

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร

เจมจิรา ท้าวน้อย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

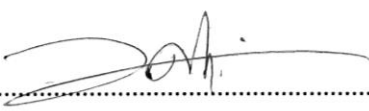
สิงหาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ เขมจิรา ท้าวน้อย ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)


  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณทนา สุกสีมานนท์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ร.อ.หญิงชนิดดา แนบเกษร)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณทนา สุกสีมานนท์)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.มนิรัตน์ ภาครูป)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๐๗ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิเดียวอิสระ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่ได้กรุณาแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ให้คำปรึกษาแนะนำทางที่ถูกต้อง มีข้อเสนอแนะที่ดีให้เสมอ รวมทั้งให้ความเอาใจใส่ ความรัก ความเมตตา และความปรารถนาดีแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ทำให้มีวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขึ้นมาได้ และสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง ในความกรุณาจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณทนา ศุภสิมานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม คณาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้และข้อเสนอแนะ จนทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในขั้นตอนการทำวิทยานิพนธ์ และเนื้อหาต่าง ๆ พร้อมทั้งให้กำลังใจจนทำวิทยานิพนธ์นี้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในงานวิจัย ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนี้

ขอกราบขอบพระคุณ พ่ออริคม คุณแม่ผาสุข สามัคคี และครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านด้วยความรัก คอยห่วงใย และเป็นกำลังใจที่สำคัญ ขอขอบคุณ พี่ ๆ น้อง ๆ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งขอบคุณ พี่น้องหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจจนทำวิทยานิพนธ์นี้สมบูรณ์

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ สามิที่รัก นายปุรศักดิ์ ท้าวน้อย และครอบครัว ที่คอยดูแลอำนวยความสะดวกในทุกเรื่อง เข้าใจ ให้กำลังใจ และสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ลุล่วงด้วยดี

เขมจิรา ท้าวน้อย

56920222:สาขาวิชา: การผดุงครรภ์; พย.ม. (การพยาบาลผดุงครรภ์)

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล/ การสนับสนุนทางสังคม/ หญิงตั้งครรภ์/ หญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร  
 เชมจิรา ท้าวน้อย: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคย  
 สูญเสียบุตร (FACTORS RELATED TO ANXIETY IN SUBSEQUENT PREGNANCY AMONG  
 PREGNANT WOMEN WITH A HISTORY OF PREGNANCY LOSS) คณะกรรมการควบคุม  
 วิทยานิพนธ์: วรณี เดียววิเศษ, Ph.D., วรณทนา สุภสีมานนท์, Ph.D. 60 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การสูญเสียทารกจากการตั้งครรภ์และการคลอดในครรภ์ก่อน ก่อให้เกิดความวิตกกังวล  
 ในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
 ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์ และการคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็น  
 หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด ที่มารับการบริการฝากครรภ์  
 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 และโรงพยาบาลอุ้มทอง  
 จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 111 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากหญิงตั้งครรภ์ที่มี  
 คุณสมบัติตามเกณฑ์ เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน มกราคมถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้  
 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประวัติ  
 ทางสูติกรรม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบวัดความวิตกกังวล  
 ขณะเผชิญ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์แบบ  
 พอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์หรือการคลอดครั้งก่อน  
 ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.5) และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมี  
 ความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลขณะเผชิญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.22, p = .02$ )  
 ส่วน อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา ( $r = -.10, p = .31$ ) ระยะห่างระหว่าง  
 การตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว ( $r = -.06, p = .50$ ) อายุครรภ์ปัจจุบัน ( $r = -.07, p = .44$ ) และการมี  
 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ( $r_{pb} = .04, p = .71$ ) ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล  
 ขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษานี้เสนอแนะให้พยาบาลในหน่วยให้บริการฝากครรภ์ มีการประเมิน  
 ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร และให้การพยาบาลโดยส่งเสริมให้ครอบครัว  
 เพื่อน และบุคคลรอบข้างของหญิงตั้งครรภ์ ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อลด  
 ระดับความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ในปัจจุบัน

56920222: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S. (MIDWIFERY)

KEYWORDS: ANXIETY/ SOCIAL SUPPORT/ PREGNANCY/ PREGNANT WOMEN WITH  
A HISTORY OF PREGNANCY LOSS

KHAMJIRA TAONOI: FACTORS RELATED TO ANXIETY IN SUBSEQUENT  
PREGNANCY AMONG PREGNANT WOMEN WITH A HISTORY OF PREGNANCY LOSS.

ADVISORY COMMITTEE: WANNEE DEOISRES, Ph.D., WANTANA SUPPASEEMANONT,  
Ph.D. 60 P. 2018.

Previous pregnancy loss may cause anxiety of women in a subsequent pregnancy. The purpose of this correlational research was to examine factors related to the anxiety of pregnant women with a history of pregnancy loss. Pregnant women ( $n = 111$ ) with a history of pregnancy loss attending antenatal care clinics at Chaophrayayommarat Hospital, Somdejphrasangkharach XVII Hospital and Uthong Hospital and met the study criteria were randomly selected to participate in the study. Data were collected during January to March, 2018 by using questionnaires including demographic and obstetric history questionnaire, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS-Thai version) and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI form Y-I: Thai version). Descriptive statistics, Pearson's correlation coefficients, and point biserial correlation coefficient were used to analyze data.

Results showed that 49.5 % of pregnant women with a history of pregnancy loss had moderate level of anxiety. Social support was significantly and negatively correlated with state anxiety ( $r = -.22, p = .02$ ). However, gestational age of previous pregnancy loss ( $r = -.10, p = .31$ ), interpregnancy interval ( $r = -.06, p = .50$ ), gestational age of current pregnancy ( $r = -.07, p = .44$ ), and obstetrical complication ( $r_{pb} = .04, p = .71$ ) were not significantly related to state anxiety during current pregnancy.

Findings of the study suggest that nurses in antenatal care unit should assess anxiety in pregnant women who had a history of pregnancy loss and provide them nursing care by enhancing social support from family, friends, and other networks for pregnant women in order to decrease anxiety during current pregnancy.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย .....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย .....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	8
การสูญเสียทารกในครรภ์จากการตั้งครรภ์และการคลอด.....	8
แนวคิดความวิตกกังวล .....	12
ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด....	13
ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร .....	17
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	22
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	23
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	25
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	25
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	26
4 ผลการวิจัย.....	28
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล .....	28

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสถิติกรรม .....	30
ส่วนที่ 3 ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่.....	33
ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่.....	33
ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ ที่เคยสูบบุหรี่.....	34
5 สรุปและอภิปรายผล .....	35
สรุปผลการวิจัย.....	35
การอภิปรายผล .....	36
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	39
บรรณานุกรม .....	40
ภาคผนวก .....	47
ภาคผนวก ก .....	48
ภาคผนวก ข .....	53
ภาคผนวก ค .....	58
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	60

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่ บุตร จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล .....	29
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่ บุตร จำแนกตามข้อมูลทางสูติกรรม.....	30
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และช่วงคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ ที่เคยสูบบุหรี่บุตร .....	33
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และช่วงคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ ที่เคยสูบบุหรี่บุตร .....	33
5	ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่เคย สูบบุหรี่บุตร .....	34



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย..... 6

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูญเสียทารกในครรภ์สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งพบการสูญเสียทารกในครรภ์แต่ละปีทั่วโลก 22 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2015) อัตราตายทารกแรกเกิด 18.6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (WHO, 2018) และจากรายงานการเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2558 รายงานจากสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่ายเฝ้าระวังการแท้งฯ จำนวน 371 แห่งใน 24 จังหวัด พบมีผู้ป่วยแท้งเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 194 แห่ง ผู้ป่วยแท้งทั้งหมด จำนวน 2,840 ราย เป็นผู้ป่วยแท้งเอง ร้อยละ 56.9 และผู้ป่วยทำแท้งร้อยละ 43.1 (กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, ธัชฉัท พันตรา, บุญฤทธิ์ สุจริตน์, ประวิช ชวชลาศัย และปิยรัตน์ เอี่ยมคง, 2560) และในปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีอัตราเกิดไร้ชีพ เท่ากับ 4.0 ต่อการเกิด 1,000 คน (เบญญาภา ศิริรัตน์, มยุรี คำรงค์ชาติ, รวิวรรณ จารุพรประสิทธิ์ และอารี สุทธิอาจ, 2559) อัตราตายทารกแรกเกิดปี พ.ศ. 2559 เท่ากับ 7.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (WHO, 2018) อัตราตายทารก 6.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) การสูญเสียทารกจากการตั้งครรภ์ และการคลอดพบได้จาก การแท้งเอง การทำแท้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือท้องนอกมดลูกหรือทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอดหรือการสูญเสียที่เกิดจากสุขภาพของมารดา เช่น มารดาเป็นโรคไต หัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้ ซึ่งในสตรีที่พบกับความสูญเสียนี้ถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต

ภายหลังการสูญเสียทารก จะมีความเศร้าโศกตามมา พบว่า หญิงตั้งครรภ์จะมีความเศร้าโศก ซึ่งความเศร้าโศกจากการสูญเสียนั้นเป็นปฏิกิริยาธรรมชาติ ที่เกิดจากการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก สิ่งที่เราคาดหวัง เป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคล ส่งผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของมารดา ซึ่ง Kubler-Ross and Kesster (2007) ได้แบ่งปฏิกิริยาเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grieving process) เป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ปฏิเสธ ไม่ยอมรับว่าเกิดการสูญเสีย เป็นกลไกปกป้องของบุคคล ระยะที่ 2 โกรธ โดยแสดงความโกรธต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น จะรู้สึกเสียใจ โทษตนเองหรือคนอื่น หรือสิ่งแวดล้อม มีความวิตกกังวลมากขึ้น สับสน รู้สึกว่าทำไมต้องเกิดเหตุการณ์แบบนี้กับตนเอง ทำไมไม่เกิดกับบุคคลอื่น ระยะที่ 3 ต่อรอง เริ่มรับรู้การสูญเสีย แต่จะพยายามต่อรองให้มีโอกาสอีกครั้งหรือมีเวลามากกว่านี้ ระยะที่ 4 ซึมเศร้า เป็นระยะพฤติกรรมแยกตัว แสดงความรู้สึกเสียใจต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น หมดหวัง หดหู่ ระยะที่ 5 ยอมรับ เริ่มกลับเข้าสู่สภาวะเดิม จะมีความวิตกกังวลลดลง ความซึมเศร้าจะหายไป (ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ, 2556) ซึ่งภายหลังสูญเสียทารกพบว่า

หญิงที่สูญเสียทารกในครรภ์มีความเศร้าโศกอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (พรณวดี ดันเลิศ, 2544) ความเศร้าโศกจากการสูญเสียอาจมีระยะเวลาถึง 1 ปี และความเศร้าโศกจากการสูญเสียทารกยังส่งผลให้สตรีเกิดความวิตกกังวลนานถึง 6 เดือนหลังการสูญเสีย (Evans, Hopper, Hughes, & turton, 2002; Bourne, Collins, Costello, Jermy, Luise, & May, 2002; Robinson, 2014)

ในการตั้งครรถ์ครั้งใหม่ ของหญิงที่เคยสูญเสียบุตรในการตั้งครรถ์และการคลอดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล จากการศึกษาของ Gaudet (2010) เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างการเศร้าโศก ความวิตกกังวลและสัมพันธภาพของหญิงตั้งครรถ์หลังจากสูญเสียบุตร พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรถ์ที่เคยสูญเสียบุตรสูงกว่าหญิงตั้งครรถ์ที่ไม่เคยสูญเสียบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ Cote-Arsenault (2003) หญิงตั้งครรถ์ที่เคยสูญเสียทารกในครรภ์จะมีความวิตกกังวลระหว่างการตั้งครรถ์มากกว่าหญิงตั้งครรถ์ที่ไม่เคยสูญเสียบุตร และมีโอกาสเกิดความวิตกกังวลได้สูงกว่าหญิงตั้งครรถ์ปกติ (DeBackere, Hill, & Kavanaugh, 2008; Gong et al., 2013; Robinson, 2014) หญิงตั้งครรถ์ที่เคยมีประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์มีระดับความวิตกกังวลสูง และมีอัตราการเกิดความวิตกกังวลสูงขึ้น (Armstrong, 2002; Barrett, Fockler, Ladhani, & Waston, 2017; Hunter, MacBeth, & Tussis, 2017) ในหญิงตั้งครรถ์ปกติจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรถ์อยู่แล้ว แต่ในหญิงตั้งครรถ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรถ์และการคลอดจะมีความกังวลมากกว่าหญิงตั้งครรถ์ปกติ

ความวิตกกังวล สามารถแบ่งความวิตกกังวลตามลักษณะที่แสดงออกมา ได้แก่ ความวิตกกังวลแฝง เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ เกิดจากประสบการณ์ในอดีต พันธุกรรม และสภาวะของอารมณ์ในปัจจุบันเป็นลักษณะเฉพาะบุคคล และความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นลักษณะเฉพาะเมื่อเกิดสถานการณ์เฉพาะ สภาวะการณ์เป็นความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในบุคคล ความวิตกกังวลจะแปรตามความรุนแรงของสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป ซึ่งเมื่อมีความวิตกกังวลก็จะมีกรตอบสนองทางด้านร่างกาย ความคิด (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) และในหญิงตั้งครรถ์ ความวิตกกังวลนี้ก็จะส่งผลต่อทารกในครรภ์อีกด้วย

ความวิตกกังวลขณะตั้งครรถ์ จะส่งผลต่อหญิงตั้งครรถ์ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความคิด มีการเพิ่มขึ้นของ อัตราการเต้นของหัวใจหญิงตั้งครรถ์ (Fifer et al., 2000) ส่งผลต่อความต้านทานของหลอดเลือดแดงที่ส่งไปยังรกเปลี่ยนแปลง (Kinsella & Moek, 2009) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Ding et al. (2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลขณะตั้งครรถ์กับการคลอดก่อนกำหนด พบว่า มารดาที่มีความวิตกกังวลขณะตั้งครรถ์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด และความวิตกกังวลขณะตั้งครรถ์ยังส่งผลต่อทารกทำให้ทารกมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น

(Correia & Linhares, 2007) และทารกมีน้ำหนักตัวน้อย (Abatemarco, Catov, Markovic, & Roberts, 2010; Hernandez-Martinez, Val, Murphy, Busquets, & Sans, 2011) ด้วยเหตุนี้ จึงต้องมีการประเมินและหาวิธีการแก้ไขความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด จะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป (Armstrong, 2002; Ugwumadu, 2015)

มีการศึกษาปัจจัยหลายปัจจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความวิตกกังวล และคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา อายุครรภ์ปัจจุบัน ระยะห่างของการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา (Bergner, Beyer, Fertl, Klapp, & Rauchfuss, 2009; Cote-Arsenault, 2007; DeBackere et al., 2008) หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ปัจจุบันยังไม่ถึงอายุครรภ์ที่สูญเสียบุตรครรภ์ก่อนจะมีระดับของความวิตกกังวลขณะเผชิญสูง นอกจากนี้การศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ยังพบว่า ระยะห่างของการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้วกับครรภ์ปัจจุบัน ยังมีผลต่อความวิตกกังวลด้วย (Gong et al., 2013; Hughes, Turton, & Evans, 1999) ซึ่งระยะห่างระหว่างครรภ์น้อยกว่า 6 เดือน และไม่เกิน 12 เดือนจะมีระดับความวิตกกังวลสูง โดย Gong et al. (2013) ได้ศึกษาความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร พบว่า ระยะห่างระหว่างครรภ์น้อยกว่า 6 เดือน มีความเสี่ยงที่จะมีความวิตกกังวลได้สูง และ Hughes et al. (1999) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีระยะห่างระหว่างครรภ์ภายใน 12 เดือน มีความเสี่ยงที่จะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูง นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลขึ้นกับอายุครรภ์ปัจจุบัน (Bergner, Beyer, Klapp, & Rauchfuss, 2008; Bergner et al., 2009; Gong et al., 2013; Johnson & Tsartsara, 2006) มีความเสี่ยงที่จะมีความวิตกกังวลในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ โดย Bergner et al. (2009) ได้ศึกษาความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยแท้ง จำนวน 342 คน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจะมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์และลดลงหลังจากนั้น และยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ คือ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ (กุลสตรี วรรณะไพสิฐ และปิยภรณ์ ปัญญาวิชร, 2557; วรรณภา พาหุวัฒน์กร, อมรรัตน์ ผาละศรี และเอมพร รตินทร, 2558; Barber & Starkey, 2015) จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลมากขึ้น นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นปัจจัยปกป้องสภาวะจิตใจ ส่งผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ โดยการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างในด้านต่าง ๆ อาจมาจากช่วยเหลือของครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลอื่น ๆ จากการศึกษาของ Cheng et al. (2016) ได้ทำการศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุน

ทางสังคมขณะตั้งครรภ์ต่อผลของการตั้งครรภ์ โดยทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 2,641 คน ในเมืองบอสตัน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นในขณะตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jonsdottir (2017) ที่ศึกษาสัมพันธ์ภาพสามีภรรยา การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ในไอซ์แลนด์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ ( $p < 0.001$ ) และการสนับสนุนจากสามี จะส่งผลดีต่อหญิงตั้งครรภ์และเกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี (Hobel, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร จากการตั้งครรภ์และการคลอด มีอัตราการเกิดความวิตกกังวลสูง ซึ่งความวิตกกังวลจะส่งผลต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก อาจทำให้เกิดการแท้ง คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และส่งผลต่อพัฒนาการทางระบบประสาทของทารก ความวิตกกังวลจึงเป็นสิ่งที่ควรประเมิน และป้องกัน ไม่ให้เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งในต่างประเทศได้มีผู้ศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร แต่ในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีผู้ศึกษาถึงปัจจัยเหล่านี้ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร จากการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา ระยะห่างของการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว อายุครรภ์ปัจจุบัน อีกทั้งยังพบว่า ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ และปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งก็คือ การสนับสนุนทางสังคม ที่เป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้เกิดความวิตกกังวล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน และวางแผนการพยาบาลให้แก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ได้เหมาะสมต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา ระยะห่างของการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว อายุครรภ์ปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน การสนับสนุนทางสังคม กับความวิตกกังวลของมารดาที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด

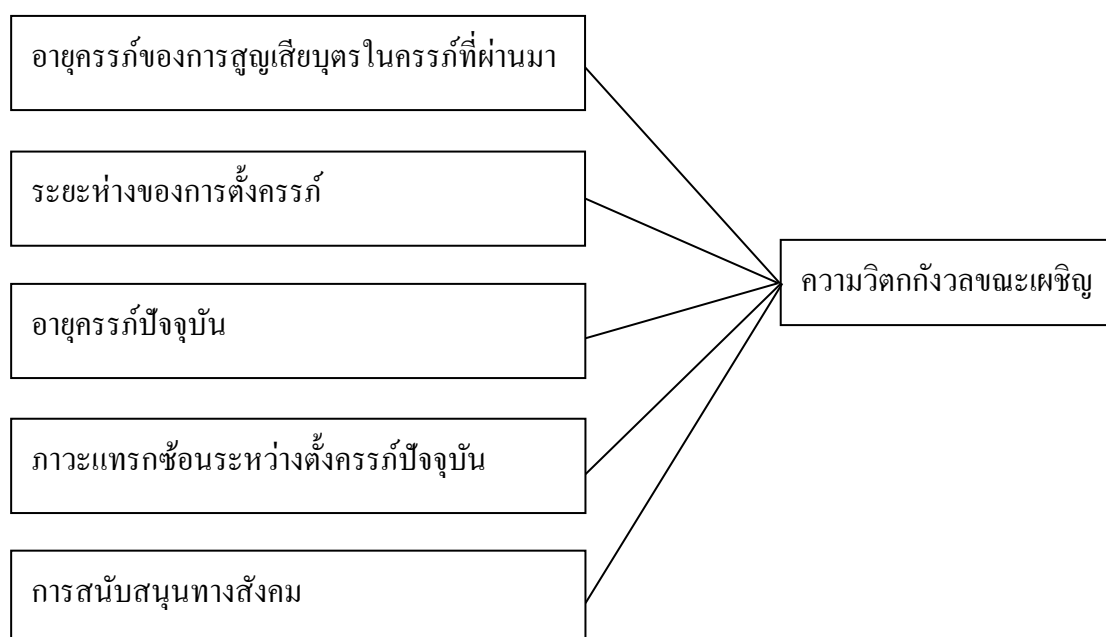
### สมมติฐานการวิจัย

1. อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร จากการตั้งครรภ์และการคลอด
2. ระยะห่างของการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด
3. อายุครรภ์ปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด
4. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด
5. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร โดยใช้แนวคิดความวิตกกังวล ของ Spielberg et al. (1983) ซึ่งกล่าวว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญ คือ เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ ที่เข้ามากระทบ และมีแนวโน้มว่าจะก่อให้เกิดอันตราย หรือคุกคาม ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ตึงเครียด กังวล ในสถานการณ์ที่กระทบหญิงตั้งครรภ์ คือ ประสบการณ์จากการสูญเสียบุตรจากการแท้งตายในครรภ์ หรือตายคลอด เมื่อตั้งครรภ์ครั้งใหม่ประสบการณ์จากการสูญเสียบุตรจะเข้ามากระทบ และเกิดความตึงเครียด กังวล นอกจากนี้สามารถอธิบายได้ด้วยปฏิกิริยาความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ในกระบวนการนี้จะมี ความวิตกกังวลเกิดขึ้นในระยะแรก และเมื่อกระบวนการผ่านไป ความวิตกกังวลจะลดลง การเศร้าโศกสูญเสียอาจคงอยู่นานเป็นเดือนหรือเป็นปี ความวิตกกังวล อาจเกิดต่อเนื่องมาจนถึงการตั้งครรภ์ครั้งใหม่และมีความวิตกกังวลสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ (Armstrong, 2002) สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอดได้จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่ผ่านมา ดังนี้ คือ อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา ระยะห่างของการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว อายุครรภ์ปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน และการสนับสนุนทางสังคม โดยเมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอดมีอายุครรภ์ปัจจุบัน ผ่านอายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมาแล้วจะมีระดับความวิตกกังวลลดลง (Bergner et al., 2009) และระยะห่างของการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้วกับครรภ์ปัจจุบันห่างกันน้อยกว่า 6 เดือน หญิงตั้งครรภ์จะมีระดับ

ความวิตกกังวลสูง (Gong et al., 2013) และเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ปัจจุบันอยู่ในช่วงไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะมีระดับความวิตกกังวลสูง (Johnson & Tsartsara, 2006) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบันจะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ (Chambers et al., 2010) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีระดับความวิตกกังวลสูง (Cheng et al., 2016)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ การแท้งเอง การทำแท้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หรือตั้งครรภ์นอกมดลูกหรือทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เป็น โรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลประจำอำเภอ ในจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีอัตราการคลอด 200-300 คนต่อเดือน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

## นิยามศัพท์เฉพาะ

หญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติในการแท้งเองหรือการทำแท้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หรือตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด ในการตั้งครรภ์ครั้งที่ผ่านมา

อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา หมายถึง การแท้งเองหรือการทำแท้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด มีหน่วยเป็นสัปดาห์

ระยะห่างของการตั้งครรภ์ หมายถึง ระยะเวลาหลังจากการแท้งเองหรือการทำแท้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอดของการตั้งครรภ์ครั้งก่อนจนถึงการตั้งครรภ์ครั้งปัจจุบัน มีหน่วยเป็นเดือน

อายุครรภ์ปัจจุบัน หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย จนถึงวันที่ตอบแบบสอบถามหรืออายุครรภ์จากการอัลตราซาวด์จนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม นับเป็นสัปดาห์

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นก่อนหรือขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีผลทำให้เกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และ/หรือทารกได้ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือบุคคลในเครือข่ายสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและเห็นคุณค่าในตนเอง วัดโดยแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS])

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ หมายถึง ความวิตกกังวลที่เกิดเมื่อสถานการณ์เฉพาะเกิดขึ้นชั่วคราวตามสภาวะการณ์ เป็นความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในบุคคล ที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์หลังจากมีการสูญเสียบุตรในครรภ์ก่อน วัดโดยแบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ (The State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y-I)



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในอดีต ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. การสูญเสียทารกในครรภ์จากการตั้งครรภ์และการคลอด
  - 1.1 อุบัติการณ์การสูญเสียทารกในครรภ์
  - 1.2 สาเหตุการสูญเสียทารกในครรภ์
  - 1.3 ผลกระทบจากการสูญเสียทารกในครรภ์
2. แนวคิดความวิตกกังวล
  - 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
  - 2.2 ประเภทของความวิตกกังวล
  - 2.3 ระดับของความวิตกกังวล
  - 2.4 การวัดความวิตกกังวล
3. ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด
  - 3.1 ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป
  - 3.2 ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด
  - 3.3 ผลกระทบจากความวิตกกังวล
4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร

#### การสูญเสียทารกในครรภ์จากการตั้งครรภ์และการคลอด

##### 1. อุบัติการณ์การสูญเสียทารกในครรภ์

ทั่วโลกพบว่าเกิดการแท้ง 22 ล้านคนต่อปี (WHO, 2015) อัตราตายทารกแรกเกิด 18.6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (WHO, 2018) และจากรายงานการเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย พ.ศ. 2558 รายงานจากสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่ายเฝ้าระวังการแท้งฯ จำนวน 371 แห่ง ใน 24 จังหวัด พบมีผู้ป่วย แท้งเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 194 แห่ง ผู้ป่วยแท้งทั้งหมด จำนวน 2,840 ราย เป็นผู้ป่วยแท้งเองร้อยละ 56.9 และผู้ป่วยทำแท้งร้อยละ 43.1 (กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง และคณะ, 2560) และในปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีอัตราเกิดไร้ชีพ เท่ากับ 4.0

ต่อการเกิด 1,000 คน (เบญญาภา ศิริรัตน์ และคณะ, 2559) อัตราตายทารกแรกเกิด ปี พ.ศ. 2559 เท่ากับ 7.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (WHO, 2018) อัตราตายทารก 6.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) การสูญเสียทารกจากการตั้งครรภ์และการคลอด พบได้จากการแท้งเอง การทำแท้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หรือท้องนอกมดลูก หรือทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอดหรือการสูญเสียที่เกิดจากสุขภาพของมารดา เช่น มารดาเป็น โรคไต หัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้ ซึ่งในสตรีที่พบกับความสูญเสียนี้ถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต

## 2. สาเหตุการสูญเสียทารกในครรภ์

การสูญเสียทารกในครรภ์จากการตั้งครรภ์และการคลอด พบได้จากการแท้ง (Abortion) ตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy) ทารกตายคลอด (Stillbirth) ทารกตายในครรภ์ (Death fetus in utero) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การแท้ง เป็นการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ หรือทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม การแท้งร้อยละ 74.6 เกิดขึ้นใน 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ (กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง และคณะ, 2560) สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของทารกในครรภ์ หรือมดลูกไม่สามารถเก็บทารกไว้หรือมีการหดตัวของมดลูกขับทารกออกมา แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (กระเชียร ปัญญาคำเลิศ, ชีรพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ และศกนัน มโนทัย, 2551)

2.1.1 การแท้งเอง (Spontaneous abortion or miscarriage) มักเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมของทารก การเจริญเติบโตของตัวอ่อนผิดปกติ สาเหตุจากมารดา อาจเกิดจากพยาธิสภาพเฉพาะที่หรือโรคทั่วร่างกาย ซึ่งนำไปสู่การแท้ง ได้แก่ การติดเชื้อ เช่น ปอดบวม ไทฟอยด์ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ ไข้ตั้งอักเสบ เยื่อช่องท้องอักเสบ การติดเชื้อปรสิต การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น ริม ไขหวัดใหญ่ มีภาวะทุพโภชนาการชนิดรุนแรง ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันโรค การได้รับยา และปัจจัยแวดล้อม สารพิษ และรังสี เช่น สารหนู ตะกั่ว เบนซิน ความผิดปกติของตัวมดลูก และปากมดลูกอาจทำให้เกิดการแท้งได้ในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ ความพิการของมดลูกโดยกำเนิด การมีพังผืดในโพรงมดลูก การบาดเจ็บจากการผ่าตัดช่องท้อง ความล้มเหลวของการใช้ห่วงอนามัยที่ยังค้างอยู่ในโพรงมดลูกขณะตั้งครรภ์จะเพิ่มอุบัติการณ์การแท้งได้

2.1.2 การทำแท้ง (Induced abortion) พบมากในกลุ่มอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 25.5 (กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง และคณะ, 2560) การทำแท้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (Therapeutic abortion) การทำแท้งผิดกฎหมาย (Criminal abortion) การทำแท้งไม่ผิดกฎหมาย (Elective หรือ Voluntary

abortion) เมื่อตรวจพบว่า หากมีการตั้งครรภ์ต่อไปจะอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ หรือมีผลทำให้ทารกพิการและปัญญาอ่อน เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง โรคหัวใจ หรือเป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการถูกข่มขืนกระทำชำเรา (กระเชียร ปัญญาคำเลิศ และคณะ, 2551)

2.2 ตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy) หมายถึง การฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว นอกโพรงมดลูก อาจพบได้ที่รังไข่ ปากมดลูก และในช่องท้อง สาเหตุของการท้องนอกมดลูกเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติของท่อ นำไข่ทำให้เกิดสภาพการณ์ที่ขัดขวาง และหน่วงเหนี่ยวไม่ให้ไข่ที่ถูกผสมแล้วเดินทางเข้าสู่โพรงมดลูกได้ การอักเสบเรื้อรังของท่อ นำไข่ ส่งผลให้เกิดพังศึคขึ้นจนทำให้ท่อ นำไข่ตีบแคบ และผิดปกติ ตัวอ่อนจึงไม่สามารถเคลื่อนผ่านไปได้ในเวลาที่เหมาะสม ทำให้เกิดการฝังตัวนอกโพรงมดลูก (ชำนาญ เกียรติพิรกุล, 2554)

2.3 ทารกตายในครรภ์ (Death fetus in utero) หมายถึง การที่ทารกเสียชีวิต ก่อนการเจ็บครรภ์คลอด โดยทารกมีอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ (สุชยา ลือวรรณ, 2558) ส่วนใหญ่มักเกิดจากทารกพิการแต่กำเนิดหรือมีความผิดปกติของโครโมโซม เด็กเจริญเติบโตในครรภ์ช้า สาขะคือพันแนรรอบคอ รกลอกตัวก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อในโพรงมดลูก โรคเบาหวาน ครรภ์เกินกำหนด ความดันโลหิตสูง ซีดอย่างรุนแรง โรคแพ้ภูมิตนเอง โรคหัวใจ

2.4 การตายคลอด (Stillbirth) หมายถึง การที่ทารกคลอดออกมาแล้วไม่มีอาการแสดงของการมีชีวิต (สุชยา ลือวรรณ, 2558) โดยการตายเกิดขึ้นช่วงใดก็ได้ ก่อนการคลอดเสร็จสมบูรณ์ โดยทารกมีอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ น้ำหนักตัวมากกว่า 1,000 กรัม มีสาเหตุมาจาก ความผิดปกติทางโครโมโซม ความผิดปกติของโครงสร้างของทารกหรือความพิการแต่กำเนิด เช่น ทารกไม่มีศีรษะ (Anencephaly) ความผิดปกติของหัวใจ (Congenital heart defect) การติดเชื้อในครรภ์ การติดเชื้อที่เป็นสาเหตุสำคัญของการตายทารก คือ การติดเชื้อซิฟิลิส ซึ่งสามารถผ่านรกไปสู่ทารกและทำให้เกิดการติดเชื้อของทารกในครรภ์ได้ ทารกบวมน้ำ (Hydrops fetalis) คือ การมีน้ำคั่งในช่องว่างในร่างกายตั้งแต่สองช่องขึ้นไป พบบ่อยที่สุด คือ โรคธาลัสซีเมีย ภาวะหัวใจวายในครรภ์ การติดเชื้อ ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คือการมีน้ำหนักต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่สิบของอายุครรภ์นั้น ๆ อาจทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้ (Ugwumadu, 2004) ครรภ์เกินกำหนด ตั้งครรภ์มากกว่า 42 สัปดาห์ ครรภ์แฝด การตายของทารกในครรภ์แฝดอาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น ความพิการของทารกแต่กำเนิด สะดือพันกัน ในครรภ์แฝดที่มีถุงน้ำเดียวกัน การต่อกันของเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงของทารกแฝดภายในเนื้อรก ทำให้เกิดการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ โลหิตจางในคนที่ให้เลือด และภาวะหัวใจวาย น้ำคร่ำมาก เลือดข้นในคนที่

ผู้รับเลือด ซึ่งถ้ารุนแรงก็อาจทำให้ตายได้ ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน เกิดจากการขาดออกซิเจนไปเลี้ยงทารก ซึ่งมีสาเหตุได้หลายอย่าง เช่น รกเสื่อม รกลอกตัวก่อนกำหนด สายสะดือข้อย การคลอดยาก ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงเป็นสาเหตุให้เกิดทารกตายคลอดได้ และโรคหรือภาวะบางอย่างของมารดา เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ อาจเป็นผลมาจากการลอกตัวของรกก่อนกำหนดหรือรกเสื่อมสภาพ ในมารดาที่เป็นเบาหวาน เชื่อว่ามาจากการเกิดความผิดปกติของการทำงานของรกและการที่ทารกมีความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ที่ผิดปกติไปมารดาที่เป็น โรคแพ้ภูมิตนเอง มีอันตรายจากการคลอดสูงกว่าปกติ ซึ่งจากการสูญเสียทารกในครรภ์จากการตั้งครรภ์และการคลอดจะส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์

### 3. ผลกระทบจากการสูญเสียทารกในครรภ์

เมื่อเกิดการสูญเสีย ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เป็นปฏิกิริยาของการพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รักที่ผูกพัน หรือมีค่ามีความสำคัญในชีวิต ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ และทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย การแสดงออกจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ซึ่ง Kubler-Ross and Kesster (2007) ได้แบ่งปฏิกิริยาเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grieving process) เป็น 5 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาที่ 1 ปฏิเสธ ไม่ยอมรับว่าเกิดการสูญเสีย เป็นกลไกปกป้องของบุคคลที่จะต้องเผชิญกับความจริง ระยะเวลาที่ 2 โกรธ โดยแสดงความโกรธต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น จะรู้สึกเสียใจ โทษตนเองหรือคนอื่น หรือสิ่งแวดล้อม มีความวิตกกังวลมากขึ้น สับสน รู้สึกว่าทำไมต้องเกิดเหตุการณ์แบบนี้กับตนเอง ทำไมไม่เกิดกับบุคคลอื่น ระยะเวลาที่ 3 ต่อรองเริ่มรับรู้การสูญเสีย แต่จะพยายามต่อรองให้มีโอกาสอีกครั้งหรือมีเวลามากกว่านี้ เพื่อปลอบใจในการที่ยังไม่สามารถยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ระยะเวลาที่ 4 ซึมเศร้าเป็นระยะพฤติกรรมแยกตัว แสดงความรู้สึกเสียใจต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หมดหวัง หดหู่ ระยะเวลาที่ 5 ยอมรับ เริ่มกลับเข้าสู่สภาวะเดิม จะมีความวิตกกังวลลดลง ความซึมเศร้าจะหายไป (ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ, 2556) ความเศร้าโศกจากการสูญเสียอาจจะคงอยู่เป็นเดือนหรือเป็นปี ซึ่งจะคงอยู่เป็นระยะเวลา 1 ปี ถึงร้อยละ 14-20 (Robinson, 2014) และอาจส่งผลให้สตรีเกิดความวิตกกังวล (Evans et al., 2002; Bourne et al., 2002; Robinson, 2014) จากการศึกษาของ Nikcevic, Tunkel, and Nicolaidis (1998) ได้ศึกษา ผลทางจิตใจหลังเกิดการแท้ง โดยศึกษาในหญิงที่มีการวินิจฉัยว่าแท้งในอายุครรภ์ 10-14 สัปดาห์ จำนวน 204 คน ในเมืองลอนดอน ประเทศอังกฤษ โดยได้ศึกษาตั้งแต่ 19-400 วัน หลังจากวินิจฉัยว่ามีอาการแท้ง พบว่า หญิงที่มีการแท้งบุตรจะมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ร้อยละ 45 และคงอยู่นานถึง 6 เดือนหลังการสูญเสีย (Robinson, 2014) ความเศร้าโศกอาจเกิดต่อเนื่องไปจนถึงการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น

## แนวคิดความวิตกกังวล

แนวคิดความวิตกกังวลได้มีผู้อธิบายไว้หลากหลาย ซึ่งส่วนใหญ่นิยมใช้ เป็นแนวคิดของ Spielberg ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาทางคลินิกและเป็นอาจารย์ภาควิชาจิตวิทยาของมหาวิทยาลัยเซาท์ฟลอริดา และได้ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลและได้สร้างเครื่องมือวัดความวิตกกังวลที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และผู้วิจัยได้ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

### 1. ความหมายของความวิตกกังวล

Spielberger et al. (1983) กล่าวถึงความวิตกกังวลว่า เป็นความเครียดที่เกิดจากการถูกคุกคามในความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล สิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเป็นสิ่งที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ทำให้บุคคลรู้สึกหวาดหวั่นและกังวลใจ

กมลเนตร วรรณเสวก และคณะ (2558) ได้กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัย ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ผู้ที่มีความกังวลมักจะรู้สึกไม่สบายใจ ไม่เข้าใจ หรือเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลไม่แจ่มแจ้ง และมักจะมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติร่วมด้วย และแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล

สรุป ความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด วุ่นวายใจ สับสน หวั่นไหว ไม่ปลอดภัย ไม่ปลอดภัย มีการตอบสนองทางด้านร่างกายและอารมณ์

### 2. ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger et al. (1983) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภทคือ

2.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดเมื่อเกิดสถานการณ์เฉพาะ เกิดขึ้นชั่วคราวตามสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ และมีแนวโน้มว่าจะก่อให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกตึงเครียด กระวนกระวาย และพฤติกรรมที่ได้ตอบสนองความวิตกกังวลแบบเผชิญจะสังเกตเห็นได้ ความวิตกกังวลจะแปรตามความรุนแรงของสิ่งเร้า และเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา ประเมินด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ (STAI form Y-I)

2.2 ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ไป เกิดอย่างต่อเนื่อง และเป็นเวลานานจนเป็นลักษณะเฉพาะบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ซึ่งมีเกิดจากประสบการณ์ในอดีต พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และสภาวะของอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ประเมินด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลแบบแฝง (STAI form Y-II)

ความวิตกกังวลทั้ง 2 ชนิดมีความสัมพันธ์กัน คือ เมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบบุคคล บุคคลจะประเมินสถานการณ์ที่เข้ามา เมื่อประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตรายหรือคุกคามตนเอง

ก็จะเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ดังนั้นถ้าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูง ก็จะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญค่อนข้างสูงกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ (คาราวรรณ ต๊ะปันตา, 2535)

### 3. การวัดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นพฤติกรรมทางด้านอารมณ์ที่แสดงออกต่างกันในแต่ละบุคคล และสถานการณ์ มีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินความวิตกกังวลไว้หลายรูปแบบ สามารถประเมินความวิตกกังวลได้ 3 วิธี ดังนี้

การประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การขยายตัวของรูม่านตา และมีเหงื่อออก โดยใช้เครื่องมือวัดทางด้านอิเล็กทรอนิกส์

การสังเกตจากพฤติกรรม เป็นการสังเกตการเปลี่ยนแปลงในด้านการเคลื่อนไหว การพูด การติดต่อสื่อสาร โดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ความสอดคล้องของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ และซับซ้อน โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นปฏิกิริยาสะท้อนมาจากอารมณ์ภายในจิตใจ

แบบประเมินจากความรู้สึก ใช้ประเมินการตอบสนองภายในเพื่อสอบถามความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคล ซึ่งแบบสอบถามมีหลายแบบ ที่นิยมใช้กันมากที่สุดคือ The State-Trait Anxiety Inventory [STAI] ของ Spielberger et al. (1983) สามารถใช้วัดความรู้สึกต่อสถานการณ์เฉพาะ ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-I) ใช้วัดความวิตกกังวลในสถานการณ์เฉพาะ และใช้วัดความวิตกกังวลที่มีอยู่ในตัวบุคคลนั้น ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวลแฝง (STAI form Y-II)

ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาความวิตกกังวลขณะเผชิญ ของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด ประเมินด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลแบบเผชิญ (STAI form Y-I)

### ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด

หญิงตั้งครรภ์โดยทั่วไป จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจและสังคมตามธรรมชาติ มีความคาดหวังต่อการตั้งครรภ์ จากบุคคลในครอบครัว ทำให้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้ และขอแบ่งความวิตกกังวลในการตั้งครรภ์ เป็น 2 หัวข้อ ได้แก่ ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป และความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์

และการคลอด

## 1. ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป

ในการตั้งครรภ์ มีการศึกษาวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีระดับความวิตกกังวลสูง ร้อยละ 14-54 (D'Souza, Madhavanprabhakaran, & Nairy, 2015) ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลในเรื่องดังต่อไปนี้

1.1 ความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ หญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะตั้งครรภ์ มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เช่น ฝ้า สีผิวคล้ำ ลานนม และหัวนมสีคล้ำขึ้น ขนาดหน้าท้องมีขนาดใหญ่ขึ้น หน้าอกขยาย น้ำหนักเพิ่มขึ้น สภาพลักษณะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวล และมีความรู้สึกเงินอายเมื่อต้องออกสังคมขณะตั้งครรภ์ (Moore, 1983) และจากการศึกษาของ Circenis, Deklava, Lubina, Miller, and Sudraba (2015) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ

1.2 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับบทบาทใหม่ หญิงตั้งครรภ์จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำบทบาทมารดาในการดูแลบุตร กังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตและความรู้สึกไม่สบายใจ เช่นการศึกษาของ Circenis et al. (2015) พบว่า มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบทบาทมารดา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.3 ความวิตกกังวลระดับสูง ร้อยละ 14.4 และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.2 มีความวิตกกังวลระดับสูง ร้อยละ 8.7 เช่นเดียวกับการศึกษาของ D'Souza et al. (2015) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 500 คน ในประเทศอินเดีย พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 42.2 และไตรมาสที่ 1 ร้อยละ 36.2

1.3 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพของคู่สมรส หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ทำให้ร่างกายเกิดอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ จากการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ทำให้ไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์ หรือมีความต้องการลดลง อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีขนาดหน้าท้องที่ใหญ่ขึ้น สีผิวบางแห่งมีสีคล้ำ และกลัวว่าการมีเพศสัมพันธ์จะมีอันตรายต่อทารกในครรภ์ ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาละเอียดอ่อน ทำให้คู่สมรสไม่กล้าเปิดเผยความวิตกกังวล และคับข้องใจในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1995)

1.4 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและความสมบูรณ์ของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงแรก ๆ จะกลัวการแท้ง มีการสังเกตความผิดปกติ เช่น การมีเลือดออก การเคลื่อนไหวของบุตร กังวลถึงความพิการและสติปัญญาของบุตร และสุดท้ายก็จะกังวลเกี่ยวกับการตายของบุตรในระยะใกล้คลอดหรือในขณะที่คลอด นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรสยังมีความกังวลเกี่ยวกับธรรมชาติและบุคลิกลักษณะของบุตรในครรภ์

ซึ่งได้แก่ รูปร่าง หน้าตา ขนาด สัดส่วน เพศของบุตร (Boback et al., 1995) และโรคที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของทารกในครรภ์ (Circenis et al., 2015) สิ่งเหล่านี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลตลอดเวลา กลัวจะไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้

1.5 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดบุตร หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของบุตรระหว่างการคลอด กลัวเกิดความพิการ กลัวเจ็บปวด กลัวการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง กลัวว่าจะร้องไห้อย่างลึมตัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเดินทางไปโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการขาดความรู้เรื่องของร่างกายและกระบวนการคลอดนั่นเอง (Boback et al., 1995) หญิงตั้งครรภ์จะมีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดบุตรสูงขึ้นใน ไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (D'Souza et al., 2015) มีความวิตกกังวลว่าทารกจะได้รับบาดเจ็บจากการคลอด และ ความสามารถในการหายใจของทารกแรกเกิด (Circenis et al., 2015) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการบาดเจ็บของฝีเย็บจากการคลอด มีระดับความวิตกกังวลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.4

จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ปกติ หญิงตั้งครรภ์จะมีความวิตกกังวลในทารกอยู่แล้ว และมีความวิตกกังวลอยู่ระดับปานกลางถึงวิตกกังวลสูง และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด

## 2. ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด

ในหญิงตั้งครรภ์ปกติ จะเกิดความวิตกกังวลอยู่แล้ว ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ในกรณีที่เกิดการสูญเสียทารกจากการตั้งครรภ์และการคลอด แล้วมีการตั้งครรภ์ครั้งใหม่ ก็จะสามารถทำให้เกิดความวิตกกังวลได้เช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาของ Gaudet (2010) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเศร้าโศก ความวิตกกังวลและสัมพันธภาพของหญิงตั้งครรภ์หลังจากสูญเสียบุตร โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียทารกจำนวน 99 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติการสูญเสียบุตร จำนวน 74 คน พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยสูญเสียบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Cote-Arsenault (2003) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรในหญิงตั้งครรภ์ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 160 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร จำนวน 74 คน และเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยสูญเสียบุตร จำนวน 96 คน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียทารกในครรภ์จะมีความวิตกกังวลระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยสูญเสียบุตร ( $p = .003$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bergner et al. (2009) ที่ศึกษาผลกระทบและระดับของความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการแท้งบุตรในประเทศเยอรมัน พบว่า ในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยแท้งบุตรมีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยแท้งบุตรในช่วง



ไทรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ( $p < 0.001$ ) ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในการตั้งครรภ์ครั้งใหม่ (Robinson, 2014; Ugwumadu, 2015) หญิงตั้งครรภ์จะมีระดับและอัตราความวิตกกังวลสูง (Barrett et al., 2017)

### 3. ผลกระทบของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ จะส่งผลต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก โดยผลของความวิตกกังวลต่อหญิงตั้งครรภ์จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความคิด มีอัตราการเต้นของหัวใจหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น (Fifer et al., 2000) และยังส่งผลต่อความต้านทานของหลอดเลือดแดงที่ส่งไปยังรกเปลี่ยนแปลง (Kinsella & Monk, 2009) ความวิตกกังวลส่งผลให้จิตใจและอารมณ์ปั่นป่วนและยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในร่างกาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ก็จะเปลี่ยนแปลงมาก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากความวิตกกังวล ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี มีการหลั่ง อีพิเนฟริน (Epinephrine) นอร์อีพิเนฟริน (Nor epinephrine) และอดรีโนคอร์ติคอลล (Adriano cortical horla) จะถูกขับออกมาสู่กระแสเลือดมากขึ้น มีผลต่อร่างกายหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังมีผู้ทำการศึกษาผลของความวิตกกังวลต่อหญิงตั้งครรภ์ สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลระดับสูงมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ การคลอดยาวนาน (Prolonged labour) หรือ การคลอดเฉียบพลัน (Precipitate labour) หรือการคลอดที่จำเป็นต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการและความวิตกกังวล และเครียดของหญิงมีครรภ์มีผลให้เกิด Stress hormone ซึ่งจะไปขัดขวางการส่งโปรตีนผ่านรกไปยังทารกทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Ding et al. (2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์กับการคลอดก่อนกำหนด พบว่า มารดาที่มีความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงในการการคลอดก่อนกำหนด (Abatemarco et al., 2010; Ibanez et al., 2012; Dunkel, Schetter, & Tanner, 2012) และจากการศึกษาของ Catov, Wu, Olsen, Sutton-Tyrrell, Li, and Nohr (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ต่อผลของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 667 คน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีอายุครรภ์ ขณะคลอดน้อยกว่ากำหนดคลอด 8.2 วัน และมีความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ahmadi, Amiri, Hajiahmadi, and Salmalian (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ประเทศอิหร่าน จำนวน 682 คน พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .0001$ )

ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์นอกจากจะส่งผลต่อหญิงตั้งครรภ์แล้ว ยังส่งผลต่อทารกให้มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (Correia & Linhares, 2007) ความวิตกกังวลและเครียดของหญิงตั้งครรภ์มีผลให้เกิด Stress hormone ซึ่งจะไปขัดขวางการส่งโปรตีน ผ่านรกไปยังทารก ทำให้น้ำหนักตัวน้อย (Ascencio, 2012; Catov et al., 2010; Hernandez-Martinez et al., 2011) ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางระบบประสาทของทารกในครรภ์ (Dunkel et al., 2012)

### ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่จากการตั้งครรภ์และการคลอด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญดังนี้

#### 1. อายุครรภ์ของการสูบบุหรี่ในครรภ์ที่ผ่านมา

หญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่ เมื่ออายุครรภ์ปัจจุบันยังไม่ถึงช่วงอายุครรภ์ของการสูบบุหรี่ในครรภ์ที่ผ่านมา หญิงตั้งครรภ์จะมีระดับความวิตกกังวลสูง จากการศึกษาของ Bergner et al. (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับระดับ และผลกระทบของความวิตกกังวลในระหว่างการตั้งครรภ์ หลังการแพ้ เก็บข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์แต่ละช่วงอายุครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ปัจจุบันยังไม่ถึงอายุครรภ์ที่สูบบุหรี่ครรภ์ก่อน จะมีระดับของความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ปัจจุบันเกินอายุครรภ์ที่สูบบุหรี่ครรภ์ก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.033$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ แสดงให้เห็นว่า ถ้าอายุครรภ์ยังไม่ก้าวข้ามอายุครรภ์ที่สูบบุหรี่จะมีระดับความวิตกกังวลสูง และเมื่ออายุครรภ์ก้าวข้ามอายุครรภ์ที่สูบบุหรี่แล้วระดับความวิตกกังวลจะลดลง

#### 2. ระยะห่างของการตั้งครรภ์

ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ของการตั้งครรภ์ครั้งก่อนจนถึงการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ซึ่งจากการศึกษาของ Gong et al. (2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศจีน พบว่า หญิงที่มีประวัติแท้งเองและระยะห่างระหว่างครรภ์น้อยกว่า 6 เดือน มีความเสี่ยงที่จะมีความวิตกกังวลในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hughes et al. (1999) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติทารกตายในครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีระยะห่างระหว่างครรภ์ภายใน 12 เดือน มีความเสี่ยงที่จะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูง และ 12 เดือนหลังคลอดจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญ และความวิตกกังวลแฝงมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เว้นระยะของการมีบุตรนานกว่า 12 เดือน ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเกิดการสูญเสียทารกจากการตั้งครรภ์จะเกิดปฏิกิริยาเศร้าโศกจากการสูญเสีย ซึ่ง Kubler-Ross and Kesster (2007) ได้แบ่งปฏิกิริยาเศร้าโศกจากการ

สูญเสีย (Grieving process) เป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ปฏิเสธ ไม่ยอมรับว่าเกิดการสูญเสีย เป็นกลไกปกป้องของบุคคล ระยะที่ 2 โกรธ โดยแสดงความโกรธต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น จะรู้สึกเสียใจโทษตนเองหรือคนอื่นหรือสิ่งแวดล้อม มีความวิตกกังวลมากขึ้น สับสน รู้สึกว่าทำไมต้องเกิดเหตุการณ์แบบนี้กับตนเอง ทำไมไม่เกิดกับบุคคลอื่น ระยะที่ 3 ต่อรองเริ่มรับรู้การสูญเสีย แต่จะพยายามต่อรองให้มีโอกาสอีกครั้งหรือมีเวลามากกว่านี้ ระยะที่ 4 ซึมเศร้า เป็นระยะพฤติกรรมแยกตัว แสดงความรู้สึกเสียใจต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น หมดหวัง หดหู่ ระยะที่ 5 ยอมรับ เริ่มกลับเข้าสู่สภาวะเดิม จะมีความวิตกกังวลลดลง ความซึมเศร้าจะหายไป (ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ, 2556) ซึ่งภายหลังสูญเสียทารกพบว่า หญิงที่สูญเสียทารกในครรภ์มีความเศร้าโศกอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (พรรณวดี ต้นเลิศ, 2544) ความเศร้าโศกจากการสูญเสียอาจมีระยะเวลาถึง 1 ปี และความเศร้าโศกจากการสูญเสียทารกยังส่งผลให้สตรีเกิดความวิตกกังวลนานถึง 6 เดือนหลังการสูญเสีย (Evans et al., 2002; Bourne et al., 2002; Robinson, 2014) เมื่อหญิงที่สูญเสียบุตรมีการตั้งครรภ์ครั้งใหม่ขึ้นในช่วงเวลาไม่เกิน 6 เดือนหลังการสูญเสีย จะทำให้ มีความเสี่ยงที่จะเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น

### 3. อายุครรภ์ปัจจุบัน

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์จะมีความแตกต่างกันออกไป ในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์ หวาดกลัว กังวลกับภาระหน้าที่ บทบาทการเป็นมารดา และในไตรมาสที่ 3 หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด จากการศึกษาของ Bergner et al. (2009) ที่ศึกษาผลกระทบและระดับของความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการแท้งเองในประเทศเยอรมัน พบว่า ในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์จะมีระดับความวิตกกังวลสูงขึ้น ( $p = 0.042$ ) และลดลงหลังจากนั้น ( $p = 0.006$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gong et al. (2013) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติแท้งเองมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์แรกในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (Bergner et al., 2008; Johnson & Tsartsara, 2006) และลดลงในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (Johnson & Tsartsara, 2006) เนื่องจากการตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแท้งและสุขภาพทารกในครรภ์ แต่เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นความเสี่ยงในการแท้งลดลงก็จะมี ความวิตกกังวลลดลง

### 4. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงจะมีความวิตกกังวลสูงมากกว่า ซึ่งมารดาจะวิตกกังวลในเรื่องสุขภาพของตนเองระหว่างตั้งครรภ์ และสุขภาพของบุตร ดังเห็นได้จากการศึกษาของ Ahmadi et al. (2009) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดมีระดับความวิตกกังวลในระหว่างการตั้งครรภ์สูง

กว่าหญิงตั้งครรภ์ครบกำหนด และมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ กุลสตรี วรธนะไพสิฐ และปิยภรณ์ ปัญญาวิหิร (2557) ได้ศึกษาความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า มีความวิตกกังวลในระดับต่ำร้อยละ 48.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และระดับรุนแรง ร้อยละ 18.3 และในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานครั้งแรกจะมีความวิตกกังวลมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่รับผลการวินิจฉัยว่าปกติของ วรรณภา พาวุฒิพนกร และคณะ (2558) ศึกษาความวิตกกังวลในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็จะเพิ่มระดับความวิตกกังวลให้หญิงตั้งครรภ์ได้ (Barber & Starkey, 2015) จากการวิจัยที่ผ่านมามีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลได้ (Biaggi, Conroy, Pawlby, & Pariante, 2016) ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์ และการคลอด Chambers et al. (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ในหญิงตั้งครรภ์กรุงลอนดอน จำนวน 120 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 60 คน และเป็นหญิงตั้งครรภ์ปกติ จำนวน 60 คน ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า ในหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ จะมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ( $p = 0.00$ ) ความวิตกกังวลแฝง ( $p = 0.02$ )

### 5. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ พฤติกรรม และเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของบุคคล แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม มีผู้ให้คำนิยามสำคัญไว้ ดังนี้

House (1981) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมแต่ละคน ได้แก่ การได้รับนับถือ การยอมรับ การได้รับความปลอดภัย ได้รับความเห็นใจ และได้รับการตอบสนองความต้องการ รวมทั้งเป็นความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือขาดหายไปจากคนที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

Thoits (1982) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ความรู้สึก สิ่งของหรือข้อมูล

Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่น ๆ ตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ

ดังนั้นจากความหมายการสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้น การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือบุคคลในเครือข่ายสังคม จากครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่น ๆ ทำให้บุคคลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและเห็นคุณค่าในตนเอง

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. Emotional support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย
2. Appraisal support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น
3. Information support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ
4. Instrumental support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงานเงิน เวลา เป็นต้น

ในการตั้งครรภ์อาจถือเป็นภาวะวิกฤตตามพัฒนาการ เนื่องจากการตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมีการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพจากบุคคลอิสระมาบิพบาทการเป็นมารดา รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างมาก ต้องการความเข้าใจ กำลังใจ และความช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจจากบุคคลรอบข้างมากกว่าเดิม โดยเฉพาะจากสามีและมารดา ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของหญิงตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ดีขึ้น การได้รับสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์จากคู่สมรส ครอบครัว และเพื่อนสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และเพิ่มน้ำหนักรากแรกเกิด ส่งผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ (Eskenezai & Harley, 2006) จากการศึกษาของ Cheng et al. (2016) ที่ทำการศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนจากสามีขณะตั้งครรภ์ต่อผลของการตั้งครรภ์ โดยทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 2,641 คนในพื้นที่เมืองบอสตัน พบว่า การสนับสนุนจากสามีที่ต่ำ จะมีความสัมพันธ์กับคะแนนความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในขณะตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bayrampour, McDonald, and Tough (2015) ที่ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ประเทศแคนาดา ในไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ จำนวน 3,021 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Kwong, Wang, Wang, Lau, and Wong (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม ความเครียดและความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 755 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบโดยตรง และสามารถลดอาการของความวิตกกังวลได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jonsdottir (2017) ที่ศึกษาสัมพันธ์ภาพสามิภรรยา การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ในไอซ์แลนด์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ ( $p < 0.001$ ) และการสนับสนุนจากสามี จะส่งผลดีต่อหญิงตั้งครรภ์และเกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี (Hobel, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์ และการคลอด มีอัตราการเกิดความวิตกกังวลสูง ซึ่งความวิตกกังวลจะส่งผลเสียต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก ความวิตกกังวลจึงเป็นสิ่งที่ควรประเมินและป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งในต่างประเทศได้มีผู้ศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร แต่ในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีผู้ศึกษาถึงปัจจัยเหล่านี้ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา ระยะห่างของการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว อายุครรภ์ปัจจุบัน อีกทั้งยังพบว่า ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ และปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งก็คือ การสนับสนุนทางสังคม ที่เป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้เกิดความวิตกกังวลในการศึกษานี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรมากยิ่งขึ้น สามารถนำความรู้ไปใช้ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการสูญเสียทารกจากการตั้งครรภ์และการคลอดได้เป็นอย่างดี

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรที่เข้ารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลประจำอำเภอที่มีอัตราการคลอด 200-300 คนต่อเดือน

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอดที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 111 คน

##### การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G\* Power 3.1.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) โดยกำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 มีอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยกำหนดที่ .30 (Polit & Sherman, 1990) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน

##### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. มีประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์ก่อน ได้แก่ การแท้งเอง การทำแท้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด
3. สามารถอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ดีสามารถสื่อสารความหมายเข้าใจได้ และมีสติสัมปชัญญะดี

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประวัติทางสูติกรรม ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดบุตร ประวัติการแท้งบุตร ประวัติการตั้งครรภ์นอกมดลูก ประวัติการเสียชีวิตในครรภ์หรือจากการคลอด จำนวนบุตรมีชีวิต ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Trait Anxiety Inventory for Adults: [STAI] form Y-1) ของ Spielberger et al. (1983) ฉบับภาษาไทย และซึ่งได้รับอนุญาตจาก Mind Garden, Inc. จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 10 ข้อ คำถามแต่ละข้อ เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 อันดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย
- 2 คะแนน หมายถึง มีบ้าง
- 3 คะแนน หมายถึง มีค่อนข้างมาก
- 4 คะแนน หมายถึง มีมากที่สุด

ข้อความทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 และข้อความทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18

คะแนนรวมของความวิตกกังวลขณะเผชิญ อยู่ในช่วง 20-80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลสูง และได้แบ่งระดับความวิตกกังวลของ Spielberger et al. (1983) ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ วิตกกังวลสูง ( $P_{75}$ ) วิตกกังวลต่ำ ( $P_{25}$ ) วิตกกังวลปานกลาง ( $P_{74}$ - $P_{24}$ )

Spielberger et al. (1983) ทดสอบความเที่ยง (Reliability) พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93 (दाराररण टैपिना, 2535) นำแบบวัดฉบับภาษาไทย มาใช้กับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 86 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90 และ กรณิการ์ กันชะรักษา, ชวัลรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และนันทพร แสนศิริพันธ์ (2556) ได้นำมาใช้กับหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 90 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS]) ประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่น ๆ ในเครือข่ายสังคมของ Zimet et al. (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย Boonyamalik



(2005) โดยใช้ประเมินการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ในช่วง 1 เดือน ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คำถามแต่ละข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 อันดับ มีการอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อไว้ดังนี้

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ แบ่งเป็นการประเมินการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนจากครอบครัว ในข้อคำถามที่ 3, 4, 8, 9 และ 11
2. การสนับสนุนจากเพื่อน ในข้อคำถามที่ 6, 7 และ 12
3. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น ๆ ในเครือข่ายสังคม ในข้อคำถามที่ 1, 2, 5

และ 10

คำถามแต่ละข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 อันดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
2 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	มีความเห็นเป็นกลาง
4 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยเล็กน้อย
5 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างมาก
6 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยที่สุด

คะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามนี้มีค่าระหว่าง 0-72 คะแนน คะแนนรวมทั้งชุดสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

Zimet et al. (1988) ทดสอบความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มที่มีอายุ 17-22 ปี พบว่ามีค่าความสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น ๆ ในเครือข่ายสังคม เท่ากับ .91 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เท่ากับ .87 และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน เท่ากับ .85 ความเที่ยงโดยรวม เท่ากับ .88 ต่อมา Zimet et al. (1988) ได้มาใช้ในสตรีอายุ 16-22 ปี จำนวน 265 คน วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 74 คน กุมารแพทย์ อายุ 24-38 ปี จำนวน 55 ราย มีค่าความสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น ๆ ในเครือข่ายสังคม เท่ากับ .83-.89 จากครอบครัว เท่ากับ .81-.90 จากเพื่อน เท่ากับ .90-94 ค่าความเที่ยงภาพรวมเท่ากับ .84-92 ตามลำดับ Boonyamalik (2005) ได้นำมาใช้กับวัยรุ่น อายุ

15-17 ปี จำนวน 1,130 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล แจ้งสิทธิในการตอบหรือไม่ตอบคำถามในแบบสอบถาม การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การให้ข้อมูลไม่มีผลต่อการตรวจรักษา ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมให้เก็บข้อมูล ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นความลับไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง เอกสารต่าง ๆ จะจัดเก็บในตู้เอกสารล็อกกุญแจ ข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลจะถูกใส่รหัส ป้องกันการเปิดข้อมูลจากบุคคลอื่น ซึ่งผู้ที่จะเข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ผู้ดูแลการวิจัย ครั้งนี้เท่านั้น และเมื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมด การนำเสนอผลการวิจัย จะนำเสนอในภาพรวม เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1.2 เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03-10-2560 ผู้ทำวิจัยขอหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาถึงสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

1.3 ผู้วิจัยขอความร่วมมือและติดต่อประสานงานเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูลในแผนกฝากครรภ์จากหัวหน้าแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จำนวน 1 คน และโรงพยาบาลอุ้มทอง จำนวน 1 คน โดยอบรมเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธของกลุ่มตัวอย่าง และจริยธรรมในการวิจัยให้แก่ผู้ช่วยวิจัย โดยใช้เวลา 50 นาที และเมื่อเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องในการดำเนินการเก็บข้อมูล

## 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จำนวน 1 คน และ โรงพยาบาลอุ้มทอง จำนวน 1 คน

2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจในวันนั้น ๆ

2.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ แนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัยและขอความร่วมมือ โดยอธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธ

2.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลในวันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00 น.-16.00 น. โดยเก็บข้อมูลขณะกลุ่มตัวอย่างรอรับบริการตรวจครรภ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย เสนอใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ก่อนทำแบบสอบถามผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายรายละเอียด และวิธีการตอบแบบสอบถามทุกแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรจำนวน 61 คน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จำนวน 30 คน และ โรงพยาบาลอุ้มทองจำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 111 คน

2.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบ ถ้าพบว่า ข้อมูลไม่ครบถ้วนสอบถามกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อยืนยันว่าผู้ตอบแบบสอบถามไม่ประสงค์ตอบหรือไม่ ถ้าไม่ประสงค์ตอบก็กล่าวขอบคุณ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางสุติกรรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และการสนับสนุนทางสังคมวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์ของการสูญเสียในอดีต ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน การสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน และความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์ก่อนจำนวน 111 คน ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 และ โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ผลการศึกษาประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสูติกรรม

ส่วนที่ 3 ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการสูญเสียบุตรในครรภ์ก่อน จำนวน 111 คน ผลการศึกษาข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 27.81 ปี ( $SD = 5.86$ ) โดยช่วงอายุ 20-35 ปี มีมากที่สุดร้อยละ 78.4 รองลงมาคือ อายุ > 35 ปี (ร้อยละ 14.4) และอายุ < 20 ปี มีเพียงร้อยละ 7.2 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.2 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 26.1 ส่วนใหญ่มีอยู่กับสามีและไม่ได้จดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 76.6) รายได้ส่วนใหญ่เท่ากับ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.5 มีรายได้เฉลี่ย 8,310.27 บาท/เดือน ( $SD = 9663.42$ ) และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่  
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $n = 111$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (Range = 19-43; $M = 27.81$ ; $SD = 5.86$ )		
< 20 ปี	8	7.2
20-35 ปี	87	78.4
> 35 ปี	16	14.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4	3.6
ประถมศึกษา	12	10.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	34.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	29	26.1
อนุปริญญา/ ปวส.	7	6.3
ปริญญาตรี	19	17.1
ปริญญาโท	2	1.8
รายได้/ เดือน (Range = 0-78,000 บาท; $M = 8310.27$ ; $SD = 9663.42$ )		
$\leq 5,000$ บาท	37	33.3
5,001-10,000 บาท	45	40.5
10,001-15,000 บาท	15	13.5
$\geq 15,000$ บาท	14	12.6
สถานภาพสมรส		
อยู่กับสามีและจดทะเบียนสมรส	20	18.0
อยู่กับสามีไม่ได้จดทะเบียนสมรส	85	76.6
หย่า/ แยก	6	5.4
ศาสนา		
พุทธ	110	99.1
อิสลาม	1	0.9

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสถิติกรรม

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 51.4 ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการคลอด (ร้อยละ 49.5) รองลงมา เคยผ่านการคลอด 1 ครั้ง ร้อยละ 34.2 มีประวัติการแท้งบุตร 1 ครั้ง ร้อยละ 80.2 อายุครรภ์ขณะแท้ง 4-13 สัปดาห์ ร้อยละ 85.1 ไม่เคยท้องนอกมดลูก ร้อยละ 92.8 มีประวัติการท้องนอกมดลูก ร้อยละ 7.2 ส่วนใหญ่อายุครรภ์ขณะท้องนอกมดลูก 3 สัปดาห์ ( $SD = 1.00$ , Range = 3-12 ) และมีประวัติทารกเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 3.6 ส่วนใหญ่ อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ ร้อยละ 50 อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา เฉลี่ย 10.12 สัปดาห์ ส่วนใหญ่สูญเสียบุตรในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ ถึงร้อยละ 82.9 ไม่มีบุตรมีชีวิต ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือ มีบุตรมีชีวิต 1 คน ร้อยละ 35.1 ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ เฉลี่ย 36.61 เดือน ( $SD = 42.78$ , Range = 1-240 เดือน) ส่วนใหญ่ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ 6 เดือน-12 เดือน ร้อยละ 29.7 อายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ย 24.14 สัปดาห์ ( $SD = 10.32$ , Range = 4- 40 สัปดาห์) อายุครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์) ร้อยละ 44.1 มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน ร้อยละ 8.1 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามข้อมูลทางสถิติกรรม ( $n = 111$ )

ข้อมูลทางสถิติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Range = 2-6; $M = 2.78$ ; $SD = 1.00$ )		
2	57	51.4
3	31	27.9
4	16	14.4
5	4	3.6
6	3	2.7
ประวัติการคลอด (Range = 0-5; $M = 0.71$ ; $SD = 0.89$ )		
ไม่เคยผ่านการคลอด	55	49.5
1 ครั้ง	38	34.2
2 ครั้ง	16	14.4
4 ครั้ง	1	0.9
5 ครั้ง	1	0.9

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทางสถิติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการแท้งบุตร (Range = 0-4; $M = 1.04$ ; $SD = 0.617$ )		
ไม่เคยแท้งบุตร	12	10.8
1 ครั้ง	89	80.2
2 ครั้ง	5	4.5
3 ครั้ง	4	3.6
4 ครั้ง	1	0.9
อายุครรภ์ขณะแท้งครั้งล่าสุด (Range = 4-28 สัปดาห์; $M = 8.31$ ; $SD = 5.467$ )*		
4-13 สัปดาห์	84	84.9
14-27 สัปดาห์	14	14.1
28 สัปดาห์	1	1.0
ท้องนอกมดลูก		
ไม่เคยท้องนอกมดลูก	103	92.8
เคยท้องนอกมดลูก	8	7.2
อายุครรภ์ขณะท้องนอกมดลูก (Range = 3-12; $M = 0.40$ ; $SD = 1.647$ )**		
3 สัปดาห์	3	-
4 สัปดาห์	2	-
7 สัปดาห์	1	-
8 สัปดาห์	1	-
12 สัปดาห์	1	-
ประวัติทารกเสียชีวิต (Death fetus in utero)		
ไม่เคยมีประวัติทารกเสียชีวิต	107	96.4
มีประวัติทารกเสียชีวิต	4	3.6
อายุครรภ์ขณะทารกเสียชีวิต***		
38 สัปดาห์	1	25.0
39 สัปดาห์	1	25.0
40 สัปดาห์	2	50.0

\*  $n = 99$ , \*\*  $n = 8$



ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทางสถิติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา (Range = 3-40 สัปดาห์; $M = 10.12$ ; $SD = 7.43$ )		
ไตรมาสที่ 1 (0-13 สัปดาห์)	92	82.9
ไตรมาสที่ 2 (14-27 สัปดาห์)	14	12.6
ไตรมาสที่ 3 (28-40 สัปดาห์)	5	4.5
จำนวนบุตรมีชีวิตปัจจุบัน (Range = 0-5 คน; $M = 0.73$ ; $SD = 0.90$ )		
ไม่มีบุตรมีชีวิต	54	48.6
1 คน	39	35.1
2 คน	15	13.5
3 คน	1	0.9
4 คน	1	0.9
5 คน	1	0.9
ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ปัจจุบันกับการตั้งครรภ์ครั้งก่อน (Range = 1-240 เดือน; $M = 36.61$ ; $SD = 42.78$ )		
0-6 เดือน	13	11.7
6-12 เดือน	33	29.7
13 -24 เดือน	25	22.5
25-60 เดือน	19	17.1
60 เดือน ขึ้นไป	21	21.0
อายุครรภ์ปัจจุบัน (Range = 4- 40 สัปดาห์; $M = 24.14$ ; $SD = 10.32$ )		
ไตรมาสที่ 1 (0-13 สัปดาห์)	23	20.7
ไตรมาสที่ 2 (14-27 สัปดาห์)	39	35.1
ไตรมาสที่ 3 (28-40 สัปดาห์)	49	44.1
มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	102	91.9
มีภาวะแทรกซ้อน	9	8.1

\*\*\*  $n = 4$

### ส่วนที่ 3 ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่

ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 45.21 คะแนน ( $SD = 9.27$ ) จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน เมื่อแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ผลการวิจัยพบว่า วิตกกังวลปานกลาง ร้อยละ 49.5 วิตกกังวลต่ำ ร้อยละ 27 และมีความวิตกกังวลสูง ร้อยละ 23.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และช่วงคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่ ( $n = 111$ )

ระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ	Percentiles	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Range = 26-71; $M = 45.21$ ; $SD = 9.27$ )				
วิตกกังวลสูง	P <sub>75</sub>	51--71	26	23.5
วิตกกังวลปานกลาง	P <sub>74</sub> -P <sub>24</sub>	40-50	55	49.5
วิตกกังวลต่ำ	P <sub>25</sub>	51-71	30	27

### ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ย การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม 52.99 คะแนน ( $SD = 12.90$ , Range = 15-72) จากคะแนนเต็ม 72 คะแนน

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และช่วงคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่ ( $n = 111$ )

การสนับสนุนทางสังคม	ช่วงคะแนน		$M$	$SD$
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
โดยรวม	0-72	15-72	52.99	12.90

## ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่ จังหวัดสุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลขณะเผชิญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.22, p = .02$ ) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่ ได้แก่ อายุครรภ์ของสูบบุหรี่ในครรภ์ที่ผ่านมา ( $r = -.10, p = .31$ ) ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ ( $r = -.06, p = .50$ ) อายุครรภ์ปัจจุบัน ( $r = -.07, p = .44$ ) และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน ( $r_{pb} = .04, p = .71$ )

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่ ( $n = 111$ )

ตัวแปร	<i>r</i>	<i>P</i>
อายุครรภ์ของการสูบบุหรี่ในครรภ์ที่ผ่านมา	-.10	.31
ระยะห่างของการตั้งครรภ์	-.06	.50
อายุครรภ์ปัจจุบัน	-.07	.44
การสนับสนุนทางสังคม	-.22	.02
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน	.04*	.71

\*  $r_{pb}$

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาล จังหวัดสุพรรณบุรี 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 และโรงพยาบาลอุ้มทอง จำนวน 111 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามคุณสมบัติ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประวัติทางสูติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients:  $r$ ) และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation coefficient:  $r_{pb}$ ) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการสูญเสียบุตรในครรภ์ก่อน จำนวน 111 คน ผลการศึกษาข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 27.81 ปี ( $SD = 5.86$ ) โดยช่วงอายุ 20-35 ปี มีมากที่สุดร้อยละ 78.4 รองลงมาคือ อายุ > 35 ปี (ร้อยละ 14.4) และอายุ < 20 ปี มีเพียงร้อยละ 7.2 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.2 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 26.1 ส่วนใหญ่มีอยู่กับสามีและไม่ได้จดทะเบียนสมรส ร้อยละ 76.6 รายได้ส่วนใหญ่เท่ากับ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.5 มีรายได้เฉลี่ย 8,310.27 บาท/เดือน ( $SD = 9663.42$ ) และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.1

##### 2. ข้อมูลทางสูติกรรม

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 51.4 ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการคลอด (ร้อยละ 49.5) มีประวัติการแท้งบุตร 1 ครั้ง ร้อยละ 80.2 อายุครรภ์ขณะแท้ง 4-13 สัปดาห์ ร้อยละ 85.1 ไม่เคยท้องนอกมดลูก ร้อยละ 92.8 มีประวัติการท้องนอกมดลูก ร้อยละ 7.2

และมีประวัติการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 3.6 อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมาเฉลี่ย 10.12 สัปดาห์ ส่วนใหญ่สูญเสียบุตรในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ ถึงร้อยละ 82.9 ไม่มีบุตรมีชีวิตร้อยละ 48.6 ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ เฉลี่ย 36.61 เดือน ( $SD = 42.78$ , Range = 1-240 เดือน) ส่วนใหญ่ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ 6 เดือน-12 เดือน ร้อยละ 29.7 อายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ย 24.14 สัปดาห์ ( $SD = 10.32$ , Range = 4-40 สัปดาห์) อายุครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์) ร้อยละ 44.1 มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน ร้อยละ 8.1

3. ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร มีค่าคะแนนเฉลี่ย 45.21 คะแนน ( $SD = 9.27$ ) จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน เมื่อแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ผลการวิจัยพบว่า วิตกกังวลปานกลางร้อยละ 49.5 วิตกกังวลต่ำร้อยละ 27 และ มีความวิตกกังวลสูงร้อยละ 23.5 ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร จังหวัดสุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลขณะเผชิญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.22, p = .02$ ) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร ได้แก่ อายุครรภ์ของสูญเสียในครรภ์ที่ผ่านมา ( $r = -.10, p = .31$ ) ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ ( $r = -.06, p = .50$ ) อายุครรภ์ปัจจุบัน ( $r = -.07, p = .44$ ) และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน ( $r_{pb} = .04, p = .71$ )

## การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้

### 1. ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร

ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสีย พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.7 รองลงมาวิตกกังวลต่ำ ร้อยละ 33.3 และวิตกกังวลสูง ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ ซึ่ง Bergner et al. (2009) ได้ศึกษา ความวิตกกังวลหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรประเทศเยอรมัน จำนวน 143 คน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการแท้งบุตรจะมีความวิตกกังวลสูง และจะสูงมากในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งจากการศึกษาของ Gaudet (2010) เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างความเศร้าโศก ความวิตกกังวล และสัมพันธ์ทางของหญิงตั้งครรภ์หลังจากสูญเสียบุตร โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียทารกจำนวน 99 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติ

การสูญเสียบุตร จำนวน 74 คน พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่ เคยสูญเสียบุตร สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยสูญเสียบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 สอดคล้อง กับการศึกษาของ Cote-Arsenault (2003) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร ในหญิงตั้งครรภ์ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 160 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร จำนวน 74 คน และเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยสูญเสียบุตร จำนวน 96 คน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคย สูญเสียทารกในครรภ์จะมีความวิตกกังวลระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยสูญเสีย บุตร ( $p = .003$ ) (Armstrong, 2002) หญิงตั้งครรภ์จะมีระดับและอัตราความวิตกกังวลสูง (Barrett et al., 2017)

## 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร

### 2.1 อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา

จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ มีประวัติการแท้งบุตร 1 ครั้ง ร้อยละ 85.6 อายุครรภ์ขณะแท้ง 4-13 สัปดาห์ ร้อยละ 85.1 ไม่เคยท้องนอกมดลูก ร้อยละ 92.8 มีประวัติ การท้องนอกมดลูก ร้อยละ 7.2 ส่วนใหญ่อายุครรภ์ขณะท้องนอกมดลูก 3 สัปดาห์ ร้อยละ 37.5 ( $SD = 1.00$ , Range = 3-12) และมีประวัติทารกเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 3.6 อายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา เฉลี่ย 10.12 สัปดาห์ ส่วนใหญ่สูญเสียบุตร ในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ ถึงร้อยละ 82.9 และผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าอายุครรภ์ ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมาไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคย สูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเกือบทั้งหมดสูญเสียทารกในช่วงไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ ร้อยละ 82.9 อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมาเฉลี่ย 10.12 สัปดาห์ อายุครรภ์ปัจจุบัน เฉลี่ย 24.14 สัปดาห์ ซึ่งอายุครรภ์ปัจจุบันมากกว่าอายุครรภ์ที่สูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ปัจจุบันยังไม่ถึงอายุครรภ์ที่สูญเสียบุตร จะมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ปัจจุบันเกินอายุครรภ์ที่สูญเสียบุตร ซึ่งไม่สัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bergner et al. (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ระดับและผลกระทบของความวิตกกังวลในระหว่างการตั้งครรภ์ หลังการแท้ง เก็บข้อมูลในหญิง ตั้งครรภ์แต่ละช่วงอายุครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ปัจจุบันยังไม่ถึงอายุครรภ์ที่สูญเสีย บุตรครรภ์ก่อน จะมีระดับของความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ปัจจุบัน เกินอายุครรภ์ที่สูญเสียบุตรครรภ์ก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.033$ )

## 2.2 ระยะห่างของการตั้งครรภ์

ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว เฉลี่ย 36.61 เดือน ( $SD = 42.78$ , Range = 1-240) ส่วนใหญ่ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ 6 เดือน-12 เดือน ร้อยละ 29.7 และไม่มี ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์ และการคลอด ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระยะห่างของ การตั้งครรภ์ค่อนข้างนาน เฉลี่ย 36.61 เดือน และมีระยะห่างระหว่างครรภ์ที่มากกว่า 12 เดือน ถึงร้อยละ 60.6 ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การมีระยะห่างระหว่างครรภ์น้อยกว่า 6 เดือน (Gong et al., 2013; Geller et al., 2004) และไม่เกิน 12 เดือน (Hughes et al., 1999) จะมีความเสี่ยง ต่อการเกิดความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ครั้งใหม่ได้สูง

## 2.3 อายุครรภ์ปัจจุบัน

หญิงตั้งครรภ์ มีอายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ย 24.41 สัปดาห์ ( $SD = 10.32$ , Range = 4- 40) อายุครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ร้อยละ 44.1 และอายุครรภ์ปัจจุบันไม่มี ความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์ และการคลอด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ปัจจุบันอยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ร้อยละ 44.1 และความวิตกกังวลที่มีอาจลดลงแล้วเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งจากการศึกษาของ Gong et al. (2013) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติแท้งมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์แรกในไตรมาสแรก ของการตั้งครรภ์ (Bergner et al., 2008; Johnson & Tsartsara, 2006) และลดลงในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (Johnson & Tsartsara, 2006)

## 2.4 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน

จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์ และการคลอดมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 8.1 ( $SD = 0.27$ ) และพบว่า การมีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์ กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์ และการคลอด ไม่สอดคล้อง กับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเกือบทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการตั้งครรภ์ ร้อยละ 91.9 ทำให้ไม่มีความหลากหลายของข้อมูล ส่งผลให้เกิด ความไม่แตกต่างที่มากพอจะก่อให้เกิดความแตกต่างทางสถิติ

## 2.5 การสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.99 คะแนน ( $SD = 12.90$ ) จากคะแนนเต็ม 72 คะแนน แสดงว่ากลุ่ม

ตัวอย่างได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือต่าง ๆ ในเครือข่ายสังคม ซึ่งในการตั้งครรภ์ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมีการเปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างมาก ต้องการความเข้าใจ กำลังใจ และความช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากบุคคลรอบข้าง มากกว่าเดิม โดยเฉพาะจากสามีและมารดา ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของ หญิงตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ดีขึ้น และยังส่งผลต่อความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการได้รับการสนับสนุน ทางสังคมจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลได้ (Cheng et al., 2016; Bayrampour et al., 2015) และการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบโดยตรง และสามารถลด อาการของความวิตกกังวลได้ (Kwong et al., 2014) และ จะส่งผลดีต่อหญิงตั้งครรภ์และเกิดผลลัพธ์ การตั้งครรภ์ที่ดี (Hobel, 2012)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติ การสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์ และการคลอด สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบริการ พยาบาลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

#### 1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรมีการประเมินความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสีย บุตร และให้การพยาบาล โดยเฉพาะการสนับสนุนให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้าง ซึ่งจะส่งผลให้ลดความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ในปัจจุบัน และถ้าหญิง ตั้งครรภ์มีระดับความวิตกกังวลสูง ควรมีแนวทางในการส่งต่อไปยังหน่วยที่ดูแลทางด้านสุขภาพจิต

#### 2. ด้านการวิจัย พยาบาลและนักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปวิจัยในครั้งต่อไป ดังนี้

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร ในระยะยาว ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวล ของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์

2.2 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิง ตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร เพิ่มเติม เพื่อให้การดูแลปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และส่งเสริม ปัจจัยที่สามารถป้องกันการเกิดความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรได้ เช่น จำนวน ครั้งของการสูญเสียทารก ประเภทของการสูญเสียทารก จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส เป็นต้น



## บรรณานุกรม

- กมลเนตร วรณเสวก,กมลพร วรณฤทธิ, นันทวัช ลิทธิรักษ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, พนม เกตุมาน และสุพร อภินันทเวช. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- กรณีการ์ กัณษะรักษา, ธวัธรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2556). ความกลัว การคลอบุตรในสตรีมีครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 40(ฉบับพิเศษ), 12-21.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข.
- กระเชียร ปัญญาคำเลิศ, ชีรพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ และศักนัน มโนทัย. (2551). *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์.
- กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, ชัชฉัท พันตรา, บุญฤทธิ สุขรัตน์, ประวิช ชวชลาสัย และปิยรัตน์ เอี่ยมคง. (2560). *รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2558*. นนทบุรี: สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข .
- กุลสตรี วรธนะไพสิฐ และปิยภรณ์ ปัญญาวิช. (2557). ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลรามาริบัติ. *Mahidol R2R e-Journal*, 2, 79-91.
- ชำนาญ เกียรติพิรกุล. (2554). *การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy)*. เข้าถึงได้จาก [http://www.medicine.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com\\_content&view=article&id=265:ectopic-pregnancy&catid=39&Itemid=364](http://www.medicine.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=265:ectopic-pregnancy&catid=39&Itemid=364)
- โชษิตา วิสุทธิสาย. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ ในผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ดาราวรรณ ต๊ะปันทา. (2535). *การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ. (2556). การเผชิญกับภาวะสูญเสีย และเศร้าโศก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 658-667.

- เบญญาภา ศิริรัตน์, มยุรี คำรงค์ชาติ, รวิวรรณ จารุพรประสิทธิ์ และอารี สุทธิอาจ. (2559). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2559*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พรรณวดี ตันเลิศ. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเครียดในหญิงที่สูบบุหรี่สูบบุหรี่ในครรภ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วรรณภา พาหุวัฒน์กร, อมรรัตน์ ผาละศรี และเอมพร รตินทร. (2558). ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานครั้งแรกขณะตั้งครรภ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(2), 15-22.
- ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี. (2556). *การศึกษาข้อมูลการตายของมารดาและทารกปริกำเนิดในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5 ปี 2554*. เข้าถึงได้จาก [http://www.hpc4.go.th/rcenter/\\_fulltext/2014051253505\\_3765/2014051253715\\_3587.pdf](http://www.hpc4.go.th/rcenter/_fulltext/2014051253505_3765/2014051253715_3587.pdf)
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2554). *โรคกังวลและเวชปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว การพิมพ์.
- สุชยา ลือวรรณ. (2558). *ทารกตายในครรภ์ (Fetal death)*. เข้าถึงได้จาก [http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com\\_content &view=article&id=1089:fetal-death &catid=38&Itemid=480](http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content &view=article&id=1089:fetal-death &catid=38&Itemid=480)
- Abatemarco, D. J., Catov, J. M., Markovic, N., & Roberts, J. M. (2010). Anxiety and optimism associated with gestational age at birth and fetal growth. *Maternal and Child Health Journal*, 14(5), 758-764.
- Ahmadi, A. M., Amiri, F. N., Hajiahmadi, M., & Salmalian, H. (2009). Association between prenatal anxiety and spontaneous preterm birth. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 11(4), 1-8.
- Armstrong, D. S. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 393-345.
- Ascencio, A. (2012). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-14.
- Barber, C. C., & Starkey, N. J. (2015). Predictors of anxiety among pregnant New Zealand women hospitalized for complications and a community comparison group. *Midwifery*, 31(9), 888-896.

- Barrett, J. F., Fockler, M. E., Ladhani, N. N., & Waston, J. (2017). Pregnancy subsequent to stillbirth: Medical and psychosocial aspects of care. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 22(3), 186-192.
- Bayrampour, H., McDonald, S., & Tough, S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 31(6), 582-589.
- Bergner, A., Beyer, R., Fertl, K. I., Klapp, B. F., & Rauchfuss, M. (2009). Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage. *European Journal of Obstetrics & Reproductive Biology*, 142(1), 23-29.
- Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F., & Rauchfuss, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 105-113.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191(18), 62-77.
- Bobak, M. A., Lowdermilk, D. I., & Jensen, M. D. (1995). *Maternity Nursing*. (4<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use*. Unpublished Dissertation, Baltimore (MD), Johns Hopkins University, USA.
- Bourne, T. H., Collins, W. P., Costello, G., Jermy, K., Luise, C., & May, C. (2002). Outcome of expectant management of spontaneous abortion first trimester miscarriage: Observational study. *British Medical Journal*, 324, 873-875.
- Catov, J. M., Wu, C. S., Olsen, J., Sutton-Tyrrell, K., Li, J., Nohr, E. A. (2010). *Early or recurrent preterm birth and maternal cardiovascular disease risk*. *Ann Epidemiol*; 20(8), 9-604.
- Chambers, J., Glove, V. A., Jayaweera, S. R., King, N. M., O'Donnell, K., & Williamson, C. (2010). Anxiety, depression and saliva cortisol in women with a medical disorder during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1), 339-345.

- Cheng, E. R., Gillman, M. W., Perkins, M. E., Rich-Edwards, J. W., Rifas-Shiman, S. L., Taveras, E. M., & Wright R. (2016). The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes. *Journal of Women's Health, 25*(7), 672-910.
- Circenis, K., Deklava, L., Lubina, K., Miller, I., & Sudraba, V. (2015). Cause of anxiety during pregnancy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 205*, 623-626.
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2007). Maternal anxiety in the pre-and postnatal period: A literature review. *The Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15*(4), 677-683.
- Cote-Arsenault, D. (2003). The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 32*(5), 623-629.
- Cote-Arsenault, D. (2007). Threat appraisal, coping; and emotions in pregnancy after perinatal loss. *Nursing Research, 56*(2), 108-116.
- D'Souza, M. S., Madhavanprabhakaran, G. K., & Nairy, K. S. (2015). Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences, 3*, 1-7.
- Dahlem, N. W., Farley, G. K., Zimet, G. D., & Zimet, S. G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41.
- DeBackere, K. J., Hill, P. D., & Kavanaugh, K. L. (2008). The parental experience of pregnancy after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 37*(5), 525-537.
- Ding, X. X., Hao, J. H., Huang, K., Jia, X. M., Tao, F. B., Wu, Y. L., Xu, S. J., Zhang, S. F., Zhu, P., & Zhu, R. P. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders, 159*, 103-101.
- Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry, 25*(2), 8-141.
- Eskenazi, B., & Harley, K. (2006). Thime in the united states, social support and health behaviors during pregnancy among women of Mexican descent. *Social Science & Medicine, 62*(12), 3048-3061.

- Evans, C. D., Hopper, E., Hughes, P., & Turton, P. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study. *The Lancet*, *360*(9345), 114-118.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Test for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*(4), 1149-1160.
- Fifer, W. P., Hurtado, A., Monk, C., Myers, M. M., Sloan, R. P., & Trion, L. (2000). Maternal responses and anxiety during pregnancy: Effects on fetal heart rate. *John Wiley & Sons*, *36*(1), 67-77.
- Fisher, J. (2013). Prevalence and risk factors for symptoms of common mental disorders in early and late pregnancy in Vietnamese women: A prospective population-based study. *Journal of Affective Disorders*, *146*(1), 213-219.
- Gaudet, C. (2010). Pregnancy after perinatal loss: Association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *28*(3), 240-251.
- Geller, P. A., Kems, D., & Klier, C. M. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy a review of the literature and future directions. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*(1), 35-45.
- Gold, K. J., Sen, A., & Hayward, R. A. (2010). Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. *Pediatrics*, *125*, 1202-1207.
- Gong, X., Hao, J., Tao, F., Wang, H., Xu, R., & Zhang, J. (2013). Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: Data from the C-ABC study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive biology*, *166*(1), 30-36.
- Hernandez-Martinez, C., Val, V. A., Murphy, M., Busquets, P. C., & Sans, J. C. (2011). Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes. *Women and Health*, *51*(2), 124-135.
- Hobel, C. J. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology*, *26*(3), 453-463.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Westey.

- Hughes, P. M., Turton, P., & Evans, C. D. (1999). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: Cohort study. *British Medical Journal*, *318*(7200), 1721-1724.
- Hunter, A., MacBeth, A., & Tussis, L. (2017). The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *Journal of Affective disorders*, *223*, 153-164.
- Ibanez, G., Charles, M., Forhan, A., Magnin, G., Thiebaugeorges, O., Kaminski, M., & Saurel-Cubizolles, M. (2012). Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: Data from the EDEN mother-child cohort. *Early Human Development*, *88*(8), 643-649.
- Johnson, M. P., & Tsartsara, E. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(3), 173-182.
- Jonsdottir, S. S. (2017). Partner relationship, social support and perinatal distress among pregnant Icelandic women. *Women and Birth*, *30*(1), 46-55.
- Kinsella, M. T., & Monk, C. (2009). Impact of maternal stress, depression & anxiety of fetal neurobehavioral. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *52*(3), 1-15.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1982). *Parent-infant bonding* (2<sup>nd</sup> ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Kubler-Ross, E., & Kesster, D. (2007). *On grief and grieving*. New York: Scribner book.
- Kwong, D. H., Wang, Y., Wang, Y., Lau, Y., & Wong, D. F. (2014). The roles of social support in helping Chinese women antenatal depressive and anxiety symptoms cope with perceived stress. *Archives of Psychiatric Nursing*, *28*(5), 305-313.
- Nikcevic, A. V., Tunkel, S. A., & Nicolaides, K. H. (1998). Psychological outcomes following missed abortions and provision for follow-up care. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, *11*(2), 123-128.
- Polit, D. F., & Sherman, R. E. (1990). Statistical power in nursing research. *Nursing Research*, *39*(6), 365-369.
- Rauchfuss, M., & Maier, B. (2011). Biopsychosocial predictors of preterm delivery. *Journal of Perinatal Medicine*, *39*(5), 515-521.

- Robinson, G. E. (2014). Pregnancy loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), 169-178.
- Rubertsson, C., Hellstrom, J., Cross, M., & Sydsjo, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: Prevalence and contributing factors. *Archives of Womens Mental Health*, 17(3), 221-228.
- Setse, R. (2009). Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy after delivery: The health status in pregnancy (HIP) study. *Maternal Child Health Journal*, 13(5), 577-587.
- 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.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 147-148.
- Ugwumadu, A. (2015). Management of stillbirth and perinatal loss. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 25(8), 217-221.
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception executive summary*. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181041/9789241549264\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181041/9789241549264_eng.pdf?sequence=1)
- World Health Organization [WHO]. (2018). *World health statistics 2018 monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
- Yilmaz, S. D., & Beji, N. K. (2013). Effects of perinatal loss on current pregnancy in Turkey. *Midwifery*, 29(1), 1272-1277.
- 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(1), 30-41.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถามงานวิจัย เรื่อง

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร จังหวัดสุพรรณบุรี โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประวัติทางสูติกรรม

ส่วนที่ 3 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-I)

ส่วนที่ 4 แบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS])

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ ..... ปี

2. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)

มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6)/ ปวช.

อนุปริญญา/ ปวส.

ปริญญาตรี

อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

3. รายได้ ..... บาท/ เดือน

4. สถานภาพสมรส

อยู่กับสามีและจดทะเบียนสมรส

อยู่กับสามีไม่ได้จดทะเบียนสมรส

หย่า

หม้าย

แยกกันอยู่

5. ศาสนา  พุทธ

คริสต์

อิสลาม

อื่น ๆ ระบุ.....

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประวัติทางพฤติกรรม

1. การตั้งครรภ์ครั้งนี้ เป็นครั้งที่.....
2. ประวัติการคลอด
  - ไม่มี
  - มี จำนวน.....ครั้ง
3. ประวัติการแท้งบุตร
  - ไม่มี
  - มี จำนวน.....ครั้ง  
อายุครรภ์ขณะแท้ง.....สัปดาห์
4. ประวัติการท้องนอกมดลูก
  - ไม่มี
  - มี จำนวน.....ครั้ง  
อายุครรภ์ขณะท้องนอกมดลูก.....สัปดาห์
5. ประวัติทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือจากการคลอด (อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์)
  - ไม่มี
  - มี จำนวน.....ครั้ง  
อายุครรภ์ขณะทารกเสียชีวิต.....สัปดาห์
6. จำนวนบุตรมีชีวิตรอด.....คน
7. ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ปัจจุบันกับการตั้งครรภ์ครั้งก่อน.....เดือน
8. อายุครรภ์ปัจจุบัน.....สัปดาห์
9. ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน
  - ไม่มี
  - มี ระบุ.....

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-I)

#### คำชี้แจง

ข้อความในแบบสอบถามเป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่าน ในขณะนี้ของท่านมากที่สุด ข้อความที่ท่านตอบจะไม่มีผิดหรือถูก คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับและจะนำไปใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เท่านั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาการพยาบาล ที่ให้แก่ผู้ที่มาฝากครรภ์ต่อไป ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านในครั้งนี้

ความรู้สึกการตั้งครรภ์หลังจากที่เคยสูญเสีย ทารกจากการตั้งครรภ์หรือการคลอดในครรภ์ ก่อนของท่านขณะนี้	ไม่มีเลย (1)	มีบ้าง (2)	มีค่อนข้าง มาก (3)	มีมากที่สุด (4)
1. ฉันรู้สึกสงบ				
2. ฉันรู้สึกมั่นคง				
3. ฉันรู้สึกดีเยี่ยม				
...				
...				
...				
...				
...				
...				
...				
...				
...				
...				
18. ฉันรู้สึกสับสน				
19. ฉันรู้สึกแน่นๆมั่นคง				
20. ฉันรู้สึกสบายอกสบายใจ				

**ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS)**

**คำชี้แจง**

แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่ออ่านข้อความแล้ว กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของคุณมากที่สุดตามความเป็นจริงเพียงข้อเดียว โดยคำตอบที่ให้ความหมายดังนี้

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยที่สุด (0)	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1)	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (2)	มีความเห็นเป็นกลาง (3)	เห็นด้วยเล็กน้อย (4)	เห็นด้วยอย่างมาก (5)	เห็นด้วยที่สุด (6)
1. ฉันมีบุคคลสำคัญซึ่งพร้อมจะช่วยเหลือเมื่อยามที่ฉันต้องการ							
2. ฉันมีบุคคลสำคัญซึ่งฉันสามารถแบ่งปันความสุข และความทุกข์ใจได้							
...							
...							
...							
...							
...							
...							
11. ครอบครัวของฉันสามารถช่วยฉันตัดสินใจได้							
12. ฉันสามารถพูดคุยปัญหาของฉันกับเพื่อนของฉันได้							

ภาคผนวก ข

เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-10-2560.....

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเข็มจิรา ท้าวน้อย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูบบุหรี่จากการตั้งครรภ์และการคลอด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถามนี้มี 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประวัติทางสูติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีข้อคำถาม 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ มีข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 15 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติในการสูบบุหรี่ต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาท่านนั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัย

จะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวเข็มจิรา ท้าวน้อย หมายเลขโทรศัพท์ 088-460-5509 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิเดียววิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 082-993-3483

นางสาวเข็มจิรา ท้าวน้อย  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823





## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคย  
สูญเสียบุตร

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

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ  
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก  
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ  
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่  
เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน  
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร  
Factors Related to Anxiety in Subsequent Pregnancy among Pregnant Women

ชื่อนิสิต นางสาวเขมจิรา ท้าวน้อย

รหัสประจำตัวนิสิต 56920222      หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 10 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการสูญเสียบุตร จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 111 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช โรงพยาบาลอุ้มทอง และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี

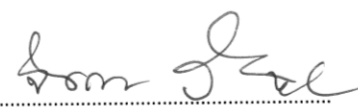
2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 20 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา