastolic สูงขึ้น 15 มม.ปรอทขึ้นไป จากความดันโลหิตเดิม
3. มีความดันโลหิต Systolic ตั้งแต่ 140 มม.ปรอทขึ้นไป
4. มีความดันโลหิต Diastolic ตั้งแต่ 90 มม.ปรอทขึ้นไป

การวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์จะต้องวัดความดันโลหิตในท่านั่ง ค่าที่วัดได้สูงผิดปกติอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 4 ชั่วโมง หรือในกรณีที่ความดันโลหิต Systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท สามารถวัดซ้ำได้หลังจากให้พักแล้ว 10 นาที กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ อาจได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หากมีอาการร่วม ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ เป็นต้น

#### **ประเภทของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์**

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2015) สามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม Preeclampsia และ Eclampsia กลุ่ม Chronic hypertension กลุ่ม Superimposed preeclampsia และกลุ่ม Gestational hypertension โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่ม Preeclampsia และ Eclampsia เป็นกลุ่มอาการของความดันโลหิตสูงที่พบครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ เป็นผลที่เกิดจากการหดตัวของหลอดเลือดดำ และการกระตุ้นที่ผนังหลอดเลือด ตรวจพบความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะจากการจุ่ม (Urine dipstick) 1+ ขึ้นไป หรือค่าโปรตีนในปัสสาวะต่อวันมากกว่า 300 มิลลิกรัม แบ่งตามระดับความรุนแรงได้ 3 กลุ่มย่อย คือ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ระดับรุนแรงน้อย (Mild preeclampsia หรือ Preeclampsia without severe feature)

เป็นกลุ่มที่ค่าความดันโลหิตไม่เกิน 160/ 90 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะ 1+ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ระดับรุนแรงมาก (Severe preeclampsia หรือ Preeclampsia with severe feature) เป็นกลุ่มอาการที่มีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 160/ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป พบโปรตีนในปัสสาวะ 3+ ขึ้นไป ร่วมกับมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ เป็นต้น และภาวะชักเนื่องจากการตั้งครรภ์ (Eclampsia) หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงที่มีภาวะชักร่วม โดยสาเหตุของการชักไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพอื่น ภาวะชักนี้สามารถเกิดได้ตลอดการตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2560)

2. ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (Chronic hypertension) หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบก่อนการตั้งครรภ์ หรือวินิจฉัยก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือความดันโลหิตสูงที่วินิจฉัยหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และความดันโลหิตสูงคงอยู่มากกว่า 12 สัปดาห์หลังคลอด (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2015) ความดันโลหิตสูงชนิดนี้ถือว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดก่อนการตั้งครรภ์

3. ภาวะครรภ์เป็นพิษซ้อนทับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (Superimposed preeclampsia on chronic hypertension) หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เมื่อตั้งครรภ์พบภาวะครรภ์เป็นพิษแทรกซ้อน การวินิจฉัย Superimposed preeclampsia ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังมาก่อน แต่ไม่เคยพบโปรตีนในปัสสาวะก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ จะใช้เกณฑ์การพบโปรตีนในปัสสาวะใหม่ แต่กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะเดิม การวินิจฉัยจะใช้การตรวจพบระดับโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น หรือพบการทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ มีความผิดปกติร่วมด้วย เช่น เกร็ดเลือดต่ำ Serum creatinine สูง (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2015)

4. ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Gestational hypertension) หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกระหว่างการตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิต Systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดัน Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ ในหญิงที่เคยมีความดันโลหิตปกติ รวมทั้งไม่มีโปรตีนในปัสสาวะหรืออาการบวม (ปรีชา แก้วพิมล, 2558) และความดันโลหิตกลับสู่ค่าปกติภายใน 12 สัปดาห์หลังคลอด

#### สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ค้นพบครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1793 เชื่อว่าเกิดจากสารพิษในกระแสเลือด จึงเรียกโรคนี้ว่า Toxemia of pregnancy แต่ในการตรวจ และติดตามไม่เคยตรวจพบสารพิษในกระแสเลือด จึงเปลี่ยนชื่อเป็น Pregnancy induced hypertension ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ชัดเจน (Cunningham et al., 2014) แต่ในปัจจุบันเชื่อว่า

พยาธิสรีรวิทยาที่สำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์เกิดจากพัฒนาการของรก ผิดปกติแบ่งออกเป็นสองช่วง

ช่วงที่หนึ่ง ระยะก่อนแสดงอาการเกิดจากความแตกต่างของ Human Leukocyte Antigen [HLA] ของหญิงตั้งครรภ์ และตัวอ่อน กรณีนี้ทำให้มี Incomplete transformation ของเซลล์ของรก (Trophoblasts) ในการแบ่งตัวเพื่อประสานกับหลอดเลือดของมดลูก หรือในทางกลับกันหลอดเลือดของมดลูกไม่สามารถเข้าไปเลี้ยงรกได้อย่างเพียงพอ ส่งผลทำให้เซลล์ของรกบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง จึงมีการตายของเซลล์รก พบความผิดปกติในการทำหน้าที่ของเยื่อบุโพรงหลอดเลือด (Endothelial dysfunction) เกิดการปล่อย Placental factors เข้าไปในระบบไหลเวียนส่งผลให้มีการหลั่งสารเคมี และโปรตีนหลายชนิดที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งการสร้างเส้นเลือด (เช่น Soluble fms-like tyrosine kinase-1 หรือ sFlt<sub>1</sub> และ Soluble endoglin หรือ sEng) และมีฤทธิ์ส่งเสริมการสร้างเส้นเลือด (เช่น Placental like growth factor หรือ PlGF และ Vascular endothelial growth factor หรือ VEGF) ในอัตราส่วนที่ผิดปกติ มีการหลั่งสารเคมี และโปรตีนที่มีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างหลอดเลือดสูงกว่า โปรตีนที่มีฤทธิ์ส่งเสริมการสร้างหลอดเลือด ทำให้แขนงของหลอดเลือดแตกขยายอย่างผิดปกติ อาการผิดปกติเหล่านี้จะแสดงอาการในไตรมาสที่สองและสาม

ช่วงที่สอง ระยะแสดงอาการ ในขณะที่โปรตีนที่มีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างหลอดเลือดสูงกว่า โปรตีนที่มีฤทธิ์ส่งเสริมการสร้างหลอดเลือด ทำให้เซลล์ของรกขาดเลือดจึงเกิดการตายอย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้ให้ร่างกายหลั่งสารเคมีที่ทำให้หลอดเลือดมีความหดตัว หากหลอดเลือดหดตัวนาน ผนังหลอดเลือดเกิดการเสื่อมสภาพ สูญเสียความยืดหยุ่น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และระบบเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ในขณะเดียวกันผนังหลอดเลือด ที่เสื่อมสภาพทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตัน และระบบการแข็งตัวของเลือดเสียหน้าที่ อาจนำไปสู่ภาวะ ตกเลือดหลังคลอดได้

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จากการศึกษาพบว่า แบ่งได้ เป็น 3 กลุ่ม (Peacock & Bogossian, 2009) ประกอบด้วย ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable factors) ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Non-modifiable factors) และปัจจัยที่ได้จากการประเมินทางคลินิก (Clinical assessment factors) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable factors) ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่พยาบาล สามารถมีบทบาทในการดูแลเพื่อลดความเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของโรค ได้แก่ ความวิตกกังวล ดัชนีมวลกาย การเพิ่มของน้ำหนักตัว และการบริโภคอาหาร เป็นต้น

1.1 ความวิตกกังวล เป็นอาการแสดงออกทางอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลมาจาก ช่วงเวลาของการตั้งครรภ์ (Lothian, 2008) โดยในไตรมาสแรกหญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความวิตกกังวล ที่กำลังระหว่างความปิติยินดีในการตั้งครรภ์กับความวิตกกังวลหวาดกลัวต่อการตั้งครรภ์ กังวลต่อ

ความรับผิดชอบในบทบาทที่เปลี่ยนไป (Darvill, Skirton, & Farrand, 2010) ไตรมาสที่สอง หญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งจะยอมรับการตั้งครรภ์มากขึ้น มีความใส่ใจในตนเองในขณะเดียวกัน หญิงตั้งครรภ์บางรายวิตกกังวลกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สาม ความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความไม่สบาย อึดอัดความกังวลจากการคลอด (จิตบัญญัติ สุทธิจาง และคณะ, 2559) ซึ่งความวิตกกังวลเหล่านั้นเป็นความวิตกกังวลที่พบได้ในหญิงตั้งครรภ์ปกติ แต่ในหญิงตั้งครรภ์ที่พบความดันโลหิตสูงร่วมด้วย อาจทำให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจากภาวะของโรค (สุชาติ รัชชกุล และชมพูนุช โสภจรรย์, 2544) ซึ่งความวิตกกังวลเหล่านี้ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ทั้งบทบาทในการประเมิน และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับตัวเข้าสู่บทบาท รวมไปถึงบทบาทการกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถคลายความวิตกกังวลเพื่อการตั้งครรภ์คุณภาพ

1.2 การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว และแบบแผนการบริโภคอาหารเป็นส่วนหนึ่งของ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ดังการศึกษาของ Yodmai (2007) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 0.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ มีความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 5 เท่า (OR = 5.178) ด้านการบริโภคอาหารพบว่า ลักษณะของสารอาหาร (Nutrients) ได้แก่ วิตามิน แคลเซียม เป็นต้น ประเภทของอาหาร (Foods) ได้แก่ นม ผัก ผลไม้ เป็นต้น และแบบแผนการบริโภคอาหาร (Dietary pattern) ได้แก่ แบบแผนการบริโภคอาหารแปรรูป แบบแผนการบริโภคผักผลไม้ เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Brantsaeter et al., 2009) ซึ่ง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่บทบาทพยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนได้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

2. ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Non-modifiable factors) เป็นปัจจัยที่ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ไม่สามารถควบคุมได้ แต่ในบทบาทของพยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังการเกิดความดันโลหิตสูง และป้องกันความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านั้นสามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้โดยไม่เกิดอันตรายที่ร้ายแรง ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ อายุ ลำดับของการตั้งครรภ์ ประวัติครอบครัว เป็นต้น

3. ปัจจัยที่ได้จากการประเมินทางคลินิก (Clinical assessment factors) เป็นปัจจัยที่ได้มาจากการศึกษาทดลองแล้วพบว่า มีแนวโน้มที่จะบ่งชี้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงหรือเป็นปัจจัยที่ตรวจพบจากการมาฝากครรภ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ค่าความดันหลอดเลือดแดงเฉลี่ย เป็นต้น ซึ่งบทบาทพยาบาลจะต้องมีความรู้และสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นมาใช้ในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไป

### พยาธิสรีรภาพของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น ภาวะ Preeclampsia ก่อให้เกิดพยาธิสรีรภาพที่สำคัญ (Lowdermilk et al., 2016) ได้แก่

1. หลอดเลือดหดเกร็ง (Vasospasm) ทั่วร่างกาย ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง
2. เกร็ดเลือดจับตัวกันเป็นไฟบรินสะสม (Platelet aggregation and fibrin deposition) เกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำ และเกิดลิ่มเลือดเล็ก ๆ (Microthrombi) ในหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัว (Disseminated Intravascular Coagulation [DIC])
3. หลอดเลือดเล็ก ๆ ถูกทำลาย (Microthrombi) ซึ่งเป็นผลจาก Vasospasm และ Microthrombi รวมไปถึงการสะสมของ Fibrin
4. ระบบการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ส่งผลประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเสียหายที่ไป

จากกลไกการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกายที่สำคัญเกิดผลกระทบต่ออวัยวะของมารดาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Cunningham et al., 2014) แยกตามระบบ ได้แก่

1. ระบบการทำงานของไต (Renal excretory) มีการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงไต ในมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เมื่อตรวจด้วย Light microscope จะพบการตีบตันของ Capillary lumen อย่างมาก แต่ไม่พบเลือดออกใน Lumen ขณะเดียวกันจะมีการบวมของ Endothelial cell และ Mesangial cell ทุก ๆ Glomerular เรียกว่า Glomerular capillary endotheliosis ทำให้ Glomerular infiltration rate ลดลง ส่งผลให้ปริมาณปัสสาวะลดลง มีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะ พบค่า Uric acid และ Creatinine ในกระแสเลือดมีระดับสูงขึ้น เกิดการซึมผ่านของ Albumin ออกทางปัสสาวะ ร่างการสูญเสียโปรตีน ทำให้ความดันภายในเซลล์ลดลง เกิดการคั่งของน้ำในเนื้อเยื่อ อาการบวมของอวัยวะต่าง ๆ จึงเกิดขึ้น แต่ภาวะดังกล่าวสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ภายหลังคลอด

2. ระบบการทำงานของตับ (Hepatic system) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่รุนแรง การทำงานของตับอาจจะปกติ แต่เมื่อมีภาวะ Severe preeclampsia อาจเกิดภาวะ Periportal hemorrhagic necrosis ที่บริเวณผิวของตับ ส่งผลให้ตรวจพบการทำงานของตับ มีความผิดปกติ Aspartate transaminase [AST] และ Alanine aminotransferase [ALT] แต่ Bilirubin ในเลือดไม่สูง ผู้ป่วยบางรายจะพบ Microvesicular fat deposit, Necrosis, Cholestasis ผู้ป่วยบางรายพบภาวะ Disseminated intravascular coagulation ร่วมด้วย จะเป็นภาวะเสริมที่ทำให้ตับถูกทำลายมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเตือนของภาวะตับถูกทำลาย ได้แก่ ปวดท้องส่วนบนขวา หรือจุกแน่น

ลื่นปี หรือถูกแน่นได้ชายโครงขวา ในรายที่มี DIC ร่วมด้วยต้องเฝ้าระวังภาวะเลือดออกไม่หยุด จนกระทั่งก้อนเลือดคั่งในตับจนถึงภาวะตับแตกหรือมีเลือดออกในช่องท้องจนเสียชีวิตได้

3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiopulmonary system) จากพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดทั่วร่างกายทำให้เยื่อหลอดเลือดทำงานบกพร่อง ระบบการซึมผ่านของสารน้ำใน และนอกหลอดเลือดสูญเสียไป ส่งผลให้สารน้ำในหลอดเลือดรั่วไปคั่งในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนในร่างกายลดลง เกิดภาวะเลือดข้น ในผู้ป่วยที่เสียเลือดในขณะที่คลอดปริมาณมากจะทำให้ภาวะความดันโลหิตลดต่ำอย่างรวดเร็ว แต่ในรายที่ความดันโลหิตสูงได้รับสารน้ำมากเกินไป เช่น การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด หรือการให้ยา และสารน้ำเพื่อลดความดันโลหิต ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำคั่งในปอด (Pulmonary edema) อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

4. ระบบโลหิตวิทยา การสร้างเม็ดเลือด และปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (Hematologic and coagulation system) ในภาวะปกติหญิงตั้งครรภ์ปริมาณเลือดจะเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 50 ในปลายไตรมาสที่ 2 โดยมีการเพิ่มของเลือดมากกว่าเม็ดเลือด แต่ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การเพิ่มของเลือดจะต่ำกว่าปกติ คือ ประมาณร้อยละ 16 ทำให้ความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้น ในขณะที่เดียวกันพยาธิสภาพของโรคทำให้สภาพของเม็ดเลือดมีความแปรปรวน และแตกง่าย จากการหดเกร็งของผนังหลอดเลือด ส่งผลต่อการแตกตัวของเม็ดเลือดแดงในหลอดเลือดเกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำเฉียบพลัน แต่ภาวะนี้จะสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ภายใน 2-3 วันหลังคลอด ในผู้ป่วยบางรายพบภาวะเกร็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ทำให้มีความเสี่ยงอย่างมากต่อการเกิด DIC จึงเป็นข้อบ่งชี้ของการยุติการตั้งครรภ์ บางตำราบอกว่าสามารถรอค่าของเกร็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558) แต่สูติแพทย์ส่วนใหญ่จะไม่เสี่ยงเนื่องจากการคลอดจะทำให้เลือดไหลไม่หยุด จะเป็นอันตรายต่อชีวิตมารดามากขึ้น

5. ระบบประสาท (Neurological system) การไหลเวียนของเลือด และการส่งออกซิเจนไปยังระบบประสาท และสมองไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ แต่เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้แรงต้านทานของหลอดเลือดในสมองเพิ่มขึ้นจากสภาวะที่หลอดเลือดหดตัวทำให้สมองส่วน Endothelial บริเวณ Cortical region ขาดเลือดถูกทำลายส่งผลให้สมองบวม มีเลือดออกในสมองนำไปสู่ภาวะชักได้ พยาธิสภาพอีกส่วนของสมอง ได้แก่ Occipital lobe ซึ่งเป็นส่วนที่สัมพันธ์กับการมองเห็น ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เนื้อสมองส่วนนี้เริ่มถูกทำลายทำให้การมองเห็นผิดไปจากเดิม ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการตาพร่ามัว จอประสาทตาบวม จนกระทั่งถึงจอประสาทตาลอกหลุดได้

6. รก (Placenta) ในหญิงตั้งครรภ์ปกติพบการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด Spiral ตั้งแต่ไตรมาสแรก โดยเริ่มจากส่วน Decidual หลังจากนั้นหลอดเลือด Spiral จะมีขนาดใหญ่ขึ้นตั้งแต่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์ และพบว่า Trophoblastic cell ลูกกลมเข้าไปในกล้ามเนื้อรกประมาณ 1 ใน 3 ของชั้น ทำให้เกิดระบบการไหลเวียนเลือดไปยังทารก ซึ่งมีลักษณะความต้านทานในหลอดเลือดต่ำและแรงดันสูง เพื่อให้เลือดไปยังทารกอย่างเพียงพอ แต่ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะพบหลอดเลือด Spiral ใน Decidual มีขนาดเล็กลง และมีความไวต่อการกระตุ้นด้วย Vasomotor substance ทำให้เกิดการทำลายของ Cell ต่าง ๆ ของหลอดเลือดและกล้ามเนื้อ การไหลเวียนของเลือดในมดลูกน้อยลง 2-3 เท่า เลือดที่ไปเลี้ยงรกย่อมลดลงตามไปด้วย ผลที่ตามมา คือ ทำให้รกเสื่อมสภาพ รกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และเกิดภาวะแทรกซ้อนกับทารกในช่วงปริกำเนิด

จะเห็นได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านตนเองและทารกในครรภ์ อาการของโรคสามารถวัดความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นได้ตลอดการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนจากภาวะชัก ดังนั้นการเฝ้าระวัง การติดตาม และการประเมินความรุนแรงของโรคจึงเป็นสิ่งที่สำคัญเป็นการลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราการเสียชีวิตทั้งของมารดาและทารก

#### **ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์**

ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อมารดา ทารก และครอบครัว แบ่งได้เป็น 4 ประเด็น คือ

1. ผลกระทบต่อด้านร่างกายหญิงตั้งครรภ์ โดยส่งผลกระทบต่อร่างกายหลายระบบทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ซึ่งผลกระทบต่อร่างกายมารดาในระยะสั้น ได้แก่ ระบบหัวใจ อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (นันทพร แสตนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง, 2560) เกิดภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) หรือน้ำคั่งในปอด (ชานาญ แทนประเสริฐกุล, 2556) เกิดภาวะชัก ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตจากภาวะเลือดออกในสมอง (Cunningham et al., 2014) ซึ่งเป็นภาวะที่รุนแรงเป็นอย่างมากสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนผลในระยะยาวต่อมารดา ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดเรื้อรัง (Chronic hypertension) เบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นต้น (Barton & Sibai, 2008) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์รุนแรง และได้รับการรักษาด้วยยากันชัก อาจเกิดผลกระทบต่อความไม่สุขสบายด้านร่างกาย ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เป็นต้น

2. ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ด้านจิตใจ ผลกระทบสามารถเกิดขึ้นได้จากพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค การดูแลรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงจากยา ดังการศึกษาของ Maloni and Kutil (2000) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล พบว่า



หญิงตั้งครรภ์มีความกังวลในเรื่อง สัมพันธภาพทางลบกับครอบครัว สัมพันธภาพกับบุคลากร ทีมสุขภาพ ผลของยาที่อาจเกิดกับทารกในครรภ์ และสุขภาพของทารกในครรภ์ นอกจากนี้ การศึกษาของ Mishel (1988) พบว่า การไม่ทราบข้อมูล หรือทราบข้อมูลไม่เพียงพอทำให้ ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ในขณะที่การศึกษาของ ทิววรรณ คุณพันธ์ (2553) พบว่า การให้ข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับข้อเท็จจริง การรักษา การผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้ จะเห็นได้ว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะมีผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลได้ในหลายด้าน

3. ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ต้องมีการปรับเปลี่ยนในการดำเนินชีวิตตนเองที่มีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัว ตั้งแต่การกระทำ ในชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร กิจกรรมการออกกำลังกาย มีความวิตกกังวลด้านบทบาท หน้าที่ที่เปลี่ยนไป รวมถึงต้องรับบทบาทเป็นคนป่วยส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ดังนั้นพยาบาล จึงมีบทบาทในการให้ข้อมูลสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสามารถ ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อได้อย่างมีคุณภาพ (กนกวรรณ ฉันทนะมงคล, 2559)

4. ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ซึ่งผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผลกระทบ ในระยะสั้นที่พบบ่อย ได้แก่ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ จากผลของพยาธิสภาพหลอดเลือด (นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง, 2560) เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากรกลอกตัว ทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย และเพิ่มอัตราตายปริกำเนิดได้ (ชานาญ แทนประเสริฐกุล, 2556) ส่วนผลกระทบต่อทารกในครรภ์ในระยะยาว จะพบภาวะผิดปกติของตา (Retiopathy of prematurity) สติปัญญาต่ำ (Mental retardation) เป็นต้น (Barton & Sibai, 2008)

จะเห็นได้ว่า ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ดังนั้นพยาบาลควรจะมีบทบาทในการดูแล ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สามารถตั้งครรภ์ได้อย่างมีคุณภาพ

### **บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง**

ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ในการป้องกัน แต่จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า มีปัจจัย ที่ปรับเปลี่ยนได้ ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยที่ได้จากการประเมินทางคลินิก ซึ่งปัจจัย ทั้งสามชนิดนั้น พยาบาลจะต้องมีบทบาทตั้งแต่การประเมิน คัดกรอง และให้คำแนะนำที่จะช่วยให้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีการปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงนับเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลมีดังต่อไปนี้

1. การประเมินเพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงของการเกิดความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ควรได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์อย่างครอบคลุม ประกอบไปด้วย การประเมินประวัติทางสูติกรรมในอดีต ประวัติ การตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วย ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ หลังจากนั้นมีการประเมิน ความเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ค่าความดันหลอดเลือดแดงเฉลี่ย การมีไข่ขาวในปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว เพื่อใช้ในการประเมิน และวางแผนการดูแลเฉพาะรายให้เหมาะสม (สุชาดา เตชวาทกุล, 2558)

2. การพักผ่อนและการทำกิจกรรม หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการพักผ่อนกลางวัน อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง และในช่วงกลางวัน ควรมีช่วงได้พักผ่อนอย่างน้อย ½-1 ชั่วโมง เนื่องจากการพักผ่อนจะช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงได้ สำหรับท่านอนที่เหมาะสม สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ท่านอนตะแคง โดยเฉพาะการนอนตะแคงซ้ายเพื่อลดภาวะทารกไปกด เส้นเลือดดำใหญ่ ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงรกได้ดี ทารก ในครรภ์จึงได้รับออกซิเจน ส่วนกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ แนะนำการออกกำลังกาย ง่าย ๆ ได้แก่ การบริหารข้อมือ ข้อเท้า ไม่ออกกำลังกายหักโหมเป็นเวลานาน หลีกเลี่ยงการทำงานหนักเป็นเวลายาวนาน เพราะจะทำให้เครียด อ่อนเพลีย ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น แนะนำ การผ่อนคลายความเครียด โดยการทำกิจกรรมที่ชอบ ได้แก่ การสวนมนต์ การทำสมาธิ การฟังเพลง ฟีกการคิดเชิงบวก เป็นต้น (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2560)

3. ด้านการรับประทานอาหาร หญิงตั้งครรภ์ปกติควรได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นกว่าช่วงก่อน ตั้งครรภ์ แต่ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ควรระมัดระวังอาหารประเภทไขมัน รวมถึงการประเมินน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ร่วมกับการประเมินการเจริญเติบโตของทารก ในครรภ์ด้วย เนื่องจากเป็นปัจจัยเสริมที่จะทำให้ความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น (นิศารัตน์ พิทักษ์วัชร, 2555) อาหารสำหรับสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันความเสี่ยงของการเกิดภาวะ ความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาหารประเภทแคลเซียม ควรได้รับอย่างน้อย 800 มิลลิกรัมต่อวัน ดังการศึกษาของ Ramos et al. (2006) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง จะบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumar, Devi, Batra, Singh, and Shukla (2009) พบว่า การได้รับแคลเซียม 2 กรัมต่อวันจะลดความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้

ส่วนกากใยอาหารควรได้รับอย่างน้อย 25 กรัมต่อวัน ซึ่งอาหารประเภทกากใยจะชะลอ การย่อยและการดูดซึมไขมัน ทำให้ไขมันสะสมในร่างกายลดลง เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงของ ความดันโลหิตสูง ในขณะที่เดียวกันอาหารประเภทกากใยจะให้พลังงานน้อยกว่าอาหารประเภทอื่น จึงมีผลทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในอัตราที่ช้า ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความรุนแรงของ

ภาวะความดันโลหิตสูงอีกทาง แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด และแนะนำการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว หลีกเลี่ยง ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เนื่องจากการดื่มน้ำกาแฟ มีผลต่อระดับความดันโลหิตสูง (วรวิวรรธน์ ต้นสุวัฒน์, สุภาพร แนวบุตร และชมนาด วรรณพรศิริ, 2559)

4. ด้านแบบแผนการบริโภคอาหาร เป็นการประเมินข้อมูลพฤติกรรมบริโภคอาหารของแต่ละบุคคล ซึ่ง Brantsaeter et al. (2009) ศึกษาพบว่า พฤติกรรมบริโภคอาหารมี 4 แบบ ได้แก่ แบบแผนการบริโภคผักผลไม้ แบบแผนการบริโภคอาหารแปรรูป แบบแผนการบริโภคโปรตีน และแบบแผนการบริโภคอาหารหวาน เมื่อศึกษาย้อนกลับในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มที่บริโภคผักผลไม้เกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์น้อยที่สุด และกลุ่มที่บริโภคอาหารแปรรูปมีโอกาสพบความดันโลหิตสูง 1.21 เท่า ดังนั้น พยาบาลควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์บริโภคอาหารประเภทผักผลไม้เป็นหลัก และควรงดอาหารประเภทผลิตภัณฑ์แปรรูป ได้แก่ ปลากระป๋อง ไส้กรอก เป็นต้น

5. ด้านการมาตรวจตามนัด มีการประเมิน ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง อาการและการแสดงเมื่อมาฝากครรภ์ทุกครั้ง พร้อมบันทึกข้อมูล ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก อาการบวม และโปรตีนในปัสสาวะทุกครั้ง โดยเน้นและย้ำให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการมาฝากครรภ์ และการมาตรวจตามนัดเพื่อผลประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์เอง

6. ด้านการควบคุมความดันโลหิต ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงบางรายที่แพทย์มีการสั่งยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต ต้องเน้น และย้ำเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการมาตรวจตามนัด ในรายที่การควบคุมความดันโลหิตทำได้ไม่ดีอาจจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

7. ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ เน้นและย้ำในเรื่องการดูแลตนเองที่บ้าน การเฝ้าระวังอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ แนะนำการสังเกตอาการเจ็บครรภ์จริง ได้แก่ อาการเจ็บครรภ์ถี่ มีมูกเลือด มีน้ำเดิน อาการแสดงของภาวะรกลอกตัว ก่อนกำหนดที่เป็นผลมาจากภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ไม่มีวิธีการป้องกันการเกิดโรคได้ แต่สามารถป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนได้ โดยหญิงตั้งครรภ์เหล่านั้นจำเป็นต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ พยาบาล รวมถึงทีมสุขภาพ และเอาใจใส่ในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง การให้ข้อมูลของโรค คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล การสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อควบคุมการดำเนินของโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้น การปฏิบัติตนที่สำคัญ ได้แก่ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานยาและอาหาร การตรวจตามนัด รวมถึงการสังเกต

อาการผิดปกติอย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมการดำเนินของโรค ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถก้าวผ่านภาวะความดันโลหิตสูงในการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

## แนวคิดคุณภาพชีวิต

### ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1970 โดยนักสังคมวิทยาชื่อ Morris David Morris สำหรับประเทศไทย นำแนวคิดคุณภาพชีวิตเข้าบรรจุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนมีความต้องการ เป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล เพื่อให้บุคคลดำรงชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประชากรของประเทศอีกด้วย คุณภาพชีวิตตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะชีวิตภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และค่านิยมในการดำรงชีวิต และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในแง่ของสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับความเป็นอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม

Zhan (1992) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจของชีวิตของแต่ละบุคคลตามประสบการณ์ของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งเป็นบริบทที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของมนุษย์ มีความเป็นพลวัตรและซับซ้อน โดยมีอิทธิพลมาจากสถานะทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และอายุ

Ferrans and Power (1992) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิตอันเกิดจากความรู้สึกมีความสุข ความพึงพอใจ และไม่พึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิตของบุคคลนั้น

Wilson and Cleary (1995) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกผาสุก (Well-being) หรือความพึงพอใจในชีวิต โดยรวมซึ่งเป็นอัตวิสัยของบุคคลแต่ละบุคคล

Ferrans et al. (2005) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ถึงความสุขและความพึงพอใจในชีวิต โดยรวมอันเป็นผลที่ได้มาจากปัจจัยสำคัญหลัก ๆ 4 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของบุคคล และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากความหมายของคุณภาพชีวิตของนักวิชาการต่าง ๆ ทำให้สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ในความพึงพอใจโดยรวมต่อชีวิตความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคลมีพื้นฐานมาจาก

ปัจจัยด้านสุขภาพกาย และปัจจัยด้านสภาวะจิตใจ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ความหมายคุณภาพชีวิตขององค์ Ferrans et al. (2005) มีความสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในประเด็นการดูแลด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญเชื่อมโยงกับเป้าหมาย และความคาดหวังในการดำเนินชีวิตของบุคคล

### คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราว สามารถรักษาหายได้ เมื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์และสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้เมื่อมีการตั้งครรภ์ในครั้งต่อไป (Cunningham et al., 2014) นับเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญทางสูติกรรมที่พบได้บ่อย เฉลี่ยร้อยละ 10 (WHO, 2013) และเป็นหนึ่งในสามของสาเหตุการตายในมารดาและทารก รองจากภาวะตกเลือดและการติดเชื้อ (Cunningham et al., 2014) นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ยังเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะทุพพลภาพของมารดาทั่วโลก (Stern et al, 2014) รวมถึงทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ และตายคลอด (Ananth & Basso, 2010) สาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าจะเกิดจากพัฒนาการของรกที่ผิดปกติ (Carty, Delles, & Dominiczak, 2008) มีผลทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพ ขาดความยืดหยุ่น ส่งผลต่อมารดาทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และจากผลของภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำงานผิดปกติ เช่น เกิดภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ มีภาวะน้ำคั่งในปอด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เป็นต้น หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที จะนำไปสู่ภาวะชั้กและเสียชีวิตได้ นอกจากผลกระทบต่อมารดาแล้ว ยังมีผลกระทบต่อทารก ทำให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Xiong, Demianczuk, Saunders, Wang, & Fraser, 2002) เป็นต้น จากผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ดังกล่าว นอกจากจะส่งผลทางด้านร่างกายต่อมารดา และทารกแล้ว ยังส่งผลต่อภาวะจิตใจ เกิดความเครียด ความวิตกกังวลกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ (Maloni & Kutil, 2000) ทำให้บทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งต้องรับบทบาทการเป็นผู้ป่วย อันที่จะส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของครอบครัว และการดำรงชีวิต นับเป็นภาวะวิกฤตระยะหนึ่งของชีวิตที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต

การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในต่างประเทศ มีผู้สนใจศึกษาไว้หลายท่าน ได้แก่ Falcao et al. (2016) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ปกติ ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Stern et al. (2014) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ปกติ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม Mild preeclampsia

กลุ่ม Severe preeclampsia และกลุ่ม Superimposed preeclampsia ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่ดีในหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 3 กลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงตั้งครรภ์กลุ่ม Severe preeclampsia มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด ส่วน Burks (1999) และ Hoedjes et al. (2011) ยังได้ศึกษาในมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ในระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ กลุ่ม Severe preeclampsia มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามารดาหลังคลอด กลุ่ม Mild preeclampsia และมารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเกือบทั้งหมดในระยะ 12 สัปดาห์หลังคลอด

### การประเมินคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดหรือวัตถุประสงค์ของการศึกษา ผู้วิจัยได้รวบรวมการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบมิติเดียว เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตกับความพึงพอใจและความสุข การประเมินจะใช้แบบประเมินที่มีข้อความข้อเดียว เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด โดยให้บุคคลประเมินระดับของคุณภาพตนเอง วิธีนี้เป็นการประเมินแบบกว้าง ๆ ไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตที่แท้จริง ถ้าผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์

2. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ แนวคิดนี้เหมาะสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตบุคคลที่เจ็บป่วยที่มีลักษณะการดำเนินของโรคที่แตกต่างกัน ตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิต ของ Rukholm and McGirr (1998) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหัวใจ และหลอดเลือด ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ วัดคุณภาพชีวิตครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านทัศนคติของบุคคล ด้านความผาสุกในชีวิต และด้านการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Linear analog scale) โดยให้ผู้ป่วยประมาณค่าคะแนนความพึงพอใจด้วยตนเองว่า ความรู้สึกของตนเองมีค่าเท่าใด ในแต่ละข้อคำถาม

3. การประเมินคุณภาพชีวิตทางสุขภาพ (Measurement of HRQoL) แบ่งแบบประเมินคุณภาพชีวิตเป็น 2 ประเภท

3.1 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทางสุขภาพแบบทั่วไป (Generic HRQOL measurement) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปแบบกว้าง ๆ สามารถนำไปใช้กับบุคคลทั่วไปทุกรูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ได้ในประชากรทั่วไป ไม่จำกัดอายุ เพศ ภาวะโรคที่เป็น ข้อดี สามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตในมิติต่าง ๆ ได้ การประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ช่วยให้สามารถเปรียบเทียบสภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ศึกษากับกลุ่มโรคอื่น โดยใช้เครื่องมือเดียวกันโดยมิติที่พบบ่อย ได้แก่

3.1.1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกฉบับย่อ คือ WHOQOL-BREF (The WHOQoL Group, 1998) เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อจากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม มี 26 ข้อคำถาม โดยแบ่งเป็น 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย มิติด้านจิตใจ มิติด้านสังคม และมิติด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป และคุณภาพชีวิตโดยรวมแปลเป็นภาษาไทย โดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรหมานะจรัสกุล (2540) การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบการให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมมิติของชีวิตครบ ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตสังคม และสิ่งแวดล้อม

3.1.2 Short Form Health Survey (SF-36) เป็นแบบประเมิน ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ 35 ข้อ และคำถามอิสระ 1 ข้อ สำหรับคำถามเกี่ยวกับสุขภาพแบ่งเป็น 8 มิติ คือ มิติที่ 1 ด้านร่างกาย (Physical function) มีจำนวน 10 ข้อ เช่น ที่ผ่านมา 1 เดือนสุขภาพของท่านโดยทั่วไปเป็นอย่างไร และเปรียบเทียบกับช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเทียบกับปัจจุบัน มิติที่ 2 ด้านข้อจำกัดทางร่างกาย (Role limited by physical problems) มีจำนวน 4 ข้อ เช่น ท่านทำงานได้น้อยลงเพราะปัญหาสุขภาพทางด้านกายภาพหรือไม่ สามารถทำงานได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้หรือไม่ มิติที่ 3 ด้านความเจ็บปวด (Bodily pain) มีจำนวน 2 ข้อ เช่น ท่านมีอาการเจ็บปวดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ และในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามีอาการปวดรบกวนการทำงานตามปกติของท่านหรือไม่ มิติที่ 4 ด้านสุขภาพทั่วไป (General health) มีจำนวน 6 ข้อ เช่น ท่านรู้สึกที่ท่านเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าผู้อื่นหรือไม่ มิติที่ 5 คือ ด้านการอยู่รอด (Vitality) มีจำนวน 4 ข้อ เช่น ท่านรู้สึกเหนื่อยล้าหรือไม่ มิติที่ 6 ด้านสังคม (Social-functioning) มีจำนวน 2 ข้อ เช่น สุขภาพ ทางด้านร่างกายและจิตใจมีผลต่อการทำกิจกรรมทางด้านสังคมของท่านหรือไม่ มิติที่ 7 ด้านอารมณ์ (Role limited by emotional problems) มีจำนวน 3 ข้อ เช่น ท่านทำงานหรือกิจกรรมได้น้อยลงเพราะปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจหรือไม่ และมิติที่ 8 คือ ด้านจิตใจ (Mental health) มีจำนวน 5 ข้อ เช่น ท่านรู้สึกท้อแท้เศร้าหรือมีพลังมาก หรือสงบ และเป็นสุขบ่อย ๆ มากน้อยเพียงใด เป็นต้น โดยแต่ละข้อจะมีตัวเลือกให้เป็นแบบมาตราวัด Likert-type scale คือ เรียงขนาดของคำตอบจากน้อยไปมากอยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 ได้คะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

3.1.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ Short form health survey version 2 (SF-12 v. 2) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นจากองค์กร Quality Metric Incorporated ในประเทศอเมริกา (Ware et al., 2009) ฉบับภาษาไทย และมีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลกเป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถตอบด้วยตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ รายงานคะแนนรวมออกเป็น 2 คะแนนรวม ได้แก่ คะแนนรวมทางด้านร่างกาย (Physical Component Scores [PCS]) (ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 8) และคะแนนรวมทางด้านจิตใจ (Mental Component Scores [MCS]) (ข้อ 6, 7, 9, 10, 11, 12) นอกจากนี้แบบวัดนี้ยังสามารถรายงานคะแนนตามมิติทางสุขภาพทั้ง 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning [PF] (ข้อ 2, 3) Role Physical [RP] (ข้อ 4, 5) Bodily Pain [BP] (ข้อ 8) General Health [GH] (ข้อ 1) Vitality [VT] (ข้อ 10) Social Function [SF] (ข้อ 12) Role Emotional [RE] (ข้อ 6, 7) และ Mental Health [MH] (ข้อ 9, 11) ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบตามความรู้สึกนึกคิดของตนเองมากที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อที่แตกต่างกัน คะแนนดิบอยู่ระหว่าง 12-56 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน คะแนน 50-100 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี คะแนนน้อยกว่า 50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี

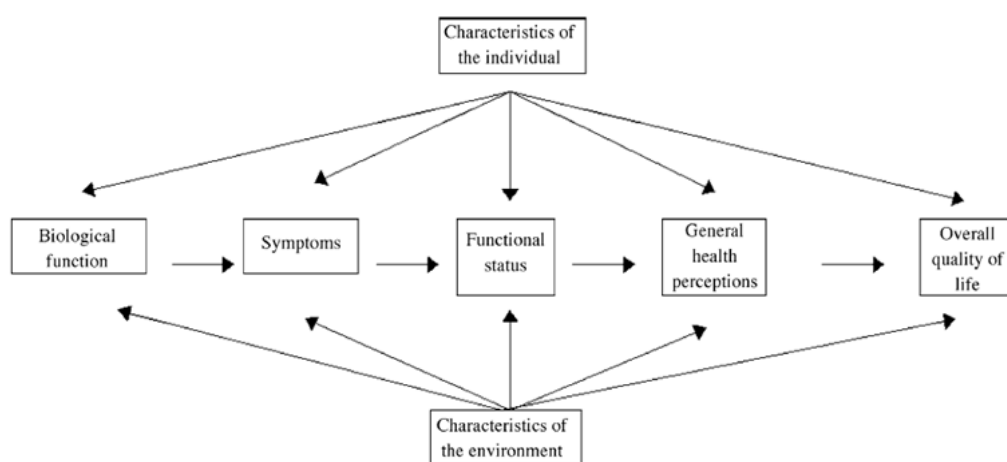
3.2 การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค (Disease-specific measure of quality of life) เป็นเครื่องมือที่วัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค เป็นเครื่องมือที่ต้องการประเมินคุณภาพชีวิตในสภาวะโรค อากาหรือกลุ่มอาการ การทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ของร่างกาย หรือกลุ่มบุคคลที่เฉพาะเจาะจง เหมาะที่จะวัดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของโรคนั้น ๆ ดังนั้น เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะจึงเป็นเครื่องมือที่มีความไวต่อการดำเนินของโรค และสามารถวัดความแตกต่างระหว่างการเป็นโรค หรือไม่เป็นโรค และระยะต่าง ๆ ของโรค จึงประเมินผลลัพธ์ของการรักษาได้ดีกว่า เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ข้อดี คือ ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค หรือปัญหาทางสุขภาพ แต่อาจไม่ครอบคลุมมิติของชีวิตด้านอื่น จึงไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบในโรคที่แตกต่างกัน แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตฉบับย่อ Kidney Disease Quality of Life-SF36 (KDQOL-SF36) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน Diabetes-39 (D-39) เป็นต้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้พิจารณาเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต 12 Short Form Health Survey version 2 (SF-12 v. 2) มาใช้เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่วัดคุณภาพชีวิตที่ประกอบไปด้วย คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของตัวแปรคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans et al. (2005)



## กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans

Ferrans et al. (2005) ได้ปรับปรุงกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของ Wilson and Clearly (1995) เพื่อให้เห็นปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตให้เกิดความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และมีความชัดเจนในประเด็นคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ รวมทั้งความสัมพันธ์ที่เป็นตัวแปรขององค์ประกอบเหล่านั้น เพื่อประโยชน์ต่อการวิจัยและเข้าใจง่าย เหมาะสมในการประยุกต์ใช้ ดังกรอบแนวคิด Ferrans's health-related quality of life conceptual model



ภาพที่ 2 Ferrans's health-related quality of life conceptual model (Ferrans et al., 2005)

จากแผนภาพ Ferrans's health-related quality of life conceptual model (Ferrans et al., 2005) อธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจหรือความสุขในการดำรงชีวิต โดยมีปัจจัยประกอบ ได้แก่ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ด้านชีววิทยาของร่างกาย (Biological function) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional status) และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) ซึ่งปัจจัยประกอบดังกล่าวนี้จะมีปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมเป็นตัวส่งผลต่อทุกปัจจัยประกอบเหล่านั้น ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล (Characteristic of the individual) เป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 4 ด้าน ได้แก่

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic factor) เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส เป็นต้น

1.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ที่มากระตุ้น ประกอบด้วย กระบวนการรู้คิด เช่น การคิด

เป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น การตอบสนองทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเศร้า  
อันเกิดจากตัวบุคคล และปัจจัยภายนอก

1.3 ปัจจัยด้านพัฒนาการ (Development factor) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น  
ตามระยะเวลา หรือระยะพัฒนาการ

1.4 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factor) เป็นปัจจัยพื้นฐานของชีวิต ได้แก่ สิว  
ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติทางพันธุกรรม เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) ประกอบด้วยปัจจัยย่อย

2.1 สิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล หรือ ได้รับความ  
การสนับสนุนระหว่างบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้สุขภาพและคุณภาพชีวิต

2.2 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สถานที่พักอาศัย สถานที่ทำงาน เป็นปัจจัยที่มีผล  
ต่อสุขภาพของบุคคล

3. ปัจจัยการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา (Biological function) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ  
กระบวนการทำหน้าที่ทางชีววิทยาครอบคลุมถึงการทำงานในระดับ โมเลกุล เซลล์ และอวัยวะต่าง ๆ  
มีการทำงานอย่างต่อเนื่อง เมื่อเกิดสิ่งคุกคามการทำหน้าที่ทางชีววิทยาจะเสียหายที่ ส่งผลทางตรง  
และทางอ้อมต่อสุขภาพ ประเมิน ได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ  
ซึ่งหากเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางชีววิทยาจะทำให้บุคคลมีอาการแสดงต่าง ๆ เกิดขึ้น  
ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

4. ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความผิดปกติของ  
ร่างกายและจิตใจต่ออาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความเจ็บปวด ความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งสามารถ  
วัดประเมินได้จากความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน

5. ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional status) หมายถึง ความสามารถในการกระทำหน้าที่  
ของบุคคล ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม การดำรงบทบาทหน้าที่  
และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ ซึ่งหากบุคคลสามารถกระทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้สมบูรณ์ จะส่งผลต่อ  
การรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต

6. การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) เป็นการรับรู้สภาวะสุขภาพ  
ของแต่ละบุคคลในภาพรวม โดยมีปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล (Characteristic of the individual)  
และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) ส่งผลโดยตรงต่อทุกปัจจัย รวมถึง  
คุณภาพชีวิต

7. คุณภาพชีวิต (Overall quality of life) เป็นการรับรู้ถึงความผาสุก ความพึงพอใจ  
ในชีวิตของบุคคลสามารถประเมินได้จากองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่  
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) มาเพียงบางส่วนในการศึกษาซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) ได้แก่ ความวิตกกังวล ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional status) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการศึกษา

## **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง**

### **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ**

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีผู้ที่มีความหมายไว้หลายท่านดังตัวอย่างต่อไปนี้

Pender, Murdaugh, and Parsons (2006) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อความผาสุกของชีวิต และยกระดับภาวะสุขภาพ

Barlow, Wright, Sheasby, Turner, and Hainsworth (2002) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับโรคทางกายและจิตใจให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ภายใต้สภาวะการณั้ นั้น ๆ

Burks (1999) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำหรือการจัดการกับอาการ และอาการแสดงเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดต่อความเจ็บป่วยของร่างกาย

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันผลกระทบต่อบุคคลที่อาจเกิดความเจ็บป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

### **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง**

ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต และรูปแบบการดำเนินชีวิต เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพื่อให้การตั้งครรภ์สามารถดำเนินต่อไปได้ และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ หากหญิงมีครรภ์สามารถปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง และมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ก็จะสามารถลดอันตรายจากการตั้งครรภ์และการคลอดได้ ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มี ความดันโลหิตสูงควรมีความแตกต่างกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ตามแนวคิดของ Knuppel and Drukker (1993) แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย

1. การดูแลตนเองเกี่ยวกับการพักผ่อนและการทำกิจกรรม

การพักผ่อน ระหว่างตั้งครรภ์การพักผ่อนเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก โดยเฉพาะการพักผ่อน ในเวลากลางคืนช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตไปสู่ไต และรกมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตลดลง

(Gilbert, 2007) ระยะเวลาพักผ่อนที่เหมาะสมสำหรับกลางคืน ประมาณ 8 ชั่วโมง และกลางวัน ประมาณ ½-1 ชั่วโมง (Gilbert & Harmon, 1993) ท่านอนที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ควรรอนตะแคง เพราะการนอนตะแคงทำให้มดลูกที่มีขนาดโตขึ้นไม่กดเส้นเลือดแดง มีผลทำให้เลือดไหลเวียนได้ดี

## 2. การดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยา

การดูแลตนเองด้านอาหาร หมายถึง กิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ และเหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

2.1 อาหารที่มีไขมันสูง แครอริสูง สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทนี้ เนื่องจากร่างกายจะมีการสะสมของไขมันจนกระทั่งทำให้หลอดเลือดเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความดันโลหิตสูง (Lopez-Jaramillo, Pradilla, Castillo, & Lahera, 2007) ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง

2.2 โซเดียม ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องจำกัดโซเดียม เนื่องจากโซเดียมช่วยรักษาสสมดุลของปริมาณเลือด และป้องกันภาวะเลือดข้น ปริมาณโซเดียมที่เหมาะสมอยู่ที่ 2-6 กรัมต่อวัน (Gilbert, 2007)

2.3 นม หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควรดื่มนม ดังการศึกษาของ Duvetkot, de Groot, Bloemenkamp, and Oie (2002) ศึกษามารดาที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า มารดาที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จะบริโภคไขมันในช่วงตั้งครรภ์น้อยกว่ามารดาที่มีภาวะความดันโลหิตปกติดังมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการดื่มนมที่มีไขมันต่ำจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงได้ดีกว่ากลุ่มที่ดื่มนมปกติ (Engberink et al., 2009) ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควรแนะนำให้ดื่มนมที่พร่องมันเนย

2.4 อาหารกากใย อาหารประเภทกากใยจะเป็นอาหารกลุ่มที่ให้พลังงานน้อย จึงทำให้ลดภาวะของน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ได้มีการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารที่มีกากใยมากในหญิงตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่รับประทานอาหารกากใยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Qiu, Coughlin, Frederick, Sorensen, & Williams, 2008) อีกทั้งอาหารประเภทกากใยจะเป็นอาหารกลุ่มที่ให้พลังงานน้อยจึงทำให้ลดภาวะของน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ได้ ดังนั้นควรให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ในการรับประทานอาหารประเภทกากใย

นอกจากการรับประทานอาหารที่ครบและถูกต้องตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์แล้ว ในด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง หรือความเชื่อที่ผิด ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่สุก การรับประทานของหมักดอง ชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น หญิงตั้งครรภ์ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ เนื่องจากมีผลต่อภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นยังส่งผลต่อ

ทารกในครรภ์ ทำให้ทารกได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลให้เกิดความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีผลโดยตรงต่อภาวะความดันโลหิตสูง และมีผลต่อทารกทำให้สมองทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้ากว่าปกติ น้ำหนักแรกเกิดน้อย ส่วนขาและกาแฟมีสารกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ทำให้ความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และยังทำให้หญิงตั้งครรภ์มีอาการใจสั่น นอนไม่หลับ จึงเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และความพิการแต่กำเนิดในทารก ดังการศึกษาของ วรวิวรรธน์ ต้นสุวรรณ และคณะ (2559) พบว่า ซา กาแฟ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

2.5 การรับประทานยา ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง บางครั้งแพทย์อาจมีการสั่งยาลดความดันโลหิตให้ ควรรับประทานอย่างต่อเนื่อง และรับประทานตามเวลาที่กำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดีอาจจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### 3. การดูแลตนเองเกี่ยวกับการตรวจตามนัด

การฝากครรภ์และการตรวจตามนัด การฝากครรภ์และตรวจตามนัดเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพราะการฝากครรภ์และการตรวจตามนัดจะช่วยให้การเฝ้าระวังความก้าวหน้าของความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ หากพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงขึ้น จะได้ให้การช่วยเหลือทันที่ นอกจากความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ที่เป็นอยู่ ยังต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นด้วย เช่น เบาหวาน โลหิตจาง เป็นต้น

### 4. การดูแลตนเองเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ

อาการผิดปกติ เป็นอาการเตือนก่อนที่การดำเนินของโรคจะมีความรุนแรง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสามารถสังเกตอาการผิดปกติเพราะจะช่วยให้ได้รับการรักษาที่ทันที่ ป้องกันความรุนแรงไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาการสำคัญเหล่านั้น ได้แก่

4.1 อาการบวม เป็นการบวมที่ใบหน้า เปลือกตา มือและเท้า

4.2 น้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์

4.3 อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นลิ้นปี่

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควรจะต้องมีความรู้ในการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้านดังกล่าว เพื่อให้การตั้งครรภ์สามารถดำเนินไป ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดา และทารกในครรภ์ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ณัฐพร อยู่ปาน และคณะ (2558) ได้ศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าความดันโลหิตสูง แสดงว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีสามารถควบคุมความรุนแรงของความดันโลหิตสูงได้

## ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

จากกรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) อธิบายถึงมิติด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่ของร่างกายว่า ภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองมีผลต่อคุณภาพชีวิต อธิบายได้ว่าการที่บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพของตน และสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในทางกลับกันถ้าบุคคลไม่สามารถจัดการกับสุขภาพตนเองได้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเกิดขึ้นได้ เมื่อทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ ณัฐพร อยู่ปาน และคณะ (2558) ที่ศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าความดันโลหิตสูง แสดงว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีสามารถควบคุมความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงได้ และอาจทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังที่ มณีรัตน์ พรหมณี (2554) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zandinava, Shafaei, Charandabi, Homayi, and Mirghafourvand (2017) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์กับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จึงเชื่อว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพัตรา วัฒนเสน, อัยลดา จันทะพา, กนิษฐา ตานิโก, ศิริวิมล ปัญญาผล และพัชรา อินชะ (2560) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญในผู้ต้องขัง

### ความวิตกกังวล (Anxiety)

#### ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลที่เผชิญกับสิ่งคุกคามหรือคาดว่าจะเป็นการอันตราย (Stuart & Laraia, 2005)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่สบายใจ ความหวาดหวั่น ความตื่นเครียดที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่ไม่ทราบสาเหตุ (Shives, 2012; Varcariolis, 2013) ไม่ทราบสถานการณ์ที่เป็นต้นเหตุของความรู้สึก ความรู้สึกที่จู่หรือจะหลีกเลี่ยงเป็นการตัดสินใจที่ยากลำบากของบุคคลในการก้าวข้ามผ่านความรู้สึกที่ขัดแย้ง เคร่งเครียด และอึดอัดใจ (Shives, 2012)

Speilberger et al. (1970) ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคล มีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์หวาดหวั่น

คุกคาม หรือทำให้เกิดอันตราย

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกอึดอัด หวาดหวั่น ไม่สบายใจ หรือตึงเครียด กับเหตุการณ์ซึ่งประเมินว่าเหตุการณ์นั้น ๆ คุกคามความปลอดภัยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เกิดจากการหลั่งฮอร์โมนที่ไม่สมดุลนั้นคือ คอร์ติซอล (Cortisol) เป็นฮอร์โมนที่หลั่งจากต่อมหมวกไต ส่งผลให้นอนไม่หลับ หัวตลอคเวลาหงุดหงิด อารมณ์ไม่คงที่ (Rice, 1992)

### ประเภทของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Speilberger et al., 1970) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นชั่วคราว ในเวลาที่มีสถานการณ์เฉพาะหน้ามากระทบทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ แต่พฤติกรรมในการตอบโต้ ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของบุคคล บางคนจะมีพฤติกรรมตอบโต้ในขณะที่เผชิญอยู่กับเหตุการณ์นั้น ๆ แตกต่างกันไป

2. ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลจะไม่มีการแสดงพฤติกรรมโดยตรงแต่จะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีความรุนแรงมากขึ้น

### อาการสำคัญของผู้ที่มีความวิตกกังวล

ลักษณะของผู้ที่มีความวิตกกังวล ได้แก่ อาการตึงเครียดของระบบประสาทอัตโนมัติ และกล้ามเนื้อ เช่น ปวดศีรษะ ตึงต้นคอ หายใจไม่ออก อึดอัด จุกแน่นลำคอ เจ็บหน้าอก ใจสั่น ตกใจง่าย มือเท้าเย็น เหงื่อออกจวบตามลำตัว เสียวแปลบ ๆ จากศีรษะถึงเท้า หงุดหงิด อ่อนเพลียง่าย นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ (จุมพล สมประสงค์, 2555) แบ่งอาการและอาการแสดงของความวิตกกังวล ตามกลุ่มอาการแสดง (Shives, 2012) ดังนี้

1. อาการแสดงที่พบด้านร่างกาย ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของชีพจร ความดันโลหิต อัตราการหายใจ มีอาการหายใจลำบาก หรือหายใจเร็วขึ้น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย จุกแน่นหน้าอก เหงื่อออกที่ฝ่ามือ ม่านตาขยาย ปวดปัสสาวะบ่อย

2. อาการแสดงด้านอารมณ์ ผู้ที่มีอาการวิตกกังวลอาจแสดงออกอาการทางอารมณ์ที่มีความแตกต่างกันไปตามลักษณะอารมณ์ที่พบ ได้แก่ มีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด ซึมเศร้า ร้องไห้ โกรธ รู้สึกไม่มีสมาธิ

3. อาการแสดงด้านพฤติกรรม ได้แก่ เดินไปเดินมา ลูกลี้ลูกลน นั่งไม่ติดที่ เอามือม้วนเส้นผม ระมัดระวังตัวมากเป็นพิเศษ

4. อาการแสดงด้านความคิด ความจำ ได้แก่ สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีสมาธิ ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นรอบตัว ทำให้วิตกกังวล หลงลืม สนใจสิ่งที่ผ่านมามากกว่าเรื่องที่กำลังจะเกิดขึ้น มีอาการครุ่นคิด

การวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง แต่ระดับความรุนแรงย่อมมีความแตกต่างกันไป ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางส่งผลให้บุคคลมีการตื่นตัว มีความรู้สึกกระตือรือร้น ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดการพัฒนาตนเองเพื่อแก้ไขปัญหา แต่ความวิตกกังวลระดับรุนแรงจะส่งผลไม่ดีต่อตนเองและส่วนรวม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แฉจันทรสุข และศุภรใจ เจริญสุข, 2556) ซึ่งการจำแนกระดับความวิตกกังวลสามารถจำแนกตั้งแต่ระดับปกติจนถึงระดับวิตกกังวลแบบหวาดกลัวรุนแรง (Panic) แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่

#### 1. วิตกกังวลระดับปกติ (Normal)

เป็นความรู้สึกของบุคคลที่แสดงออกมาให้บุคคลรับรู้ว่ามีความไม่สบายใจ มีความรู้สึกหวาดหวั่น ซึ่งเป็นระดับที่บุคคลจะรู้สึกต้องเตรียมพร้อมในการป้องกันตนเองจากสิ่งที่คุกคาม (Shives, 2012)

#### 2. วิตกกังวลระดับน้อย (Mild anxiety)

ความวิตกกังวลในระดับน้อยสามารถเกิดได้ในชีวิตประจำวันของบุคคล บุคคลจะแสดงออกถึงความตื่นตัวจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายใน หรือจากสิ่งแวดล้อม ในระยะนี้บุคคลจะมีความสามารถในการรับรู้ความจริง จะเห็น จะได้ยิน และรับรู้ข้อมูลได้มาก ความวิตกกังวลในระดับนี้บุคคลจะเรียนรู้ที่จะหาวิธีในการแก้ไขปัญหา และอาจมีการแก้ไขปัญหาได้ดี (Varcarolis, 2013) ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีลักษณะจำเพาะที่สามารถผ่อนคลายได้มากหรือน้อยต่างกันไป บางคนไม่สามารถลดระดับความวิตกกังวลได้เลย จนกว่าภารกิจจะเสร็จสิ้น (Shives, 2012)

#### 3. วิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety)

บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางจะมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสต่าง ๆ ทั้งการมองเห็น การฟังมีประสิทธิภาพลดลง ความสนใจ และสมาธิลดลง การรับรู้แคบลง (Shives, 2012; Varcarolis, 2013) บุคคลจะมีอาการพูดเสียงสั้น ๆ พูดเร็วขึ้น เริ่มมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ยังมีความสามารถแก้ไขปัญหาได้แต่ต้องใช้สมาธิมากขึ้น (Shives, 2012)

#### 4. วิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety)

บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับสูงจะรับรู้เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้น้อยลง ความสนใจจดจ่ออยู่กับแค่บางสิ่งบางอย่าง ไม่สามารถอธิบายสิ่งที่ต้องการพูดได้ พูดจาไม่รู้เรื่อง กระบวนการคิดไม่ดี สับสน อาจเกิดช่วงก่อนที่บุคคลจะมองหาความช่วยเหลือ (Shives, 2012)

#### 5. วิตกกังวลระดับหวาดกลัวรุนแรง (Panic state)

บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับหวาดกลัวรุนแรงความสามารถในการรับรู้จะหยุดชะงัก พูดไม่รู้เรื่อง ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ความรู้สึกตัว อารมณ์ผิดปกติ การรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง (Shives, 2012)



### ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

การตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ บทบาท รวมถึงไปถึงภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลกับการตั้งครรภ์ที่เผชิญอยู่ เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงเข้ามากระทบเพิ่ม ความวิตกกังวลย่อมทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งความวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเอง และความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ (Pillitteri, 2013) ซึ่งสามารถสรุปความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ โดยปกติการตั้งครรภ์ผู้ที่เป็นมารดาคาดหวังที่จะได้บุตรที่แข็งแรง ปลอดภัย ไม่มีความพิการ รวมไปถึงความคาดหวังในเพศของบุตร ช่วงเวลาที่ตั้งครรภ์มารดาจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร ดังการศึกษาของ Ohman, Grunewald, and Waldenstrom (2003) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ชาวสวีเดน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 32 มีความกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 17 กังวลเกี่ยวกับการสูญเสียทารกในครรภ์

2. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูงย่อมก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นทันที เป็นความวิตกกังวลในการเผชิญกับโรคที่เป็นดังที่ สุจิตตรา เขียวชัยวัฒนากุล (2536) ได้ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมีความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Couto et al. (2009) ที่ศึกษาความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ครรภ์ก่อนมีภาวะแทรกซ้อนกับหญิงตั้งครรภ์ที่การตั้งครรภ์ครั้งก่อนปกติ พบว่า คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ครรภ์ก่อนมีภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ และคะแนนความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต

3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับบทบาทสำหรับหญิงตั้งครรภ์เป็นการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดาซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการดูแลทารกต้องมีความรับผิดชอบสูง หญิงตั้งครรภ์จะมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูงเกี่ยวกับทารกและการเลี้ยงทารก การศึกษาของ จินตนา วัชรสินธุ์ (2535) ศึกษาบทบาทการปรับตัวของหญิงครรภ์แรก พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของหญิงครรภ์แรก

4. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างที่เปลี่ยนไป สำหรับหญิงตั้งครรภ์การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างถือเป็นภาวะปกติของการตั้งครรภ์ ขนาดของร่างกายจะใหญ่ขึ้น อ้วนอ้าย ไม่กระชับกระเฉง หญิงตั้งครรภ์บางกลุ่มจะยอมรับกับรูปร่างที่เปลี่ยนไปได้ยาก ดังการศึกษาของ ชวนพิศ มีสวัสดิ์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาพลักษณ์ ความวิตกกังวลกับการดูแลตนเอง พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 13.6 ความรู้สึกด้านลบกับรูปร่างที่เปลี่ยนไป และมีความวิตกกังวลกับสถานการณ์ที่เผชิญปานกลาง

5. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด หญิงตั้งครรภ์มักจะมีอาการกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด โดยเฉพาะคำบอกเล่าเรื่องประสบการณ์การคลอดจากบุคคลอื่น การศึกษาของจิตต์นัฐา สุทธิจันง และคณะ (2559) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความกลัวและกังวลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถใช้ชีวิตช่วงตั้งครรภ์ได้เหมือนหญิงตั้งครรภ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ohman et al. (2003) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ชาวสวีเดน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 28 มีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับการคลอด

#### การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคลไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่จะประเมินในรูปแบบพฤติกรรมโดย

1. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกทางกาย ได้แก่ การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การหลั่งของน้ำลาย การวัดประเมินจะมีเครื่องมือเฉพาะ
2. การวัดโดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นการประเมินความวิตกกังวลตามความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบวัดความวิตกกังวลที่นิยมใช้เป็นแบบวัดความวิตกกังวลของ (Spielberger et al., 1970)

3. แบบสังเกตพฤติกรรมของบุคคล เป็นการสังเกตความเปลี่ยนแปลงของบุคคล การเคลื่อนไหว คำพูด การรับรู้ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลจะเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากภายใน เช่น กระสับกระส่าย ถอนหายใจ ลุกสี่ลุกกลน เป็นต้น

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นแบบสอบถามที่ นิตยา คชภักดี และคณะ (2526) แปลมาจากแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety inventory) ของ Spielberger et al. (1970) แบบสอบถามนี้มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ คำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ

#### ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

จากกรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) อธิบายถึงมิติทางจิตใจ และจิตวิญญาณว่า ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต หมายถึง ความหวัง ความเชื่อ ความสุขทางด้านจิตใจ ความศรัทธา ความไม่แน่ใจ ความวิตกกังวล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลรบกวนสภาพจิตใจของบุคคลทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิต เมื่อทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาของ สุชาดา รัชชกุล และชมพูณัฐ โสภากาจารย์ (2554) ที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

มีความวิตกกังวล 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ วิตกกังวลด้านสุขภาพของตนเอง สุขภาพทารก และค่าใช้จ่าย ส่วนการศึกษาของ สุจิตตรา เชี่ยวชัยวัฒนากุล (2536) ได้ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง มีความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ และการศึกษาของ Couto et al. (2009) ที่ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ครั้งก่อนไม่ดีมีความวิตกกังวลมากกว่า และมีคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ครั้งก่อนดี นอกจากนี้ยังพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ครั้งก่อน ไม่ค่อยมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) จึงเชื่อได้ว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ จินฉนพัต ธีรภักดิ์กุล และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย (2552) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาวะวิตกกังวล OR = 22.97) และการศึกษาของ Bai et al. (2014) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 7.95)

#### **การสนับสนุนทางสังคม (Social support)**

##### **ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม**

การสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับการช่วยเหลือทางด้าน ข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็น บุคคลหรือกลุ่มคน เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ การสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การสนับสนุนทางสังคม (Caplan, 1974) หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับ ไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

การสนับสนุนทางสังคม (Cobb, 1976) หมายถึง การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า มีความผูกพัน รู้สึกได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Thoits, 1982) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของ หรือข้อมูลที่ทำให้บุคคลสามารถเผชิญความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม ได้รับการยอมรับจากสังคม การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีส่วนร่วมในสังคม ได้รับข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือด้านวัตถุประสงค์ของ การเงิน เวลา หรือช่วย แก้ปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

### แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญกับชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม และเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ แหล่งสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย

1. House (1981) จำแนกแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม ตามความสัมพันธ์

1.1 กลุ่มสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการ เป็นกลุ่มบุคคลที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยมีความสัมพันธ์ตามธรรมชาติไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ ได้แก่ คู่สมรส ญาติ เพื่อน

1.2 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ เป็นกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นตามบทบาทหน้าที่ มีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง เช่น แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ

2. Gottlieb (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

2.1 ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคมวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มต้านภัยเอชไอวี เป็นต้น

2.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นกลุ่มทางสังคมที่มองโครงสร้างและหน้าที่ของสังคมเป็นหลัก เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

2.3 ระดับแคบหรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นกลุ่มความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด โดยเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ การสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

จากการศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดมีความจำเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการสนับสนุนจากคู่สมรส การศึกษาของ ญาดา พันธุ์แดง, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, จรวยพร สุภาพ และวิรัช กิตติพิชัย (2559) พบว่า คู่สมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่น และการศึกษาของ ศิริภรณ์ เหมะธูลิน และคณะ (2559) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (พรนภา เจริญสันต์ และคณะ, 2555; ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ, 2560)

และกลุ่มมารดาหลังคลอด (ศิริภรณ์ เหมะรุฉิน และคณะ, 2559; Akyn, Ege, Kocoalu, Demiroren, & Yilmaz 2009; Webster, Morkeski, Wojculewski, Niederlehner, & Benfield, 2011) ได้

### **การประเมินการสนับสนุนทางสังคม**

การสนับสนุนทางสังคมมีผู้คิดแบบประเมินแตกต่างกันในด้านมิติที่เป็นองค์ประกอบย่อย การเลือกแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจะต้องพิจารณาตามความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง เช่น Norbeck Social Support Questionnaire [NSSQ] สร้างตามแนวคิดของ Khan (1979) หรือ Social Support Questionnaire [SSQ] ของ Schaefer (1981) หรือแบบประเมินทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS]) ของ Zimet et al. (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย Boonyamalik (2005) เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน จากครอบครัว เพื่อน และบุคคลในสังคม

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS]) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับวัดการสนับสนุน จากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพพัฒนาโดย ของ Zimet et al. (1988) ซึ่ง Boonyamalik (2005) นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านกระบวนการแปล และแปลย้อนกลับทำให้เนื้อหาของ แบบสอบถามมีค่าใกล้เคียงกับต้นฉบับ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อ ประเมินการสนับสนุน ทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจาก (1) ครอบครัว (ข้อ 3, 4, 8, 11) (2) เพื่อน (ข้อ 6, 7, 9, 12) และ (3) บุคลากรทางการแพทย์ (ข้อ 1, 2, 5, 10) เป็นถามมาตรา ส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-84 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย แบบสอบถามนี้ เจ้าของเครื่องมือได้หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.87

### **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มี**

#### **ภาวะความดันโลหิตสูง**

จากกรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) อธิบายถึงมิติทางสังคมซึ่งส่งผลต่อคุณภาพ ชีวิต หมายถึง การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว เพื่อน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีผลต่อคุณภาพชีวิตของ บุคคลเหล่านั้น อธิบายได้ว่า เพื่อน ครอบครัว และทีมสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการ ทางอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์เกิดจากการได้รับความรัก ความผูกพัน ความไว้วางใจ และกำลังใจ ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงต้องมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และบทบาทหน้าที่ ไม่สามารถกระทำกิจกรรมได้เต็มความสามารถ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มนี้ย่อมต้องการการเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ เมื่อทบทวน วรรณกรรมพบว่า การศึกษาของ Emmanuel et al. (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุน ทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศออสเตรเลีย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ญาดา พันธุ์แดง และคณะ (2559) ศึกษาคุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่นพบว่า การได้รับการยอมรับจากเพื่อนและชุมชนทำให้มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการศึกษาของ จริญญา ดิจะ โปะะ, จรัสศรี ธีระกุลชัย และศรีสมร ภูมณสกุล (2560) ศึกษาคุณภาพชีวิตและสัมพันธภาพด้านคู่สมรส พบว่า สัมพันธภาพของคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก และการศึกษาของ พรนภา เจริญสันต์ และคณะ (2555) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ (2560) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวก โดยอ้อมกับคุณภาพชีวิตจึงเชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว และบุคลากร ทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า แนวคิดของคุณภาพชีวิตของ Ferrans et al. (2005) เป็นแนวคิดที่สามารถอธิบายปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลได้ ดังเห็นได้จากกรณีที่มีผู้นำกรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) มาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ เช่น มารดาหลังคลอด (ศิริภรณ์ เหมะธูลิน, 2559) ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (เกสรวิ ละเอียดสกุล, 2555) และสตรีที่มีบุตรยาก (จริญญา ดิจะ โปะะ และคณะ, 2560) ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นกรอบในการวิจัยโดยปัจจัยด้านความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status) คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ปัจจัยด้านอาการ (Symptom) คือ ความวิตกกังวล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) คือ การสนับสนุนทางสังคม

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ซึ่งมีสถิติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมาคลอดโรงพยาบาลละประมาณ 400 คนต่อปี

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกตามความสะดวก (Convenience sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 เดือน นับถึงวันที่เก็บข้อมูล
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์แฝด เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรคหัวใจ ทารกตายในครรภ์ เป็นต้น
3. เป็นหญิงไทยที่สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย

##### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G\*Power version 3.1.9.2 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ .80 และค่า Effect size 0.30 (ขนาดกลาง) (Cohen, 1988; Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (นรุตม์ บุตรพลอย, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 92 คน

## การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยไปที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ศึกษาเวชระเบียน และแฟ้มประวัติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ที่คาดว่าจะเป็กลุ่มตัวอย่างทุกคน เพื่อแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีข้อความเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว อายุครรภ์ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง และระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2 (12 Short Form Health Survey version 2 [SF-12 v.2]) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นจากองค์กร Quality Metric Incorporated ประเทศอเมริกา (Ware et al., 2009) ฉบับภาษาไทย และมีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก ซึ่งเป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถตอบด้วยตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ รายงานคะแนนรวมออกเป็น 2 คะแนนรวม ได้แก่ คะแนนรวมทางด้านร่างกาย (Physical Component Scores [PCS]) (ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 8) และคะแนนรวมทางด้านจิตใจ (Mental Component Scores [MCS]) (ข้อ 6, 7, 9, 10, 11, 12) นอกจากนี้แบบวัดนี้ยังสามารถรายงานคะแนนตามมิติทางสุขภาพทั้ง 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning [PF] (ข้อ 2, 3) Role Physical [RP] (ข้อ 4, 5) Bodily Pain [BP] (ข้อ 8) General Health [GH] (ข้อ 1) Vitality [VT] (ข้อ 10) Social Function [SF] (ข้อ 12) Role Emotional [RE] (ข้อ 6, 7) และ Mental Health [MH] (ข้อ 9, 11) ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบตามความรู้สึกลึกซึ้งของตนเองมากที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อที่แตกต่างกัน ดังนี้

### เกณฑ์การให้คะแนน ข้อ 1

ดีเยี่ยม	ให้	5	คะแนน
ดีมาก	ให้	4	คะแนน
ดี	ให้	3	คะแนน
ปานกลาง	ให้	2	คะแนน
ไม่ดี	ให้	1	คะแนน



เกณฑ์การให้คะแนน ข้อ 2-3

ใช่ เป็นปัญหา/ อุปสรรคอย่างมาก	ให้	1	คะแนน
ใช่ เป็นปัญหา/ อุปสรรคเล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
ไม่เป็นปัญหาและอุปสรรค	ให้	3	คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อ 4-7 และ ข้อ 9-12

ตลอดเวลา	ให้	1	คะแนน
เกือบตลอดเวลา	ให้	2	คะแนน
บางครั้ง	ให้	3	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้	4	คะแนน
ไม่เลย	ให้	5	คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อ 8

ไม่เลย	ให้	1	คะแนน
เล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	4	คะแนน
มากที่สุด	ให้	5	คะแนน

คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 12-56 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน

โดยใช้สูตร

$$\left[ \frac{\text{ค่าคะแนนที่เป็นจริง} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{ผลต่างของช่วงคะแนนที่เป็นไปได้}} \right] \times 100$$

ตัวอย่าง เช่น คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ 40 คะแนน

$$\text{แทนค่า} \left[ \frac{40-12}{56-12} \right] \times 100$$

ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตได้เท่ากับ 63.63

การแปลผล คะแนน 50-100 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี คะแนนน้อยกว่า 50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี นอกจากนี้ยังแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ คะแนนรวมด้านร่างกาย (PCS) ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 8 คะแนนอยู่ระหว่าง 6-26 คะแนน และคะแนนรวมด้านจิตใจ (MCS) ได้แก่ ข้อ 6, 7, 9, 10, 11, 12 คะแนนอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน คะแนน 50-100 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี คะแนนน้อยกว่า 50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี (Maruish, 2012)

แบบสอบถามนี้ ปภพสวีร์ เจริญพัฒนาภัก (2556) ได้นำมาใช้และหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นมิติทางด้านร่างกาย เท่ากับ 0.81 และมิติทางด้านจิตใจ เท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ เสาวลักษณ์ คำของ (2551) สร้างขึ้นเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ การพักผ่อนและการทำกิจกรรม (ข้อ 1-12) การรับประทานอาหารและยา (ข้อ 13-22) การมาตรวจตามนัด (ข้อ 23-25) และการสังเกตอาการผิดปกติ (ข้อ 26-30) แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 30 ข้อ คำถามเชิงบวก 29 ข้อ คำถามเชิงลบ 1 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก			คำถามเชิงลบ		
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	4	คะแนน	ให้	1	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	3	คะแนน	ให้	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	2	คะแนน	ให้	3	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้	1	คะแนน	ให้	4	คะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30-120 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเหมาะสม คะแนนต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม

แบบสอบถามนี้เจ้าของเครื่องมือได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นแบบสอบถามที่ นิตยา คชภักดี และคณะ (2526) แปลมาจากแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety inventory) ของ Spielberger et al., 1970) แบบสอบถามนี้มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ คำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก			คำถามเชิงลบ		
มีมาก	ให้	4	คะแนน	ให้	1	คะแนน
มีปานกลาง	ให้	3	คะแนน	ให้	2	คะแนน
มีบ้างเล็กน้อย	ให้	2	คะแนน	ให้	3	คะแนน
แทบไม่มีเลย	ให้	1	คะแนน	ให้	4	คะแนน

คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลขณะเผชิญมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลขณะเผชิญน้อย

แบบสอบถามนี้ จูติมา วัฒนเสรีเวช และวารกรณ์ ชัยวัฒน์ (2560) หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น .93

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เป็นแบบสอบถามที่ Boonyamalik (2005) แปลมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS] ของ Zimet et al. (1988) ซึ่งประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว (ข้อ 3, 4, 8, 11) เพื่อน (ข้อ 6, 7, 9, 12) และบุคลากรทางการแพทย์ (ข้อ 1, 2, 5, 10) แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 7 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ให้	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
เฉย ๆ	ให้	4	คะแนน
ค่อนข้างเห็นด้วย	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	6	คะแนน
เห็นด้วยอย่างมาก	ให้	7	คะแนน

คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 12-84 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

แบบสอบถามนี้ ปภาพสวีร์ เจริญพัฒนากัก (2556) ได้นำมาใช้ และหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

#### การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยนำแบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2 แบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แบบสอบถามวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมพหุมิติไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ผลดังนี้

1. แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .84
2. แบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .71

3. แบบสอบถามวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .91

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยรวม เท่ากับ .86

โดยสรุปแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2

3. แบบสอบถามวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เคยใช้มาแล้วอย่างแพร่หลาย ควรมีค่าความเที่ยง .80 ขึ้นไป ส่วนเครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดย เสาวลักษณ์ คำทอง (2551) ยังไม่มีการใช้แพร่หลาย ควรมีค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป (รัตน์ศิริ ทาโต, 2560) เครื่องมือทุกฉบับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติและเป็นที่ยอมรับได้

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3 สถาบัน ได้แก่ 1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรมวิจัย 02-01-2561 ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2561 2) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ฉบับที่ 011/ 2561 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2561 และ 3) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ IRB 129/ 61 ลงวันที่ 11 เมษายน 2561 รวมถึงการได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางด้านการศึกษานั้น รวมทั้งจะมีการทำลายแบบสอบถามหลังจากที่ผู้วิจัยได้นำเสนอผลงานวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบการชี้แจง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

หลังจากได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลวิจัยจาก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่แผนกฝากครรภ์
  - 1.1 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2561 ถึง วันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2561 ทุกวันอังคาร ถึง วันพุธ เวลา 08.00-12.00 น.
  - 1.2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2561 ถึง วันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ทุกวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.00-20.00 น.
2. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยเรียงลำดับแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ส่วนผู้วิจัยอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างซักถามถ้ามีข้อสงสัย
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม ถ้าพบว่า ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างว่ามีการตอบข้อคำถามไม่ครบ กลุ่มตัวอย่างเต็มใจที่จะตอบแบบสอบถามให้ครบหรือไม่ ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่เต็มใจหรือไม่สะดวกที่จะตอบแบบสอบถามให้ครบ ผู้วิจัยขอรับการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามได้ครบสมบูรณ์ทุกคน ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. วิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมด้วยการหาช่วงคะแนน (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 จากกลุ่มตัวอย่าง 92 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 58 คน (ร้อยละ 63.04) และกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 34 คน (ร้อยละ 36.96) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว อายุครรภ์ จำนวนครั้ง การตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง และระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ( $n = 92$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-25 ปี	19	20.7
26-30 ปี	22	23.9
31-34 ปี	21	22.8
35 ปีขึ้นไป	30	32.6
อายุน้อยที่สุด-อายุมากที่สุด = 20-46 ปี		
$\bar{X} = 31.13$ ปี ( $SD = 5.98$ )		
สถานภาพสมรส		
คู่	89	96.7
แยกกันอยู่/ หม้าย/ หย่า	3	3.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	1.1
ประถมศึกษา	2	2.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	25	27.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./ ปวส.	38	41.3
ปริญญาตรีขึ้นไป	26	28.3
อาชีพ		
แม่บ้าน	18	19.6
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	25	27.2
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	14	15.2
พนักงานโรงงาน/ บริษัทเอกชน	35	38
รายได้ครอบครัว (บาทต่อเดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	10	10.9
10,001-20,000 บาท	23	25
20,001-30,000 บาท	24	26.1
30,001-40,000 บาท	13	14.1
มากกว่า 40,000 บาท	22	23.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้น้อยสุด-รายได้มากที่สุด = 6,000-200,000 บาท $\bar{X} = 37,618.98$ บาท ( $SD = 33967.21$ )		
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	61	66.3
ครอบครัวขยาย	31	33.7
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	30	32.6
ครรภ์หลัง	62	67.4
อายุครรภ์ที่วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงครั้งแรก		
ไตรมาสที่ 2	41	44.6
ไตรมาสที่ 3	51	55.4
อายุครรภ์น้อยสุด-มากที่สุด = 21-35 สัปดาห์ $\bar{X} = 28.53$ สัปดาห์ ( $SD = 4.26$ )		
ระยะเวลาที่ทราบว่ามีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์		
4 สัปดาห์	30	32.6
5 สัปดาห์	28	30.4
6 สัปดาห์	12	13.1
7 สัปดาห์	2	2.2
8 สัปดาห์ขึ้นไป	20	21.7
ระยะเวลาที่น้อยสุด-มากที่สุด = 4-18 สัปดาห์ $\bar{X} = 6.03$ สัปดาห์ ( $SD = 2.74$ )		

## ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยได้หาจำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ดังแสดงในตารางที่ 2 และหาช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล และการสนับสนุน



ทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ( $n = 92$ )

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	SD
			ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้จริง		
โดยรวม	92	100.00	0-100	27.27-88.64	64.10	15.42
ระดับดี	75	81.50	50-100	50-88.64	69.66	10.77
ระดับไม่ดี	17	18.50	< 50	27.27-47.73	39.57	5.62

จากตารางที่ 2 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ 81.5 และระดับไม่ดี ร้อยละ 18.5 และมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 64.10 คะแนน ( $SD = 15.42$ )

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ( $n = 92$ )

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	SD
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	30-120	86-116	107.66	4.99
ความวิตกกังวล	20-80	21-66	32.32	6.92
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	12-84	41-84	73.87	8.59

จากตารางที่ 3 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพเฉลี่ย 107.66 ( $SD = 4.99$ ) มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 32.32 ( $SD = 6.92$ ) และมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 73.87 ( $SD = 8.59$ )

### ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล

#### การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ก่อนที่ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ และสมมุติฐานการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) (รัตนศิริ ทาโต, 2560) พบว่า

1. ข้อมูลคุณภาพชีวิต พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ใน Interval scale
2. มีตัวแปรอย่างน้อยหนึ่งตัวมีการกระจายแบบปกติ การศึกษาพบว่าข้อมูล คุณภาพชีวิต มีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) ทดสอบโดยค่า Skewness/ Skewness Std. Error และค่า Kurtosis/ Kurtosis Std. Error อยู่ในช่วง  $\pm 1.96$  ผู้วิจัยคำนวณได้ -1.66 และ -1.39 แสดงว่ามีการกระจายแบบปกติ
3. ข้อมูลของตัวแปรเป็นอิสระต่อกัน ทดสอบด้วยค่า Durbin-Watson ต้องอยู่ในช่วง 1.5-2.5 จากการทดสอบตัวแปร พฤติกรรมสุขภาพ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.72, 2.14 และ 1.70 ตามลำดับ แสดงว่า ข้อมูลของตัวแปรเป็นอิสระต่อกัน
4. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากหลักความน่าจะเป็นจากกลุ่มประชากร ทดสอบโดย Test run ค่า Asymp. Sig. ต้องมากกว่า .05 จากการทดสอบตัวแปรคุณภาพชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ได้ .22, .07, .96 และ .20 ตามลำดับ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างได้มาจากหลักความน่าจะเป็นของกลุ่มประชากร

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ( $n = 92$ )

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	ความวิตก กังวล	การสนับสนุน ทางสังคม	คุณภาพชีวิต
พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	1			
ความวิตกกังวล	-.172	1		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	ความวิตก กังวล	การสนับสนุน ทางสังคม	คุณภาพชีวิต
การสนับสนุนทางสังคม	.189	.87	1	
คุณภาพชีวิต	.140	-.545**	-.043	1

\*\*  $p < .01$

จากตารางที่ 4 พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.545$ ,  $p < .01$ )

ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .140$ ,  $-.043$ ,  $p > .05$ )

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยนำแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของ Ferrans et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 92 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีอายุอยู่ในช่วง 35 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.6 และมีอายุเฉลี่ย 31.13 ปี ( $SD = 5.98$ ) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช./ ปวส. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.3 ประกอบอาชีพพนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด (ร้อยละ 26.1) และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 37,618.98 บาทต่อเดือน ( $SD = 33967.21$ ) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 96.7 มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 66.3) เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 67.4 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งหลัง อายุครรภ์เฉลี่ยที่พบภาวะความดันโลหิตสูง คือ 28.53 สัปดาห์ ( $SD = 4.26$ ) และมีระยะเวลาที่ทราบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เฉลี่ย 6.03 สัปดาห์ ( $SD = 2.74$ )

#### 2. คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 64.10 ( $SD = 15.42$ ) ซึ่งอยู่ในระดับดี

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.545, p < .01$ )

ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .140, -.043$  ตามลำดับ,  $p > .05$ )

### การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

**วัตถุประสงค์ข้อ 1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง**

จากผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจ และ/หรือความสุขในการดำรงชีวิตตามภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของตนเองด้านร่างกาย และจิตใจอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมทางด้านการศึกษา ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป และการตั้งครรภ์ครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง หญิงตั้งครรภ์จึงมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาแล้ว รวมทั้งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีคู่คิด และคนช่วยตัดสินใจ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีภาวะความดันโลหิตสูงระดับความรุนแรงน้อย (Mild pre-eclampsia) และมีระยะเวลาที่ทราบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เฉลี่ย 6.03 สัปดาห์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ทราบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงจนกระทั่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระดับที่รุนแรงมากขึ้น จึงไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากนัก ดังนั้นคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สตรีรัตน์ ธาดากานต์, ทศนีย์ พุกษาชีวะ และอดิเทพ เชาว์วิศิษฐ (2553) ที่ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ แต่ไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากมีแพทย์ดูแลอยู่แล้ว และเมื่อมาตรวจครรภ์ตามแพทย์นัดก็ไม่พบปัญหาเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Machado et al. (2015) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกับหญิงตั้งครรภ์ปกติในประเทศบราซิล ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดี ซึ่งต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิต

ไม่ดี (Falcao et al., 2016; Hoedges et al, 2011)

## วัตถุประสงค์ข้อ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ความวิตกกังวล

ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.545, p < .01$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และเป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีความวิตกกังวลน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีความวิตกกังวลมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความวิตกกังวลน้อย (คะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 32.32 จากค่าที่เป็นไปได้ 20-80) เพราะหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 96.7) และมีการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 80.4) ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีสามีและเพื่อนเป็นคู่คิด ประกอบกับหญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงน้อย จึงไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Couto et al. (2009) ที่พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่การตั้งครรภ์ครั้งก่อนปกติและผิดปกติ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีการตั้งครรภ์ครั้งก่อนผิดปกติมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า และมีความวิตกกังวลมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่การตั้งครรภ์ครั้งก่อนปกติ

## พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .140, p > .05$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 35 ปีขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 32.6) และมีอายุเฉลี่ย 31.13 ปี ซึ่งมีอายุค่อนข้างมาก จึงมีวุฒิภาวะและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบกับมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 37,998,89 บาทต่อเดือน ซึ่งมีรายได้ของครอบครัวที่สูง จึงทำให้ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับที่ มุทิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริม (2558) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า อายุและรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.03 สัปดาห์ ซึ่งหลังจากหญิงตั้งครรภ์ทราบว่ามีความดันโลหิตสูงไม่พบความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น หญิงตั้งครรภ์ภาวะความดันโลหิตสูงจึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติเหมือน

หญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา วัฒนเสน และคณะ (2560) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขัง พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

#### การสนับสนุนทางสังคม

จากผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.043, p > .05$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 73.87 ( $SD = 8.59$ ) ซึ่งอยู่ในระดับดีซึ่งแสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์อย่างเพียงพอ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับตัวได้เหมาะสม อาจมีผลทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรัชตรา ประภาพักตร์ และทัศนาศูววรรณะปกรณ (2555) ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ปภพาสวีร์ เจริญพัฒนาภัก (2556) ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

#### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรประเมินความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยประเมินตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ทราบว่า ตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อทราบระดับความวิตกกังวล และสามารถให้คำแนะนำเพื่อลดความวิตกกังวล อันจะส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
2. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้สอนนักศึกษาให้ตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. ด้านการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงด้วย และควรศึกษาต่อยอดโดยพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อลดระดับความวิตกกังวล ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป รวมทั้งควรทำการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะ  
หลังคลอด



## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ นันธนะมงคล. (2559). *การพยาบาลสตรีที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: ส.เจริญการพิมพ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
- เกสรวิ ละเอียดสกุล. (2555). *การศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะคีโตอะซิโตซีส ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*. เพชรบุรี: โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
- จริญญา ดิจะโปะ, จรัสศรี ชีระกุลชัย และศรีสมร ภูมณสกุล. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับคุณภาพชีวิตของสตรีมีบุตรยาก. *วารสารพยาบาลพระปกเกล้า*, 29, 67-79.
- จิณณพัฑ ธีรอกศักดิ์กุล และพีรพันธ์ ลีอนุชวัชชัย. (2552). คุณภาพชีวิตและปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย*, 54(2), 185-196.
- จิตัญญา สุทธิจ้านง, ศศิกานต์ กาละ และสุรีย์พร กฤษเจริญ. (2559). ความต้องการการพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ภาวะความดันโลหิตสูงขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อก้าวข้ามภาวะวิกฤต. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 56, 132-145.
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2535). *การคลอดก่อนกำหนด*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 2(5), 1-10.
- จุมพล สมประสงค์. (2555). การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(4), 184-196.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แผ่นจันทร์สุข และศุภร์ใจ เจริญสุข. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ชวนพิศ มีสวัสดิ์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาพลักษณ์ ความวิตกกังวลกับการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชำนานู แทนประเสริฐกุล. (2556). *ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์* วิทยานิพนธ์การ  
*สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา 1-2*. กรุงเทพฯ: โครงการจัดตั้งภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ญาคา พันธุ์แดง, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, จรวัยพร สุภาพ และวิริณห์ กิตติพิชัย. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรอายุไม่เกิน 6 เดือน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 46(2), 128-140.
- จิตติมา วัฒนเสรีเวช และวารภรณ์ ชัยวัฒน์. (2560). ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กครั้งแรกต่อความวิตกกังวลของมารดา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(3), 91-99.
- ณัฐพร อยู่ปาน, พชรี ดวงจันทร์ และพนิดา แจ่มผล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 10(1), 10-18.
- ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พิริยา สุขศรี, วรรณทนา สุขสีมานนท์, นารีรัตน์ บุญเนตร และชรرين ขวัญเนตร. (2560). แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 28-46.
- ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2558). พยาธิสรีรวิทยาของโรคพิษแห่งครรภ์. ใน ประสงค์ ตันมหาสมุทร และคณะ (บรรณาธิการ), *สูตินรีเวชทันยุค คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- ทิพวรรณ คุณพันธ์. (2553). ผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรุศม์ บุตรพลอย. (2553). การประยุกต์ Soft computing และ K-Nearest Neighbor เพื่อใช้ประมาณค่าสูญหายของข้อมูล. *National Conference on Information Technology*, 28, 25-29.
- นันทพร แสนศิริพันธ์ และจวี เบาทรวง. (2560). *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีสภาวะแทรกซ้อน*. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกคาทร และมาลี นิสสัยสุข. (2526). *แบบประเมินความวิตกกังวล*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นิศารัตน์ พิทักษ์วัชระ. (2555). *สารอาหารที่จำเป็นสำหรับสตรีตั้งครรภ์*. ใน วิทยา ถิฐาพันธ์, นิศารัตน์ พิทักษ์วัชระ และพจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา (บรรณาธิการ), *วิกฤติในเวชปฏิบัติปริก่าเน็ด*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

- เบญจวรรณ เอกะสิงห์. (2541). *ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปภาพสวีร์ เจริญพัฒนาภัก. (2556). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปรียา แก้วพิมล. (2558). *การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์*. ใน เขียวเรศ สมทรัพย์ (บรรณาธิการ), *การผดุงครรภ์ เล่ม 1*. สงขลา: หาดใหญ่เบสท์เซลล์แอนด์เซอร์วิส.
- พรนภา เจริญสันต์, ขวัญเรือน ค่วนดี และรังสิณี พูลเพิ่ม. (2555). *คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(3), 47-59.
- มณีรัตน์ พรหมณี. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2560). *แนวคิดและการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน*. กรุงเทพฯ: อีสต์สัมชัญ.
- มุกิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริม (2558). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45, 18-29.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2560). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2558). *การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ (Clinical practice guideline management of preeclampsia and eclampsia)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/>
- รวีวรรณ ต้นสุวรรณ, สุภาพร แนวบุตร และชมนาด วรรณพรศิริ, (2559). *ปัจจัยทำนายระดับความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 10(2), 34-46.

- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วินัส ลิฬหกุล, พัสมณท์ คุ่มทวีพร และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารสภาพพยาบาล*, 26(พิเศษ), 140-153.
- วีรภัทรา ประภาพักตร์ และทัศนาศูววรรณปะกรณ์. (2555). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*. 4(2), 71-81.
- ศิริภรณ์ เหมะธูลิน, จรัสศรี ชีระกุลชัย และจันทิมา ขนบดี. (2559). อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อ คุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด. *วารสารพยาบาลสาร*, 18, 37-50.
- สตรีรัตน์ ธาดากานต์, ทัศนีย์ พุกญาชีวะ และอดิเทพ เชาว์วิศิษฐ. (2553). การรับรู้ภาวะสุขภาพของ ตนเองและของทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับเบาหวาน และ/ หรือความดัน โลหิตสูง. *รามาชิตีพยาบาลสาร*, 16(2), 185-200.
- สุจิตตรา เชี่ยวชัยวัฒนากุล. (2536). *ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง เปรียบเทียบกับ หญิงตั้งครรภ์ปกติ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชาดา เตชวาทกุล, เอมพร รตินทร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2557). ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. *วารสาร พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 32(1), 61-70.
- สุชาดา เตชวาทกุล. (2558). บทบาทพยาบาลในการป้องกันความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(2), 7-19.
- สุชาดา รัชชกุล และชมพูนุช โสภากาจารย์. (2544). *ความวิตกกังวลของผู้ที่กำลังจะเป็นพ่อแม่ ในระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะเสี่ยงสูง*. เข้าถึงได้จาก <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/2116/3/suchada%28anx%29.pdf>
- สุพัตรา วัฒนแสน, อัยลดา จันทะพา, กนิษฐา ตานิโก, ศิริวิมล ปัญญาผล และพัชรา อินชะ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ช่องปากของผู้ต้องขังในเรือนจำกลาง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*, 28(1), 103-113.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรหมานะจิงกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.

- เสาวลักษณ์ ถ้ำทอง. (2551). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Akyn, B., Ege, E., Kocoalu, D., Demiroren, N., & Yylmaz, S. (2009). Quality of life and related factors in women, aged 15-49 in the 12-month post-partum period in Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, 35(1), 86-93.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2015). Emergency therapy for acute onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period: Committee Opinion No. 623. *Obstet Gynecol*, 125, 521-525.
- Ananth, C. V., & Basso, O. (2010). Impact of Pregnancy-Induced Hypertension on Stillbirth and Neonatal Mortality in First and Higher Order Births: A Population-Based Study. *Epidemiology (Cambridge, Mass)*, 21(1), 118-123.
- Bai, L., Ma, X., Zhang, G., Song, S., Zhou, Y., Gao, L., Miao, Y., & Song, C. P. (2014). A receptor-like kinase mediates ammonium homeostasis and is important for the polar growth of root hairs in arabidopsis. *Plant Cell Biology: Structure and Function*, 26(4), 1497-1511.
- Barlow, J. H., Wright, C. C., Sheasby, J., Turner, A. P., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48, 177-187.
- Barton, J. R., & Sibai, B. M. (2008). Prediction and prevention of recurrent preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 112(2), 359-372.
- Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use*. Baltimor (MD): Johns Hopkins University.
- Brantsaeter, A. L., Haugen, M., Samuelsen, S. O., Torjusen, H., Trogstad, L., Alexander, J., & Meltzer, H. M. (2009). A dietary pattern characterized by high intake of vegetables, fruits, and vegetable oils is associated with reduced risk of preeclampsia in nulliparous pregnant Norwegian women. *The Journal of Nutrition*, 139(6), 1162-1168.
- Burks, J. K. (1999). A nursing practice model for chronic illness. *Rehabilitation Nursing*, 24(5), 186-226.

- Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health*. New York: Behavioral Publ.
- Carty, D. M., Delles, C., & Dominiczak, A. F. (2008). Novel Biomarkers for Predicting Preeclampsia. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 18(5-24), 186-194.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-301
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Couto, E. R., Couto, E., Vian, B., Gregorio, Z., Nomura, M. L., Zaccaria, R., & Passini, R. (2009). Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *Sao Paulo Medical Journal*, 127(4), 185-189.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). *Williams obstetrics* (24<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Da, C. D., Dritsa, M., Verreault, N., Balaa, C., Kudzman, J., & Khalifé, S. (2010). Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 13(3), 249-257.
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26, 357-366.
- Duvekot, E. J., de Groot, C. J., Bloemenkamp, K. W., & Oei, S. G. (2002). Pregnant women with a low milk intake have an increased risk of developing preeclampsia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 105(1), 11-14
- Emmanuel, E., John, W., & Sun, J. (2012). Relationship between Social Support and Quality of Life in Childbearing Women during the Perinatal Period [JOGNN]. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), 62-70.
- Engberink, M. F., Geleijnse, J. M., de Jong, N., Smit, H. A., Kok, F. J., & Verschuren, W. M. (2009). Dairy intake, blood pressure, and incident hypertension in a general Dutch population. *The Journal of Nutrition*, 139(3), 582-587.
- Falcao, K. P. M., Pedrozo, C. A. T., Do, N. A. F. A., Victor, E. G., Nunes, A. D. S. M., De A. L. C., & Azevedo, D. F. J. H. (2016). Association between hypertension and quality of life in pregnancy. *Hypertension Pregnancy*, 35(3), 306-314.

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*, 1149-1160.
- Ferrans, C. E., & Powers, M., J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing and Health, 15*, 29-38.
- Ferrans, C. E., Julie, J. Z., Jo, E. W., & Janet, L. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(4), 336-342.
- Gilbert, E. S. (2007). *Manual of high risk pregnancy delivery* (4<sup>th</sup> ed.). St.Louis: Mosby.
- Gilbert, E. S., & Harmon, J. S. (1993). *High risk pregnancy delivery*. St.Louis: Mosby.
- Gottlieb, B. (1985). *Social support and community mental health*. St.Louis: Mosby.
- Hernández-Díaz, S., Toh, S., & Cnattingius, S. (2009). *Risk of pre-eclampsia in first and subsequent pregnancies: prospective cohort study*. St.Louis: Mosby.
- Hoedjes, M., Berks, D., Vogel, I., Franx, A., Duvekot, J. J., Steegers, E. A. P., & Raat, H. (2011). Poor health-related quality of life after severe preeclampsia. *Birth, 38*(3), 246-255.
- House, J. S. (1981). *Measures and concepts of social support: Social support and health*. Florida: Academic Press.
- Jim, B., & Karumanchi, S. A. (2017). Preeclampsia: Pathogenesis, Prevention, and Long-Term Complications. *Seminars in Nephrology, 37*(4), 386-397.
- Khan, G. B. (1979). *Pakistani film about the Indian rebellion*. Retrieved from <https://www.imdb.com>
- Knuppel, R. A., & Drukker, J. E. (1993). *High risk pregnancy: A team approach*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kumar, A., Devi, S. G., Batra, S., Singh, C., & Shukla, D. K. (2009). Calcium supplementation for the prevention of pre-eclampsia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 104*(1), 32-36.
- Lopez-Jaramillo, P., Pradilla, L. P., Castillo, V. R., & Lahera, V. (2007). Socioeconomical pathology as determinant of regional differences in the prevalence of metabolic syndrome and pregnancy-induced hypertension. *Revista Espanola de Cardiologia, 60*, 168-178.
- Lothian, J. A. (2008). The journey of becoming a mother. *Journal of Perinatal Education, 17*(4), 43-47.

- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., Alden, K. R., & Olshansky, E. F. (2016). *Maternity and women's health care* (11<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Machado, M. S., Bertagnolli, T. V., Machado, J. S., Ferreira, C. H., Duarte, G., & Cavalli, R. C. (2015). [239-POS]: Assessment of quality of life of women with preeclampsia compared with healthy pregnant women. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health*, 5(1), 120-121.
- Maloni, J. A., & Kutil, R. M. (2000). Antepartum support group for women hospitalized on bedrest. *MCN: The American Journal of Maternal/ Child Nursing*, 25(4), 204-210.
- Maruish, M. E. (2012). *User's manual for the SF-12 v.2 Health survey* (3<sup>rd</sup> ed.). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Maunter, E., Greimel, E., Trutnovsky, G., Daghofer, F., Egger, J. W. & Lang, U. (2009). Quality of life outcomes in pregnancy and postpartum complicated by hypertensive disorders, gestational diabetes, and preterm birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(4), 231-237.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Ohman, S. G., Grunewald, C., & Waldenstrom, U. (2003). Womens worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 148-152.
- Peacock, A. S., & Bogossian, F. (2009). *Antenatal screening and predicting hypertension in Pregnancy for midwives*. *Journal of the Australian College of Midwives*, 23(3), 81-93.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (5<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Pillitteri, A. (2013). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prick, B. W., Bijlenga, D., Jansen, G., Boers, K. E., Scherjon, S. A., Koopmans, C. M., Pampus, M. G., Essink-Bot, M. L., Rhenen, D. J., Mol, B. W., & Duvekot, J. J. (2015). Determinants of health-related quality of life in the postpartum period after obstetric complications. *European Journal of Obstetrics & gynecology and Reproductive Biology*, 185, 88-95.



- Qiu, C., Coughlin, K. B., Frederick, I. O., Sorensen, T. K., & Williams, M. A. (2008). Dietary fiber intake in early pregnancy and risk of subsequent preeclampsia. *American Journal of Hypertension*, 21(8), 903-909.
- Ramos, J. G., Brietzke, E., Martins-Costa, S. H., Vettorazzi-Stuczynski, J., Barros, E., & Carvalho, C. (2006). Reported calcium intake is reduced in women with preeclampsia. *Hypertens Pregnancy*, 25(3), 229-239.
- Rice, P. L. (1992). *Stress and health* (2<sup>nd</sup> ed.). California: Wadworth.
- Rukholm, E., & McGirr, M. (1998). Jonathan Potts: Measuring quality of life in cardiac rehabilitation clients, International. *Journal of Nursing Studies*, 35(4), 210-212.
- Schaefer, C. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-408.
- Shives, L. R. (2012). *Anxiety disorder: Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Speilberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI manual*. California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stern, C., Trapp, E. M., Mautner, E., Deutsch, M., Lang, U., & Cervar-Zivkovic, M. (2014). The impact of severe preeclampsia on maternal quality of life. *Quality of Life Research*, 23(3), 1019-1026.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8<sup>th</sup> ed.). St.Louis: Mosby.
- The WHOQoL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 23(2), 145-59
- Varcarolis, M. E. (2013). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Ware, C. B., Wang, L., Mecham, B. H., Shen, L., Nelson, A. M., Bar, M., Lamba, D. A., Dauphin, D. S., Buckingham, B., Askari, B., Lim, R., Tewari, M., Gartler, S. M., Issa, J. P., Pavlidis, P., Duan, Z., & Blau, C. A. (2009). Hestone deacetylase inhibition elicits an evolutionarily conserved self-renewal program in embryonic stem cells. *Cell Stem Cell*, 4(4), 359-369.
- Webster, J. R., Morkeski, K., Wojculewski, C. A., Niederlehner, B. R., & Benfield, E. F. (2011). Effects of hemlock mortality on streams in the southern Appalachian mountains. *The American Midland Naturalist*, 168, 112-131.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 273, 59-65.
- World Health Organization [WHO]. (1996). *Maternal mortality*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Maternal mortality*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
- Xiong, X., Demianczuk, N. N., Saunders, L. D., Wang, F. L., & Fraser, W. D. (2002). Impact of preeclampsia and gestational hypertension on birth weight by gestational age. *Am J Epidemiol*, 155(3), 203-9.
- Yodmai, K. (2007). Incidence and risk factors of preeclampsia in Ramathibodi hospital. *Journal Public Health Research*, 6(1), 862.
- Zandinava, H., Shafaei, F. S., Charandabi, S. M. A., Homayi, S. G., & Mirghafourvand, M. (2017). Effect of Educational Package on Self-care Behavior, Quality of Life, and Blood Glucose Levels in Pregnant Women with Gestational Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 19(4), 1-9.
- Zhan, M. L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issue. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived Social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

**การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน**  
**(Pearson's product moment correlation)**

1. ตรวจสอบการแจกแจงโค้งปกติ (Normality) โดยใช้สถิติ Komogorov smirnov test

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Total QOL	Mean	64.1057	1.60803	
	95% Confidence interval for mean	Lower bound	60.9116	
		Upper bound	67.2999	
	5% Trimmed mean	64.6300		
	Median	63.6364		
	Variance	237.891		
	Std.Deviation	15.42373		
	Minimum	27.27		
	Maximum	88.64		
	Range	61.36		
	Interquartile range	22.73		
	Skewness	-.418	.251 = -1.66	
	Kurtosis	-.697	.498 = -1.39	
	Behavior	Mean	107.66	.521
95% Confidence interval for mean		Lower bound	106.63	
		Upper bound	108.70	
5% Trimmed mean		108.02		
Median		108.00		
Variance		24.929		
Std.Deviation		4.993		
Minimum		87		
Maximum		116		
Range		29		

<b>Descriptives</b>			
		<b>Statistic</b>	<b>Std.Error</b>
	Interquartile Range	6	
	Skewness	-1.206	.251
	Kurtosis	2.611	.498
Anxiety	Mean	32.32	.722
	95% Confidence interval for mean	30.88	
		33.75	
	5% Trimmed mean	31.69	
	Median	31.00	
	Variance	47.933	
	Std.Deviation	6.923	
	Minimum	21	
	Maximum	66	
	Range	45	
	Interquartile range	6	
	Skewness	2.044	.251
	Kurtosis	6.753	.498
Social	Mean	73.87	.896
	95% Confidence interval for mean	72.09	
		75.65	
	5% Trimmed mean	74.84	
	Median	75.50	
	Variance	73.785	
	Std.Deviation	8.590	
	Minimum	41	
	Maximum	84	
	Range	43	
	Interquartile range	10	
	Skewness	-1.781	.251

Descriptives		
	Statistic	Std.Error
Kurtosis	4.019	.498

จากข้อมูลข้างต้น พบว่า คุณภาพชีวิตมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) ทดสอบ โดยค่า Skewness/ Skewness Std.Error และค่า Kurtosis/ Kurtosis Std.Error อยู่ในช่วง  $\pm 1.96$  ผู้วิจัยคำนวณได้ -1.66 และ -1.39

2. ทดสอบข้อมูลของตัวแปรเป็นอิสระต่อกัน ทดสอบด้วยค่า Durbin Watson ต้องอยู่ในช่วง 1.5-2.5 จากการทดสอบตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมพบว่า ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.73, 2.14 และ 1.70 ตามลำดับ

Model summary <sup>b</sup>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std.Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.140 <sup>a</sup>	.019	.009	15.35735	1.732

a. Predictors: (Constant), Behavior

b. Dependent Variable: Total QOL

Model summary <sup>b</sup>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.545 <sup>a</sup>	.297	.289	13.00633	2.141

a. Predictors: (Constant), Anxiety

b. Dependent Variable: Total QOL

**Model summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.043 <sup>a</sup>	.002	-.009	15.49453	1.708

a. Predictors: (Constant), Social

b. Dependent Variable: Total QOL

3. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากหลักความน่าจะเป็นจากกลุ่มประชากร ทดสอบโดย Test run ค่า Asymp. Sig. ต้องมากกว่า .05 จากการทดสอบตัวแปรคุณภาพชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ได้ .22, .07, .96 และ .20 ตามลำดับ

**Runs Test**

	Total QOL	Behavior	Anxiety	Social
Test value <sup>a</sup>	63.64	108	31	76
Cases < Test value	43	36	43	46
Cases > = Test value	49	56	49	46
Total cases	92	92	92	92
Number of runs	41	53	47	53
Z	-1.222	1.800	.041	1.258
Asymp. Sig. (2-tailed)	.222	.072	.967	.208

a. Median

4. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ( $n = 92$ )

**Correlations**

		Total QOL	Behavior	Anxiety	Social
TotalQOL	Pearson correlation	1	.140	-.545**	-.043
	Sig. (2-tailed)		.184	.000	.681
	N	92	92	92	92



**Correlations**

		<b>Total QOL</b>	<b>Behavior</b>	<b>Anxiety</b>	<b>Social</b>
Behavior	Pearson correlation	.140	1	-.172	.189
	Sig. (2-tailed)	.184		.102	.071
	<i>N</i>	92	92	92	92
Anxiety	Pearson correlation	-.545**	-.172	1	-.126
	Sig. (2-tailed)	.000	.102		.231
	<i>N</i>	92	92	92	92
Social	Pearson Correlation	-.043	.189	-.126	1
	Sig. (2-tailed)	.681	.071	.231	
	<i>N</i>	92	92	92	92

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. การศึกษาสูงสุดของท่าน.....
3. สถานภาพสมรส  
 คู่  หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่
4. อาชีพของท่าน  
 รับราชการ  พนักงานรัฐวิสาหกิจ  
 ค้าขาย  ธุรกิจส่วนตัว  
 เกษตรกรรม  ทำงานบ้าน  
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ  อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ของครอบครัว เฉลี่ยประมาณ.....บาท/ เดือน
6. ลักษณะครอบครัว  
 ครอบครัวเดี่ยว  ครอบครัวขยาย
7. อายุครรภ์.....สัปดาห์
8. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์.....ครั้ง
10. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร BMI.....
11. อายุครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง.....สัปดาห์

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 (version 2)

**คำชี้แจง** โปรดเลือกตัวเลือกที่แสดงถึงภาวะทางสุขภาพของท่านที่ตรงตามความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านไม่มีผิดหรือถูก และเป็นความลับ ไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาพยาบาลของท่านแต่อย่างใด

สำหรับผู้วิจัย

1. โดยทั่วไป ท่านสามารถพูดได้ว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
- |                |     |
|----------------|-----|
| ..... ดีเยี่ยม | (5) |
| ..... ดีมาก    | (4) |
| ..... ดี       | (3) |
| ..... ปานกลาง  | (2) |
| ..... ไม่ดี    | (1) |

เรื่องต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านทำในแต่ละวัน

ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นปัญหา/ อุปสรรคในการทำกิจกรรมของท่านหรือไม่ ถ้าใช่เล็กน้อยแค่ไหน

2. กิจกรรมที่ใช้กำลังปานกลาง เช่น การยกโต๊ะ การทำความสะอาด  
ปัดกวาด เช็ดบ้าน หรือหิ้วของกลับจากตลาด
- |   |     |
|---|-----|
| ..... ใช่ เป็นปัญหา/ อุปสรรคอย่างมาก      | (3) |
| ..... ใช่ เป็นปัญหา/ อุปสรรคเพียงเล็กน้อย | (2) |
| ..... ไม่เป็นปัญหา/ อุปสรรค               | (1) |
3. การเดินขึ้นตึก 2-3 ชั้น หรือการเดินขึ้นเนิน
- |   |     |
|---|-----|
| ..... ใช่ เป็นปัญหา/ อุปสรรคอย่างมาก      | (3) |
| ..... ใช่ เป็นปัญหา/ อุปสรรคเพียงเล็กน้อย | (2) |
| ..... ไม่เป็นปัญหา/ อุปสรรค               | (1) |

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาในเรื่องต่อไปนี้กับงานของท่าน หรือกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำทุกวัน เนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพของท่านหรือไม่

4. ทำงานได้ปริมาณน้อยลงกว่าที่ต้องการ
- |                     |     |
|---------------------|-----|
| ..... ตลอดเวลา      | (5) |
| ..... เกือบตลอดเวลา | (4) |
| ..... บางครั้ง      | (3) |

สำหรับผู้วิจัย

..... นาน ๆ ครั้ง (2)

..... ไม่เลย (1)

5. ไม่สามารถทำงานได้ทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้ ต้องเลือกทำบางอย่างเท่านั้น

..... ตลอดเวลา (5)

..... เกือบตลอดเวลา (4)

..... บางครั้ง (3)

..... นาน ๆ ครั้ง (2)

..... ไม่เลย (1)

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาในเรื่องต่อไปนี้กับงานของท่าน หรือกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำทุกวัน เนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ของท่านหรือไม่ เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า หรือวิตกกังวล

6. ทำงานได้น้อยลงกว่าที่ต้องการ

..... ตลอดเวลา (5)

..... เกือบตลอดเวลา (4)

..... บางครั้ง (3)

..... นาน ๆ ครั้ง (2)

..... ไม่เลย (1)

7. ทำงานหรือทำกิจกรรมอื่น ๆ โดยปราศจากความระมัดระวัง สับสนเพร่า เลินเล่อ  
อย่างที่เคย

..... ตลอดเวลา (5)

..... เกือบตลอดเวลา (4)

..... บางครั้ง (3)

..... นาน ๆ ครั้ง (2)

..... ไม่เลย (1)

8. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกายทำให้ท่าน  
ไม่สามารถทำงานประจำวันได้ตามปกติ (งานในบ้านและงานนอกบ้าน) มากน้อยเพียงใด

..... ไม่เลย (5)

..... เล็กน้อย (4)

..... ปานกลาง (3)

..... ค่อนข้างมาก (2)

สำหรับผู้วิจัย

- ..... มากที่สุด (1)
9. ท่านรู้สึกสงบ ใจนิ่ง มีสมาธิ
- ..... ตลอดเวลา (5)
- ..... เกือบตลอดเวลา (4)
- ..... บางครั้ง (3)
- ..... นาน ๆ ครั้ง (2)
- ..... ไม่เลย (1)
10. ท่านรู้สึกแข็งแรง กระปรี้กระเปร่า สดชื่น
- ..... ตลอดเวลา (5)
- ..... เกือบตลอดเวลา (4)
- ..... บางครั้ง (3)
- ..... นาน ๆ ครั้ง (2)
- ..... ไม่เลย (1)
11. ท่านรู้สึกเศร้า หดหู่
- ..... ตลอดเวลา (5)
- ..... เกือบตลอดเวลา (4)
- ..... บางครั้ง (3)
- ..... นาน ๆ ครั้ง (2)
- ..... ไม่เลย (1)
12. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ามีปัญหาทางสุขภาพ  
หรือปัญหาทางอารมณ์เป็นอุปสรรคขัดขวางการทำกิจกรรมทางสังคมของท่าน เช่น  
การไปเยี่ยมเพื่อน หรือญาติสนิท เป็นต้น
- ..... ตลอดเวลา (5)
- ..... เกือบตลอดเวลา (4)
- ..... บางครั้ง (3)
- ..... นาน ๆ ครั้ง (2)
- ..... ไม่เลย (1)

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมการดูแลตนเอง คำตอบของท่านไม่มีผิดหรือถูก ไม่มีผลกระทบต่อการรักษา แต่จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงงานด้านบริการพยาบาลสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติตนของท่านในระหว่างตั้งครรภ์ มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

- |                      |         |  |
|----------------------|---------|--|
| 4 = ปฏิบัติเป็นประจำ | หมายถึง | ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้งหรือทุกวัน                          |
| 3 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง | หมายถึง | ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนมากหรือปฏิบัติ 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์ |
| 2 = ปฏิบัติบางครั้ง  | หมายถึง | ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบางครั้งหรือปฏิบัติ 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์    |
| 1 = ไม่ปฏิบัติเลย    | หมายถึง | ท่านไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นหรือปฏิบัติ 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์         |

ข้อความ	4	3	2	1
1. ท่านนอนในตอนกลางคืนอย่างน้อยคืนละ 8 ชั่วโมง				
2. ....				
3. ....				
4. ....				
5. ....				
6. ....				
7. ....				
8. ....				
9. ....				
10. ....				
11. ....				

ข้อความ	4	3	2	1
12. ทำนออกกำลังกายเล็กน้อย เช่น ยกเงนขาหรือเดินเล่น วันละ 1 ครั้ง				
13. .... .....				
14. .... .....				
15. .... .....				
16. .... .....				
17. .... ..... .....				
18. .... .....				
19. .... .....				
20. ....				
21. .... .....				
22. .... .....				
23. .... .....				
24. .... .....				
25. .... .....				
26. ท่านสังเกตอาการบวมโดยใช้นิ้วกดบริเวณหน้าแข้ง				



ข้อความ	4	3	2	1
27. ท่านได้ชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์				
28. ....				
29. ....				
30. ท่านสังเกตสิ่งคัดหลังทางช่องคลอด เช่น น้ำใส หรือเลือดสด				

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ

**คำชี้แจง** ข้อความข้างล่างดังต่อไปนี้ เป็นข้อความซึ่งท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความรู้สึก ข้อความเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด เลือก ✓ ตรงช่อง ความรู้สึกท่านมากที่สุดในขณะที่ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

- |                 |         |                                  |
|-----------------|---------|----------------------------------|
| 1 = ไม่มีเลย    | หมายถึง | ท่านไม่มีความรู้สึกดังกล่าวเลย   |
| 2 = มีบ้าง      | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวบางครั้ง |
| 3 = ค่อนข้างมาก | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวบ่อย ๆ   |
| 4 = มากที่สุด   | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวเสมอ     |

ความรู้สึกทั่วไป	1	2	3	4
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ....				
3. ....				
4. ....				
5. ....				
6. ....				
7. ....				
8. ....				
9. ....				
10. ....				
11. ....				
12. ....				
13. ข้าพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่าย				

ความรู้สึกทั่วไป	1	2	3	4
14. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดใจ				
15. ....				
16. ....				
17. ....				
18. ....				
19. ....				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกแจ่มใส				

### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ

**คำชี้แจง** แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อท่านอ่านข้อคำถามแล้ว กรุณาตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ตามความเป็นจริง เพียงข้อเดียว และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยคำตอบที่ให้มีความหมาย ดังนี้

- 1 = ไม่เห็นด้วยที่สุด
- 2 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
- 3 = ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
- 4 = ความเห็นเป็นกลาง
- 5 = เห็นด้วยเล็กน้อย
- 6 = เห็นด้วยอย่างมาก
- 7 = เห็นด้วยที่สุด

ข้อความ	1	2	3	4	5	6	7
1. ฉันมีบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล ซึ่งพร้อมจะช่วยเหลือฉันเมื่อนั้นต้องการ							
2. ....							
.....							
.....							

ข้อความ	1	2	3	4	5	6	7
3. ครอบครัวของฉันพยายามอย่างยิ่งที่จะช่วยฉัน							
4. .... ..... .....							
5. .... ..... .....							
6. .... .....							
7. .... .....							
8. .... .....							
9. .... .....							
10. .... ..... .....							
11. .... .....							
12. ฉันสามารถพูดปัญหาของฉันกับเพื่อนของฉันได้							

**ภาคผนวก ค**

**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย**



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารแจ้งข้อมูลคำอธิบายสำหรับ  
ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

AF 09-04/5.0

หน้า 2/4

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจากท่านได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ มีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้จำนวน 90 คน แบ่งเป็น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 56 คน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 34 คน ระยะเวลาการวิจัย 40 นาที

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งได้แก่นางสาวดวงพร โมตรีจิตต์ เบอร์โทรศัพท์ 089 606 5335

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

#### เหตุผลความเป็นมา

ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ร้อยละ 10 ของสตรีตั้งครรภ์ และเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตและการเกิดภาวะทุพพลภาพของมารดาทั่วโลก หญิงตั้งครรภ์ที่พบภาวะความดันโลหิตสูงจะมีความกลัวและกังวลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตช่วงตั้งครรภ์ได้เหมือนหญิงตั้งครรภ์ปกติ โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

#### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เมื่อท่านมาฝากครรภ์ หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ท่านจะถูกเชิญเข้าร่วมโครงการ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ประมาณ 40 นาที โดยผู้วิจัยจะเข้าพบท่านเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพและขอให้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

1. ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที
2. ตอบแบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2 จำนวน 12 ข้อ ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที
3. ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ข้อ

- ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาที

4. ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ จำนวน 10 ข้อ ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที
5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ จำนวน 10 ข้อ ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที

การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามจะอยู่ในช่วงเวลา 08.00-12.00 น. ที่หน่วยฝากครรภ์ ตึก ภปร ชั้น 8


ซึ่งระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย ตั้งแต่เดือนเมษายนถึง กรกฎาคม 2561

#### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านตอบคำถามจำนวน 5 ชุด หากมีอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย โปรดแจ้งให้แพทย์ผู้วิจัยได้รับทราบ



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. 129 / 61	
Date of Approval 11 เม.ย. 2561	

 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
		หน้า 3/4

### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

เนื่องจากท่านต้องตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงอาจรบกวนเวลาของท่านขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์และเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการสอบถามหลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทันที หรือช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ผู้วิจัย โดยจะมีการนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสม

ท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด หรือรู้สึกว่าเสียเวลา ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หากท่านมีอาการผิดปกติ เช่น อากาศใจสั้น หน้ามืด หรือรู้สึกหัวใจเต้นผิดปกติระหว่างการตอบคำถาม ให้หยุดพัก เมื่อพักแล้วไม่ดีขึ้น ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวดวงพร โมตรีจิตต์ เบอร์โทรศัพท์ 089 606 5335 เพื่อช่วยประสานกับทีมแพทย์และแพทย์ที่ดูแลรักษาท่าน หรือ เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

**ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ แต่ผลของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะ**

1. เป็นพื้นฐานวางแผนการดูแลมารดาที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ให้เหมาะสมต่อไป

2. เป็นข้อมูลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

3. เป็นสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

### ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ในการเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนใดๆ รวมทั้งค่าเดินทางและการเสียเวลา ในการมาพบแพทย์ และรับการรักษา

### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย


การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ก็จะไม่มีการรักษาของท่านแต่อย่างใด นอกจากนี้ ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล การไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาของท่านเช่นกัน

### การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวดวงพร โมตรีจิตต์ ติดต่อได้ที่ 1873 ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์พัฒนาความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ 02-256-4050, 089 6065335 E-mail address: duangporn.m@chulalongkornhospital.org



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. 192 / 61	
Date of Approval 11 เม.ย. 2561	

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแจ้งข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 4/4

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติมอย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้ จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัยและผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากงานวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบแนวทางปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติขณะปฏิบัติตามโปรแกรมงานวิจัย
6. ท่านมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย และงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัวได้โดยไม่ได้ผลกระทบใดๆทั้งสิ้น
8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง


หากท่านไม่ได้รับ ปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. 129	61
Date of Approval	11 เม.ย. 2561

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของ  
หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า **นาง/นางสาว**.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม  
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย  
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก  
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น  
จากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความ  
เข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้า  
ร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก  
ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้  
เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำเพื่อ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น  
โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มี การตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากนี้ที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ  
ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้


ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน  
การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน กระบวน  
การต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการ  
รายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ


ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนาม  
ในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....

 INSTITUTIONAL REVIEW BOARD  
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University  
IRB No.....  
Date of Approval..... 11 JUL 2561



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. <u>129, 61</u>
Date of Approval <u>11 MAR 2561</u>

### เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวดวงพร โมตรีจิตต์

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ผู้ให้ทุน ทุนส่วนตัว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ ข้อมูลทางการแพทย์ ซึ่งหมายถึง ความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้จากการศึกษา นี้จะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์และบุคลากรผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพที่จะประเมินคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และพัฒนาคุณภาพการบริการทางกายภาพ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านเป็นผู้ที่ทราบข้อมูลพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นอย่างดี

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 34 คน ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้น ตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2561

ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

ถ้าท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะขอให้ท่านลงนามในเอกสารยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม, แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2 ใช้เวลา 5 นาทีต่อฉบับ แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองใช้เวลา 10 นาทีต่อฉบับ แบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ใช้เวลา 10 นาที แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ 5 นาที จะขอสัมภาษณ์ท่านเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ และขออนุญาตดูเวชระเบียนของท่าน ได้แก่ ข้อมูลการวินิจฉัยของแพทย์ และผลการตรวจวินิจฉัย ผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลผลการตรวจวินิจฉัยของท่านตามที่ได้มีการบันทึกไว้ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลและบันทึกเวชระเบียน มีการให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและด้วยการสัมภาษณ์ ในวันแรกที่เริ่มเข้าร่วมในการวิจัย

ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาการวิจัย



โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา  
ศรีราชา

INSTITUTION REVIEW BOARD

Queen Savang Vadhana Memorial Hospital

IRB No. 011 / 2561

Date of Approval 21/3/61 1

### ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เป็นเพียงการสัมภาษณ์ไม่มีกาปฏิบัติใดๆ ต่อตัวท่าน แต่ท่านต้องเสียเวลา อาจรู้สึกอึดอัด เบื่อหน่าย ท่านสามารถยุติการตอบได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาลของท่านโดยท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

ผู้วิจัยที่จะสามารถติดต่อได้ หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือเมื่อบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวดวงพร ไมตรีจิตต์ ที่อยู่ 20 ซอยเพชรเกษม 76/1 ถนนเพชรเกษม แขวงบางแคเหนือ เขตบางแค กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10160 โทรศัพท์ที่ทำงาน (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) 02 256 5060 โทรศัพท์มือถือ ที่ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง 089-606 5335

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบังการรักษาความลับ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด ประกอบด้วย ประวัติส่วนบุคคล ผลการตรวจวินิจฉัย ผลการรักษา และการตอบแบบสอบถาม จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ป้องกันการสืบค้น ชี้นำ โดยการรอกเป็นรหัสตัวเลขซึ่งไม่สามารถบอกถึงชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ มีเพียงคณะผู้วิจัยและคณะกรรมการอิสระพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เท่านั้นที่จะขอข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ นอกจากนี้โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบโดยคณะกรรมการหลายคณะ มีการดำเนินการตามหลักจริยธรรมและหลักวิทยาศาสตร์ และจะดำเนินการตามกฎหมายระเบียบของประเทศไทยและตามคำแนะนำระหว่างประเทศในการวิจัยทางการแพทย์ ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ เป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลสรุปรวม ข้อมูลของผู้ร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เป็นต้น

ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทราบได้ที่ ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาการวิจัย อาคารอนุสรณ์ ๑๐๐ ปี ชั้นที่ 4 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โทร. 038-320200 ต่อ 3460

หมายเหตุ : ผู้วิจัยจะมอบสำเนาแบบยินยอมอาสาสมัครพร้อมแนบคำชี้แจงอาสาสมัครอย่างละ 1 ชุด

ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาการวิจัย



INSTITUTION REVIEW BOARD	
Queen Savang Vadhana Memorial Hospital	
IRB No. .... 011 / 2561	
Date of Approval .... 21/3/61	2



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง

วันที่ทำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยดังนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือเงินชดเชย

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ 089 606 5335

โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้เป็น นางสาวดวงพร ไมตรีจิตต์

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ ผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาการวิจัย



INSTITUTION REVIEW BOARD	
at Savang Vadhana Memorial Hospital	
Date	011 / 2561
Approval	21/3/61
FM HRP-QSH 003/01-16/06/60	



## เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

รหัสจริยธรรมการวิจัย.....

ชื่อผู้วิจัย นางสาวดวงพร ไมตรีจิตต์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 1 ชุด มี 5 ตอน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) พฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 3) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ 4) การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ 5) คุณภาพชีวิต ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วม โครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสาร และล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมด

จะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวดวงพร ไมตรีจิตต์ ผู้วิจัย หมายเลขโทรศัพท์ 08-9606-5335 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 09-6885-5202

นางสาวดวงพร ไมตรีจิตต์  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 0-3810-2823



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ  
ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดัน  
โลหิตสูง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย  
ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความ  
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก  
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบ  
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวม  
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม  
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

**ภาคผนวก ง**

สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัย  
และสำเนาใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย



- สำเนา -

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๐๗๔

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๖ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ด้วยนางสาวดวงพร โมตรีจิตต์ รหัสประจำตัว ๕๖๙๒๐๒๑๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร-  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครง  
วิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทาง  
สังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร  
ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือ  
การวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่ง  
เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถ  
ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์” หลักสูตรพยาบาล-  
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๕๑  
ของ นางสาวเสาวลักษณ์ คำทอง โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นีรัตราดร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์หลัก เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทร. ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๖๔

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๘๙ ๖๐๖ ๕๓๓๕

E-mail : duangporn.m@chulahospital.org

ร่าง.....  
พิมพ์.....  
ทาน.....

- อรรถาธิบายที่ผ่านมามีการพิมพ์  
 - มีชื่อ-นามสกุล-ศิษย์-อาจารย์  
 (C.C. ๑๐๘ มคอ. ๑/๒๕๖๑)  
 - ๑๐๘ มคอ. ๑/๒๕๖๑  
 - อรรถาธิบาย  
 ที่ ศบ ๐๕๑๖.๒๕/วท. (๒๕๖๑)



มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ ๐๐๘๑๐
วันที่ 26 ส.ค. 2561
เวลา 11.15 น.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง  
 ปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทนผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ศบ ๖๒๐๖/๐๐๙๕ ลงวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๑

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวดวงพร โมตรีจิตต์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง” มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ของนางนางสาวเสาวลักษณ์ คำของ เรื่อง “ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์” หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวข้างต้น ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ขอให้ติดต่อกับนางสาวเสาวลักษณ์ คำของ โดยตรง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรัตติย์)  
 รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ  
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์  
 โทร. ๐-๒๕๘๖-๙๒๑๓ ต่อ ๗๓๕๓  
 โทรสาร ๐-๒๕๑๖-๕๓๘๑

ที่ ศร ๖๒๐๖/ ๐๕๖๕



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงทาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๗๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนิตยา คชภักดี

ด้วยนางสาวดวงพร ไมตรีจิตต์ รหัสประจำตัว ๕๖๙๒๐๒๑๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (ฉบับภาษาไทย) ของ Spielberg (The State Anxiety Inventory) แปลโดย รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนิตยา คชภักดี เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทร. ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๖๔

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๘๙ ๖๐๖ ๕๓๓๕ นางสาวดวงพร ไมตรีจิตต์

8/4/2561

MDCU &amp; KCMH Mail - ขอใช้เครื่องมือวิจัย



duangporn maitreechit &lt;duangporn.m@chulahospital.org&gt;

101

**ขอใช้เครื่องมือวิจัย**

Nittaya Kotchabhakdi <ranjk29@gmail.com>  
To: duangporn maitreechit <duangporn.m@chulahospital.org>

Sun, Mar 4, 2018 at 12:55 PM

เรียน คุณ ดวงพร ที่นับถือ

ดิฉันยินดีให้คุณใช้ เครื่องมือSTAI ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ในการวิจัย โดยโปรดระบุใน  
กิตติกรรมประกาศ และส่งผลงานที่ตีพิมพ์และบทคัดย่อผลงานวิจัยมาให้ดิฉันด้วย

ขออวยพรให้ประสบความสำเร็จในการวิจัยค่ะ

ขอแสดงความนับถือ  
รศ. พญ. นิตยา คชภักดี

Nittaya J Kotchabhakdi MD  
Developmental Behavior Pediatrics Specialist

2018-01-16 6:44 GMT+07:00 duangporn maitreechit <duangporn.m@chulahospital.org>:  
[Quoted text hidden]

## บันทึกข้อความ

หน้าห้องผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์พิทักษ์พล บุญมาลิก)

ที่ ..... วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขอใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ด้วยได้รับข้อความจากนางสาวดวงพร ไมตรีจิตต์ พยาบาลประจำศูนย์พัฒนาความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กำลังศึกษาระดับปริญญาโท (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาการผดุงครรภ์ ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ที่อยู่ jvkorat@gmail.com ลงวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ แจ้งว่า มีความประสงค์จะขอใช้เครื่องมือวิจัย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support; MSPSS) ฉบับที่อาจารย์แปลเป็นภาษาไทย ในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย

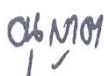
ในการนี้ หากท่านอนุญาตให้นางสาวดวงพร ไมตรีจิตต์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว กระผมจะได้ดำเนินการตอบกลับผู้ขอผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ที่อยู่ duangporn.m@chulahospital.org

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต จะได้ดำเนินการประสานต่อไป



(นายณัฐนันท์ สุตะวงศ์)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ



(นายพิทักษ์พล บุญมาลิก)  
ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข

**ภาคผนวก จ**

เอกสารยื่นขอจริยธรรม เอกสารขอเก็บข้อมูลวิจัย  
และเอกสารแสดงการผ่านจริยธรรมการวิจัย

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๕๕๑



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕๖๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวดวงพร ไมตรีจิตต์ รหัสประจำตัว ๕๖๙๒๐๒๑๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา-  
บัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้เสนอโครงการวิทยานิพนธ์เรื่อง  
“ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต  
ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดันโลหิตสูง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์หลัก และประสงค์จะเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งนี้ โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาคุณค่า ความถูกต้อง และ  
ประโยชน์ (Relevant and Scientific Merit) เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับ  
บัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการให้ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานการบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์  
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘  
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖  
ผู้วิจัยโทร ๐๘-๙๖๐๖-๕๓๓๕

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๕๔๔



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงทาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕๖๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวดวงพร โมตรีจิตต์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดันโลหิตสูง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดย แบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ - ๑๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑
๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๕๖ ราย ระหว่างวันที่ ๑๖ มีนาคม - ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา





COA No. 359/2018

IRB No. 129/61

### INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

#### Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

**Study Title** : Relationship between health care behaviors, Anxiety, Social support and quality of life among pregnancy women with pregnancy induced hypertension.

**Study Code** : -

**Principal Investigator** : Miss Duangporn Maitreechit

**Affiliation of PI** : Faculty of Nursing, Burapha University.

**Review Method** : Expedited

**Continuing Report** : At least once annually or submit the final report if finished.

**Document Reviewed** :

1. Research Proposal Version 2.0 Date 9 April 2018
2. Protocol Synopsis Version 2.0 Date 9 April 2018
3. Information sheet for research participant Version 2.0 Date 9 April 2018
4. Informed consent for participating volunteers Version 2.0 Date 9 April 2018
5. Questionnaire Version 2.0 Date 9 April 2018

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



## 6. Curriculum Vitae and GCP Training

- Miss Duangporn Maitreechit
- Assoc.Prof. Siriwan Sangin, Ph.D.
- Assist.Prof. Supit Siriarunrat, Ph.D.

Signature ..... *A. Vasuratna* .....

(Assistant Professor Apichai Vasuratna MD)

Vice-Chairman, Acting Chairman

The Institutional Review Board

Signature ..... *Prapapan Rajatapiti* .....

(Assistant Professor Prapapan Rajatapiti MD, PhD)

Member and Secretary

The Institutional Review Board

Date of Approval : April 11, 2018

Approval Expire Date : April 10, 2019

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ที่ ศร ๒๒๐๖/ ๐๕๕๐



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗) กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขอสื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวดวงพร ไมตรีจิตต์ รหัสประจำตัว ๕๖๙๒๐๒๑๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา-  
บัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่อง  
“ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต  
ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดันโลหิตสูง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์หลัก และประสงค์จะเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ทั้งนี้ โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาคุณค่า ความถูกต้อง  
และประโยชน์ (Relevant and Scientific Merit) เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องของระดับ  
บัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการให้ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน

ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานการบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์

โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘

โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๙๖๐๖-๕๓๓๕

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๕๕๒



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงทาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวดวงพร โมตรีจิตต์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดันโลหิตสูง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน ๓๔ ราย ระหว่างวันที่ ๑๖ มีนาคม - ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยแบ่งดังนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศร ๖๒๐๖/ ๐๕๕๑๐



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕๖๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขอสอนโครงการวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวดวงพร ไมตรีจิตต์ รหัสประจำตัว ๕๖๙๒๐๒๑๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา-  
บัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้เสนอโครงการวิทยานิพนธ์เรื่อง  
“ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต  
ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดันโลหิตสูง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์หลัก และประสงค์จะเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ทั้งนี้ โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาคุณค่า ความถูกต้อง  
และประโยชน์ (Relevant and Scientific Merit) เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับ  
บัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการให้ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ฉบับที่ 011/2561



หนังสือรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

1. ชื่อโครงการวิจัย: ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
2. ผู้วิจัยหลัก: นางสาวดวงพร ไมตรีจิตต์  
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้
  - (  ) อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
  - (  ) อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข
  - (  ) รอการพิจารณาหรือยังไม่พิจารณา
  - (  ) ไม่อนุมัติ
4. วันที่ให้การรับรอง : 21 ส.ค. 2561

ลงนาม.....

(นายแพทย์เนศ จิตวัฒน์กุล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ชัยเวช นุชประยูร)

ผู้ช่วยเลขาธิการสภากาชาดไทย รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา



**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา**  
**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**

**ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์**

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

Relationships between Health Care Behaviors, Anxiety, Social Support and Quality of Life among Pregnant Women with Pregnancy Induced Hypertension

**ชื่อนิติกร นางสาวดวงพร ไมตรีจิตต์**

รหัสประจำตัวนิติกร 56920214      **หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต**

สาขาวิชา การผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

**ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ**

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 01 - 2561 โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย  
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 90 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 16 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา