

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ ที่เคยสูญเสียบุตร

Factors Related to Anxiety among Pregnant Women with a History of Pregnancy Loss

เขมจิรา ท้าวน้อย, พย.ม.^{1*} วรณี เดียววิเศษ, Ph.D.² วรณทนา ศุภสีมานนท์, Ph.D.³

Khamjira Taanoi, M.N.S.^{1*}, Wanee Deoisres, Ph.D.², Wantana Suppaseemanont, Ph.D.³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้แบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบสะดวกจำนวน 111 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาล 3 แห่งในจังหวัดสุพรรณบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมกราคม-มีนาคม 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประวัติทางสูติกรรม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .82-.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และพอยท์ไบเซรียล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.5 และ 23.5 มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และระดับสูงตามลำดับ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลขณะเผชิญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p < .05$) ตัวแปรอื่น ได้แก่ อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว อายุครรภ์ปัจจุบัน และการมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ไม่พบมีความสัมพันธ์ ผลการศึกษาครั้งนี้ เสนอแนะให้พยาบาลในหน่วยให้บริการฝากครรภ์ มีการประเมินความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร และให้การพยาบาลโดยส่งเสริมให้

ครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้างของหญิงตั้งครรภ์ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อลดระดับความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ปัจจุบัน

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม หญิงตั้งครรภ์ เคยสูญเสียบุตร

Abstract

The purpose of this descriptive correlational research was to examine factors related to the anxiety of pregnant women with a history of pregnancy loss. A convenience sampling was used to recruit 111 pregnant women with a history of pregnancy loss during pre- and natal periods attending antenatal care clinics of 3 hospitals, Suphan Buri province. Data were collected from January to March 2018. Research instruments included a demographic questionnaire, the obstetric history questionnaire, the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support, and the State-Trait Anxiety Inventory. Their reliability ranged between .82-.95. Descriptive statistics, Pearson's and Point biserial correlations were used to analyze the data.

The results showed that 49.5 % and 23.5%

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

² รองศาสตราจารย์ และ ³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

* ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) e-mail: ged_icehot@hotmail.com

of the total sample had a moderate and a high level of anxiety, respectively. Social support was significantly negatively correlated with the anxiety ($r = -.22, p < .05$). However, other factors, including, gestational age of previous pregnancy loss, interpregnancy interval, gestational age of current pregnancy and obstetrical complication were no correlation. These findings suggest that nurses in antenatal care unit should assess anxiety in pregnant women who had a history of pregnancy loss and provide nursing care by enhancing social support from family, friends and other networks for pregnant women in order to decrease anxiety during current pregnancy.

Key words: Anxiety, social support, pregnant women, history of pregnancy loss

ความสำคัญของปัญหา

การสูญเสียทารกในครรภ์สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งพบการสูญเสียทารกในครรภ์แต่ละปีทั่วโลก 22 ล้านคน อัตราตายทารกแรกเกิด 18.6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน อัตราตายทารกแรกเกิด ปี พ.ศ. 2559 เท่ากับ 7.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (World Health Organization[WHO], 2018) และในปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีอัตราเกิดไร้ชีพ เท่ากับ 4.0 ต่อการเกิด 1,000 คน (Charupronpravit, Dumrongchat, Sirirat, & Suthiart, 2016) การสูญเสียทารกจากการตั้งครรภ์และการคลอด พบได้จาก การแท้งเอง การทำแท้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือท้องนอกมดลูก หรือทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด หรือการสูญเสียที่เกิดจากสุขภาพของมารดา เช่น มารดาเป็นโรคไต หัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (Loadee, Parisunyakul, & Sriareporn, 2010) ที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้

การสูญเสียทารกย่อมนำมาซึ่งความเศร้าโศกและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ซึ่งความเศร้าโศกจากการสูญเสีย นั้นเป็นปฏิกิริยาธรรมชาติ ที่เกิดจากการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก สิ่งที่ดีหวัง เป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคล ส่งผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของมารดา

ซึ่ง Kubler-Ross and Kesster (2007) ได้แบ่งปฏิกิริยาเศร้าโศกจากการสูญเสีย (grieving process) เป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ปฏิเสธ ไม่ยอมรับว่าเกิดการสูญเสีย ระยะที่ 2 โกรธ โดยแสดงความโกรธต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น จะรู้สึกเสียใจ มีความวิตกกังวลมากขึ้น ระยะที่ 3 ต่อรอง เริ่มรับรู้การสูญเสีย แต่จะพยายามต่อรองให้มีโอกาสอีกครั้งหรือมีเวลามากกว่านี้ ระยะที่ 4 ซึมเศร้า เป็นระยะพฤติกรรมแยกตัว แสดงความรู้สึกเสียใจต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นหมดหวัง หดหู่ ระยะที่ 5 ยอมรับ เริ่มกลับเข้าสู่สภาวะเดิม จะมีความวิตกกังวลลดลง ความซึมเศร้าจะหายไป ซึ่งเป็นความเศร้าโศกแบบปกติ ตรงกันข้าม หากบุคคลไม่สามารถยอมรับหรือปรับตัวต่อการสูญเสียได้ จะเป็นความเศร้าโศกแบบผิดปกติ โดยภายหลังสูญเสียทารกพบว่า หญิงที่สูญเสียทารกในครรภ์มีความเศร้าโศกอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ความเศร้าโศกจากการสูญเสียอาจมีระยะเวลาถึง 1 ปี และความเศร้าโศกจากการสูญเสียทารกยังส่งผลให้มารดาเกิดความวิตกกังวลนานถึง 6 เดือนหลังการสูญเสีย (Robinson, 2014)

ในการตั้งครรภ์ครั้งใหม่ ของหญิงที่เคยสูญเสียบุตร ในการตั้งครรภ์และการคลอดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล จากการศึกษาของ Gaudet (2010) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเศร้าโศก ความวิตกกังวลและสัมพันธ์สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์หลังจากสูญเสียบุตร พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยสูญเสียบุตร และหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียทารกในครรภ์จะมีความวิตกกังวลระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยสูญเสียบุตร และมีโอกาสเกิดความวิตกกังวลได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ (Gong et al., 2013) หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์มีระดับความวิตกกังวลสูง และมีอัตราการเกิดความวิตกกังวลสูงขึ้น ซึ่งในหญิงตั้งครรภ์ปกติจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่แล้ว (Nateetasombat & Suwannasankha, 2008) แต่ในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอดจะมีความกังวลมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ

ความวิตกกังวล สามารถแบ่งได้ 2 ประเภทตามลักษณะที่แสดงออก ได้แก่ ความวิตกกังวลแฝง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ เกิดจากประสบการณ์ในอดีต

พันธุกรรม และสภาวะของอารมณ์ในปัจจุบัน เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล และความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นลักษณะเฉพาะเมื่อเกิดสถานการณ์เฉพาะ สภาวะอารมณ์ เป็นความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในบุคคล ความวิตกกังวลจะแปรตามความรุนแรงของสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป ซึ่งเมื่อมีความวิตกกังวลก็จะมีอาการตอบสนองทางด้านร่างกาย ความคิด (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg and Jacobs (1983) และในหญิงตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลยังส่งผลต่อทารกในครรภ์อีกด้วย ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ จะส่งผลต่อหญิงตั้งครรภ์ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความคิด มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลต่อความต้านทานของหลอดเลือดแดงที่ส่งไปยังรกเปลี่ยนแปลง มีความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด และความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ยังส่งผลต่อทารกทำให้ทารกมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และทารกมีน้ำหนักตัวน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด จะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป (Ugwumadu, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร รายงานว่าหญิงที่อายุครรภ์ปัจจุบันยังไม่ถึงอายุครรภ์ที่สูญเสียบุตรครรภ์ก่อน มีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าหญิงที่ปัจจุบันตั้งครรภ์เกินอายุครรภ์ที่สูญเสียบุตรครรภ์ก่อน ระยะห่างของการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้วกับครรภ์ปัจจุบัน ยังมีผลต่อความวิตกกังวล Gong et al. (2013) อธิบายว่าระยะห่างระหว่างครรภ์น้อยกว่า 6 เดือน มีความวิตกกังวลได้สูงในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร หญิงตั้งครรภ์ที่เคยแท้งและสูญเสียบุตรมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์และลดลงหลังจากนั้น Bergner, Beyer, Klapp and Rauchfuss (2009) และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลมากขึ้น (Barber & Starkey, 2015) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นปัจจัยปกป้องสภาวะจิตใจ ส่งผลลัพท์ที่ดีด้านสุขภาพ โดยการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างในด้านต่าง ๆ อาจมาจากช่วยเหลือของครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลอื่น ๆ จากการศึกษาของ Cheng et al. (2016) พบว่า สตรีตั้งครรภ์

ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีระดับความวิตกกังวลสูง

จากความสำคัญและการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด มีความวิตกกังวลสูง ซึ่งในต่างประเทศได้มีผู้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร สำหรับประเทศไทยนั้น พบมีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดจากการสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์ แต่ไม่พบศึกษาความวิตกกังวล การศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์เพื่อวางแผนและจัดกิจกรรมการพยาบาลให้แก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ได้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

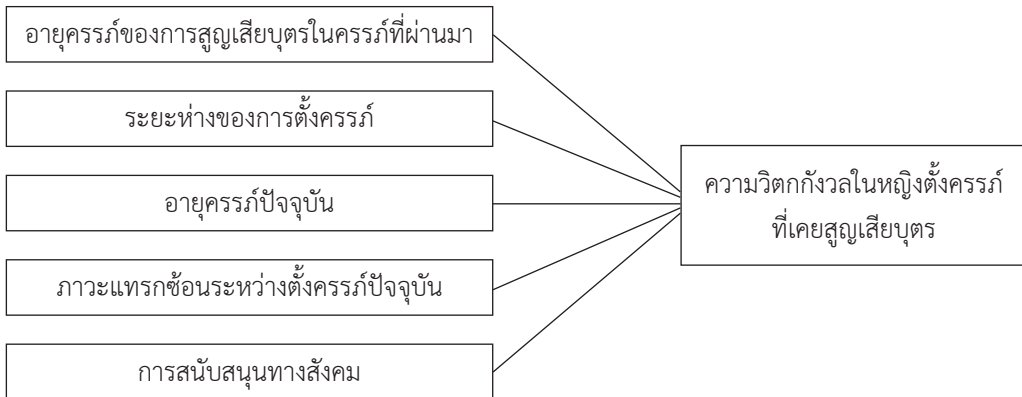
1. ศึกษาความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา ระยะห่างของการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว อายุครรภ์ปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน การสนับสนุนทางสังคม กับความวิตกกังวลของมารดาที่เคยสูญเสียบุตร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความวิตกกังวล ของ Spielberger et al. (1983) และแนวคิดความเศร้าโศกจากการสูญเสียเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่ง Spielberger et al. กล่าวว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เข้ามากระทบและมีแนวโน้มว่าจะก่อให้เกิดอันตราย หรือความไม่สบายใจ ตึงเครียด กังวล โดยสถานการณ์ที่กระทบหญิงตั้งครรภ์ คือ ประสบการณ์จากการสูญเสียบุตรจากการแท้ง ทารกตายในครรภ์ หรือทารกตายคลอด เมื่อตั้งครรภ์ครั้งใหม่ประสบการณ์จากการสูญเสียบุตรจะเข้ามากระทบ และเกิดความตึงเครียด กังวล นอกจากนี้สามารถอธิบายได้ด้วยปฏิกิริยาความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ในกระบวนการนี้จะมีวิตกกังวลเกิดขึ้นในระยะแรก และเมื่อกระบวนการผ่านไปความวิตกกังวลจะลดลง อย่างไรก็ตาม ความเศร้าโศกสูญเสียอาจคงอยู่นานเป็นเดือนหรือ

เป็นปี และความวิตกกังวลอาจเกิดต่อเนื่องมาจนถึง การตั้งครรภ์ครั้งใหม่ อีกทั้งมีความวิตกกังวลสูงกว่า หญิงตั้งครรภ์ปกติ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ ที่เคยสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่

อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา ระยะห่าง ระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว อายุครรภ์ปัจจุบัน ภาวะ แทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน และการสนับสนุน ทางสังคม สรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

แบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์

ประชากร คือหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเคยสูญเสีย บุตรจากการตั้งครรภ์และการคลอด

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบสะดวกจากประชากร ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช วิทยาลัยพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 และโรงพยาบาล อู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีคุณสมบัติ คืออายุ 18 ปีขึ้นไป มีประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์ก่อนจากการแท้งเอง หรือการทำแท้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือตั้งครรภ์ นอกมดลูก หรือทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด และสามารถอ่าน เขียนและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G* Power 3.1.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) โดยกำหนด ความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 มีอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 ค่าขนาดอิทธิพลระดับกลางคือ .30 ได้ขนาด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประวัติทางสูติกรรม ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดบุตร ประวัติการแท้งบุตร ประวัติการตั้งครรภ์นอกมดลูก ประวัติ ทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือจากการคลอด จำนวนบุตรมีชีวิต ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน ภาวะ แทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Trait Anxiety Inventory for Adults: STAI form Y - 1) ของ Spielberger et al. (1983) ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้รับ อนุญาตจาก Mind Garden, Inc. จำนวน 20 ข้อ เป็น ข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 10 ข้อ คำถามแต่ละข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (มากที่สุด = 4 ถึง ไม่มีเลย = 1) 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 คะแนน รวมของความวิตกกังวลขณะเผชิญ อยู่ในช่วง 20-80 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลสูง และแบ่งระดับความวิตกกังวลของ 3 ระดับ คือ สูง (P_{75}) ปานกลาง ($P_{74} - P_{24}$) และต่ำ (P_{25}) แบบสอบถามนี้มีค่า ความเชื่อมั่น เท่ากับ .82

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบพหุมิติ (Multidimensional scale of perceived social support: MSPSS) ของ Zimet, Dahlem and Farley (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย Boonyamalik (2005) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่น ๆ ในเครือข่ายสังคม โดยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยคำถาม ทั้งหมด 12 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ (เห็นด้วยที่สุด = 6 ถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด = 0) คะแนนรวมทั้งชุดอยู่ระหว่าง 0 - 72 คะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (03-10-2560) หลังจากที่กลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นความลับไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุล ที่แท้จริง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และจะทำลายข้อมูลทั้งหมด ภายหลังจากที่เผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของคหที่ 17 และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วเข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของคหที่ 17 และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและมีประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของคหที่ 17 จำนวน 1 คน และโรงพยาบาลอุ้มทอง จำนวน 1 คน และให้ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงและตอบคำถามเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธของกลุ่มตัวอย่าง และจริยธรรมในการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว

ผู้วิจัยนำข้อมูลวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางสูติกรรม ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อเนื่องคือ อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา ระยะห่างของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน และการสนับสนุนทางสังคมกับความวิตกกังวล ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกลุ่มคือ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบันกับความวิตกกังวล ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 27.81 ปี ($SD = 5.86$) โดยช่วงอายุ 20-35 ปี มีมากที่สุดร้อยละ 78.4 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 34.2 อยู่กับสามีและไม่ได้จดทะเบียนสมรส ร้อยละ 76.6 มีรายได้เฉลี่ย 8,310.27 บาทต่อเดือน ($SD = 9663.42$) และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.1

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.4 ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 2 ส่วนมากไม่เคยผ่านการคลอด (ร้อยละ 49.5) รองลงมาเคยผ่านการคลอด 1 ครั้ง (ร้อยละ 34.2) มีประวัติการแท้งบุตร 1 ครั้ง ร้อยละ 80.2 อายุครรภ์ขณะแท้ง 4-13 สัปดาห์ ร้อยละ 85.1 ส่วนมากไม่เคยท้องนอกมดลูก (ร้อยละ 92.8) และมีประวัติทารกเสียชีวิตในครรภ์ ร้อยละ 3.6

อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมาเฉลี่ย 10.12 สัปดาห์ ส่วนใหญ่สูญเสียบุตรในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ ถึงร้อยละ 82.9 ไม่มีบุตรมีชีวิตร้อยละ 48.6 ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ เฉลี่ย 36.61 เดือน ($SD = 42.78$, $Range = 1-240$) ส่วนใหญ่ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ที่แล้วมากกว่า 12 เดือนถึงร้อยละ 60.6 และมีระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ 6 เดือน - 12 เดือน ร้อยละ 29.7 อายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ย 24.14 สัปดาห์ ($SD = 10.32$, $Range = 4-40$ สัปดาห์) ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์) ร้อยละ 44.1 และมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน ร้อยละ 8.1

ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย 45.21 ระดับสูงร้อยละ 23.5 ปานกลางร้อยละ 49.5 และต่ำ (SD = 9.27) จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน เมื่อแบ่งระดับ ร้อยละ 27 (ตารางที่ 1) ออกเป็น 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล

ตารางที่ 1 ระดับความวิตกกังวล จำนวน ร้อยละ และช่วงคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 111)

ระดับความวิตกกังวล	Percentiles	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
สูง	P ₇₅	51-71	26	23.5
ปานกลาง	P ₇₄ - P ₂₄	40-50	55	49.5
ต่ำ	P ₂₅	26-39	30	27

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบ ปัจจัยอื่นไม่พบความสัมพันธ์ (ตารางที่ 2) กับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ($r = -.22, p < .05$)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 111)

ตัวแปร	r	r _{pb}
อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา	-.10	
ระยะห่างของการตั้งครรภ์	-.06	
อายุครรภ์ปัจจุบัน	-.07	
การสนับสนุนทางสังคม	-.22*	
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน		.04

* $p < .05$, r = Pearson's correlation coefficient, r_{pb} = Point biserial correlation coefficient

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรส่วนมากมีความวิตกกังวลปานกลาง อภิปรายได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร มีความวิตกกังวลปานกลาง อาจเกิดจากความเครียดและความวิตกกังวลต่อทารกในครรภ์ ขณะมารับบริการฝากครรภ์ หรือเกี่ยวเนื่องจากเหตุการณ์ตั้งครรภ์ และการสูญเสียบุตรครั้งที่ผ่านมามีทำให้หญิงตั้งครรภ์ ยังมีความเครียดแต่เห็นความสำคัญในการป้องกันอันตรายต่อทารกในครรภ์มากขึ้น ทำให้มีการดูแลตนเองและใส่ใจทารกในครรภ์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gaudet (2010) เปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร มีความวิตกกังวลสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยสูญเสียบุตรอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ และ Cote-Arsenault (2003) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรในหญิงตั้งครรภ์ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 160 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร จำนวน 74 คน และเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยสูญเสียบุตร จำนวน 96 คน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียทารกในครรภ์จะมีความวิตกกังวลระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยสูญเสียบุตร

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p = .02$) หมายความว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และ

การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (House, 1981) ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือต่าง ๆ ในเครือข่ายสังคม ส่วนใหญ่อยู่กับสามี (ร้อยละ 76.6) และมีรายได้เฉลี่ย 8,310.27 บาทต่อเดือน ($SD = 9663.42$) โดยสามีอาจคอยช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ และหารายได้ซึ่งเมื่อตั้งครรภ์ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมีการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ในครอบครัว หญิงตั้งครรภ์จึงต้องการความเข้าใจ กำลังใจ และความช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจจากบุคคลรอบข้างมากกว่าเดิม โดยเฉพาะจากสามีและมารดา ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของหญิงตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ดีขึ้น และยังมีผลต่อความวิตกกังวลลดลงในขณะตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng et al. (2016) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลสูงได้ และ Jonsdottir et al. (2017) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบโดยตรงและสามารถลดอาการของความวิตกกังวลได้ อีกทั้งส่งผลดีต่อหญิงตั้งครรภ์และทำให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี

อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมามีไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเกือบทั้งหมดสูญเสียทารกในช่วงไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 82.9) อายุครรภ์ของการสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมามีเฉลี่ย 10.12 สัปดาห์ แต่หญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ปัจจุบัน เฉลี่ย 24.14 สัปดาห์ ซึ่งอายุครรภ์ปัจจุบันมากกว่าอายุครรภ์ที่สูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมา ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกปลอดภัยเกี่ยวกับสุขภาพทารกในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bergner et al. (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับระดับและผลกระทบของความวิตกกังวลในระหว่างการตั้งครรภ์ หลังการแท้งเก็บข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์แต่ละช่วงอายุครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ปัจจุบันยังไม่ถึงอายุครรภ์ที่สูญเสียบุตรครรภ์ก่อน มีระดับของความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ปัจจุบันเกินอายุครรภ์ที่สูญเสียบุตรครรภ์ก่อน

ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว ไม่มี

ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์มีระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้วมากกว่า 12 เดือน ร้อยละ 60.6 และมีระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์เฉลี่ย 36.61 เดือน ($SD = 42.78$, range = 1- 240) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างนาน ความกลัวในการเผชิญปัญหา และเหตุการณ์ความเจ็บปวดทางจิตใจจากการสูญเสียได้คลี่คลายลง ทำให้ระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ลดลง (Gong et al., 2013) ตรงกันข้าม หากระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์สั้น เหตุการณ์กระทบยังอยู่ในความทรงจำและความเจ็บปวดทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลจะอยู่ในระดับสูง (Robinson, 2014)

อายุครรภ์ปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร เนื่องจากในการศึกษานี้หญิงตั้งครรภ์ มีอายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ย 24.41 สัปดาห์ ($SD = 10.32$, range = 4- 40) ซึ่งเป็นไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ และมีอายุครรภ์ปัจจุบันมากกว่าอายุครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรในครรภ์ที่ผ่านมามากกว่าแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพอาจให้การดูแล ติดตาม ประเมินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติทารกเสียชีวิตในครรภ์ หรือทารกเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเหล่านี้เป็นกลุ่มเสี่ยง การดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้หญิงตั้งครรภ์สบายใจและรู้สึกปลอดภัยเกี่ยวกับสุขภาพทารกในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gong et al. (2013) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติแท้งมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์แรกในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และลดลงในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Chambers et al. (2010) ที่พบว่า ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เกือบทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 91.9 ทำให้ไม่มีความหลากหลายของข้อมูล ส่งผลให้เกิดความไม่แตกต่างที่มากพอจะก่อให้เกิดความแตกต่าง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรประเมินความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร และให้การพยาบาล โดยเฉพาะการสนับสนุนให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้าง ซึ่งจะส่งผลให้ลดความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ในปัจจุบัน และถ้าหญิงตั้งครรภ์มีระดับความวิตกกังวลสูง ควรมีแนวทางในการส่งต่อไปยังหน่วยที่ดูแลทางด้านสุขภาพจิต

2. ควรมีการศึกษาติดตามความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร ในระยะยาว ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยาบาลหน่วยฝากครรภ์และนักสถิติโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

References

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*, 888-896.

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*, 23-29.

Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use*. Unpublished Dissertation, Johns Hopkins University, USA.

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.

Charupronpravit, R., Dumrongchat, M., Sirirat, B., & Suthiart, A. (2016). *Statistical Thailand 2016*. Nontaburi: Bureau of policy and strategy, Ministry of public health. [In Thai]

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.

Cote-Arsenault, D. (2003). The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 32*, 623-629.

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.

Gaudet, C. (2010). Pregnancy after perinatal loss: Association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 28*(3), 240-251.

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.

House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison-Westey.

- Jonsdottir, S. S., Thome, M., Steingrimsdottir, T., Lydsdottir, L. B., Sigurdsson, J. F., Olafsdottir, H., & Swahnberg, K. (2017). Partner relationship, social support and perinatal distress among pregnant Icelandic women. *Women Birth, 30*, e46-e55.
- Kubler-Ross, E., & Kesster, D. (2007). *On grief and grieving*. New York, Scribner book.
- Loadee, N., Parisunyakul, S., & Sriareporn, P. (2010). Preconception health care for women of reproductive age. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University, 18*(2). 51-64.
- Nateetasombat, K., & Suwannasankha, R. (2008). Health problems, unpleasant symptoms, and care demands of pregnant women. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University, 16*(4). 62-74.
- Robinson, G. E. (2014). Pregnancy loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 28*(1), 169-178.
- 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.
- Ugwumadu, A. (2015). Management of stillbirth and perinatal loss. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine, 25*(8), 217-221.
- World Health Organization. (2018). *World health statistics 2018 monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.
- 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.