

บทความวิจัย

ภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ The Mental Health Status Among Pregnant Women

ศศิธร คำพันธ์ (Sasitorn Khumphan)*

สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง (Soontareeporn Meepring)**

อิงหทัย คำจตุติ (Inghathai Damchuti)***

Received: Mar 13, 2020

Revised: Mar 23, 2020

Accepted: Apr 17, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลตรัง จำนวน 233 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ หากความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธี Conbach's Alpha = .81 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่าหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1, ไตรมาสที่ 2, และไตรมาสที่ 3 มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับความเครียดเล็กน้อย ร้อยละ 79.5, 85.9, และ 81.8 ตามลำดับ ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่พบสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนสำหรับบุคลากรในหน่วยฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมหรือประเมินภาวะสุขภาพจิตสำหรับหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพจิตที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต, หญิงตั้งครรภ์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร, email: soontareeporn@nu.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง



Abstract

The purposes of this research were to study about the mental health status among pregnant women. The participants of this study were 233 pregnant women, attending antenatal care department at Trang hospital, who were selected by purposive sampling. To collect the data, the questionnaire that consisted of 2 parts including, demographic questionnaire and the mental health status were used to measure. The reliability of the questionnaire towards the mental health status was 0.81, tested by the Conbach's Alpha coefficient. Data were analyzed by descriptive statistics, Percentage, Means, Standard Deviations.

Results revealed that percent of pregnant women who had a mild level of stress in the 1st, 2nd, and 3rd trimester were 79.5%, 85.9%, and 81.8% respectively. Implication for further research are. In addition, the findings of this research can be used as planning information for personnel in the antenatal care department to continuously promote or to assess stress level of mental health for pregnant women, that resulting for sustained for good mental health

Keywords: pregnant women, mental health status

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์เป็นพัฒนาการอีกขั้นหนึ่งของสตรีวัยเจริญพันธุ์เมื่อตั้งครรภ์แล้วร่างกายของสตรีมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีรวิทยา กายวิภาค และชีวเคมีเพื่อตอบสนองต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมร่วมด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาตั้งแต่มีการปฏิสนธิจนกระทั่งคลอด (Pillitteri, 2010) การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของหญิงตั้งครรภ์นั้นเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของชีวิต (Srisawad, Panyapinitnukul, Sonnak, 2018) และมีผลต่อการพัฒนาบทบาทตนเองเข้าสู่การเป็นมารดา ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์จะต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับความคาดหวังทั้งของตัวเอง ครอบครัว และสังคม โดยหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีพัฒนาการในระยะตั้งครรภ์ที่จะแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์อย่างเหมาะสมนอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายใน

ทุกระบบยังส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกและความวิตกกังวลแก่หญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างมาก (Srisawad et.al., 2018) จึงอาจกล่าวได้ว่าการตั้งครรภ์เป็นภาวะวิกฤตตามวุฒิภาวะในชีวิต (Pregnancy as crisis) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ต้องการการปรับตัวสูง

หญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แตกต่างกันในแต่ละไตรมาส และการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ย่อมกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ทั้งสิ้น อีกทั้งภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์นั้นย่อมมีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับก็จะส่งผลให้การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในไตรมาสที่ 1 นี้จะพบว่าหญิงตั้งครรภ์จะเกิดความไม่แน่ใจ (Uncertainty) และความรู้สึกกำกวม (Ambivalence) ทั้งนี้เพราะการตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง



ทางด้านอัตมโนทัศน์ของตนเอง โดยระยะแรกหลังขาดประจำเดือน หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกไม่แน่ใจ (Uncertainty) ว่าตนเองตั้งครรภ์หรือไม่ (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, & Wenstrom, 2014) จึงพยายามที่จะหาข้อมูลเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจด้วยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงร่างกายของตนเองที่บ่งบอกถึงการตั้งครรภ์ ค้นหาคำตอบโดยการซักถามมารดาหรือเพื่อนที่เคยตั้งครรภ์และการทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง รวมทั้งไปรับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์พยาบาล เมื่อได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความรู้สึกกังวลระหว่างความปิติยินดีต่อการตั้งครรภ์และความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อการตั้งครรภ์ กังวลกับความรับผิดชอบในบทบาทการเป็นมารดา ภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้น ความไม่สุขสบายจากอาการแพ้ท้อง และการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตและการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึกเกิดขึ้นได้ (Pillitteri, 2010; Cunningham et. al., 2014) แม้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ล่วงหน้า และจะมีมากขึ้นในรายที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์ไม่พร้อม (Taneapanichskul, 2012; Rongluen, Talengjit, & Siriborirak, 2012) ความรู้สึกเช่นนี้อาจทำให้สตรีบางคนรู้สึกผิดที่ตนเองไม่ต้องการบุตร นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์จะเกิดความกลัวและการเพ้อฝัน (Fear and fantasies) หญิงตั้งครรภ์จะสนใจเฉพาะอาการเปลี่ยนแปลงและความไม่สุขสบายของตนเอง นึกเพ้อฝันจินตนาการถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองต่าง ๆ นานา จนบางครั้งเป็นความกลัวต่อการตั้งครรภ์ หรือสุขภาพของทารกซึ่งจะพบได้มากในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น มีการติดเชื้อในระยะแรกของการตั้งครรภ์ มีโรคประจำตัว หรือตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก เป็นต้น (Mercer, Ferketich, May, DeJoseph, & Sollid, 1988) นอกจากนั้นระบบบริการที่มุ่งค้นหาความผิดปกติของทารกในครรภ์และการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆทางสูติกรรมเพื่อป้องกันภาวะความผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความกลัวมากยิ่งขึ้น (Srisawad et.al., 2018) ส่วนในไตรมาสที่ 2 หญิงตั้งครรภ์จะมีการยอมรับการตั้งครรภ์ (Acceptance of pregnancy) เนื่องจากมีความ

ชัดเจนของอาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์มากขึ้นจากการที่มดลูกโตพองบนกระดูหัวหน้า คลำได้ชัดทางหน้าท้อง น้ำหนักเพิ่มขึ้น เต้านมขยาย รับรู้การดิ้นของทารก และได้ยินเสียงหัวใจทารกทำให้เกิดรักและใส่ใจตนเองมากขึ้น หญิงตั้งครรภ์จะใส่ใจกับการเรียนรู้บทบาทมารดา และการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ แต่งกายเหมาะสม ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมในการปฏิบัติตน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสตรีมีครรภ์รายอื่นๆ เป็นต้น (Cunningham et. al., 2014)

นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์บางรายจะมีความพึงพอใจภูมิใจต่อภาพลักษณ์ของตนเพราะคิดว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งบ่งบอกว่าทารกเจริญเติบโตและความสามารถในการเป็นมารดา แต่บางรายจะรู้สึกอึดอัดต่อการสวมชุดคลุมท้องหรือไม่ค่อยพึงพอใจต่อสีผิวบางแห่งที่คล้ำขึ้น ส่วนในไตรมาสที่ 3 หญิงตั้งครรภ์กว่าร้อยละ 80 มีความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับสูง และวิตกกังวลเมื่อใกล้เข้าสู่ระยะคลอด เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์จะตระหนักมากขึ้นถึงความรับผิดชอบของการเป็นมารดา ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ประกอบกับความรู้สึกไม่สุขสบายที่เพิ่มขึ้นจากครรภ์ที่ใหญ่ขึ้น มีความเหนื่อยล้า อึดอัด นอนไม่ค่อยหลับกลัวการเจ็บครรภ์และการคลอด กลัวไปคลอดไม่ทัน กลัวว่าจะคลอดเกินกำหนด มีการเตรียมตัวเพื่อการคลอด เตรียมของใช้ทารกและการตั้งชื่อทารกทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น ต้องการความรักความใส่ใจ ต้องการให้สามีอยู่ใกล้ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองในการเผชิญต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอดและการเป็นมารดา เมื่อเริ่มเข้าสู่ไตรมาสที่ 3 (Lowdemilk, Perry, & Cashion, 2012) หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาส่วนบุคคลได้แก่ มีภาวะซึมเศร้า มีความกลัวในระดับสูง ไข้หวัด มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และมีโรคแทรกซ้อนต่างๆ มากกว่า 2 โรค จะมีความเครียดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการตั้งครรภ์ปกติได้ถึง 3-4 เท่า (Kaewchuntra, Ruagreangkulki, Thavornpitak, Rujiraprasert, Kotnara, & Kabkumba, 2014).

อย่างไรก็ตามภาวะสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์นอกจากจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของทารกตั้งแต่ในครรภ์แล้ว ยังพบว่าภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงของการตั้งครรภ์นั้น ส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมของหญิงตั้งครรภ์อีกด้วย ทั้งนี้ในด้านผลกระทบทางร่างกายพบว่าอัตราการเจ็บป่วย และการติดเชื้อที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดในระหว่างการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ (Hoble & Culhane, 2008) ทางด้านอารมณ์หญิงตั้งครรภ์มักพบปัญหาในเรื่องของการปรับตัวสืบเนื่องจากอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์เองที่มักเปลี่ยนแปลงได้ง่าย หงุดหงิดและโมโหง่ายมีความรู้สึกไม่คงที่ อาจทำให้บุคคลรอบข้างไม่เข้าใจหรืออาจปรับตัวไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจซึมเศร้า หรือพูดจาดูหมิ่นจนอาจแยกตัวออกจากบุคคลอื่น ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น (Keenan, Sheffield, & Boeldt, 2007) การปรับกระบวนการสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็นนโยบายให้มีการประเมินภาวะสุขภาพจิตเพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ โดยจัดทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้เจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ได้ประเมินความเสี่ยงต่อการมีปัญาสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการตรวจครรภ์ ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งอาจส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของหญิงตั้งครรภ์ จึงได้สนใจศึกษาภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส (ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3) เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์มาใช้ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือและดำเนินการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

คำถามการวิจัย

ภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสอยู่ในระดับใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสโดยเลือกศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลตรังในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา (ตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 ถึงเดือนมิถุนายน 2561) จำนวน 233 คน โดยแบ่งหญิงตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวออกเป็น 3 กลุ่มตามไตรมาสของการตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลตรังในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลตรัง ตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 ถึงเดือนมิถุนายน 2561 จำนวน 234 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยคิดคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (กรณีที่ทราบประชากร) ดังนี้ (Srisa-ard, 2017)

กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตร

$$n = \frac{P(1-P)}{Z^2 + N}$$

เมื่อ N = ขนาดของประชากร
 n = คือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
 P = คือสัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการ
 สุ่ม

Z = คือระดับความมั่นใจที่กำหนดหรือระดับ
 นัยสำคัญ

Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96 (ความเชื่อมั่น
 95%)

E = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ความเชื่อมั่น
 95% สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

$$n = \frac{0.30(1-0.30)}{0.052 + 0.30(1-0.30)} \\ 1.962 + 1000$$

$$= 0.21/0.0009$$

$$n = 233.333 \text{ คน}$$

เกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วย
 ฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลตรัง ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา
 (ตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 ถึง เดือนมิถุนายน 2561)
 โดยแบ่งกลุ่มตามไตรมาสของการตั้งครรภ์ทั้งนี้กำหนดให้
 กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษามีจำนวนที่ใกล้เคียงกันใน
 แต่ละไตรมาสโดยกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 คือ
 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 14 สัปดาห์ จำนวน
 78 คน ไตรมาสที่ 2 คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์
 14+1 ถึง 28 สัปดาห์ จำนวน 78 คน และ ไตรมาสที่ 3
 คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28 + 1 ถึง 40 สัปดาห์
 จำนวน 77 คน และต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจ
 ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน
 อย่างมากหรือเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เช่น
 มีภาวะ Hyperemesis gravidarum, threaten abort,
 precipitating labour

2. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด และ
 การใช้ภาษาไทย

3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและเซ็นใบยินยอม
 เข้าร่วมโครงการเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออก
 เป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัย
 สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าประกอบด้วย ข้อมูลด้าน
 อายุ จำนวนครั้ง ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน
 ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอ
 ของรายได้ ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์
 ความต้องการมีบุตร ประวัติการตั้งครรภ์ อาการและอาการ
 แสดงในขณะตั้งครรภ์ การใช้ยาและสารเสพติด อารมณ์
 และความรู้สึกในขณะตั้งครรภ์ ภาวะโรคที่เกิดขึ้นใน
 ขณะตั้งครรภ์ ความต้องการการได้รับการสนับสนุน
 ช่วยเหลือ และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของหญิง
 ตั้งครรภ์ (Department of mental Health, 2018)
 เป็นแบบประเมินสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์โดย
 กรมสุขภาพจิต มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือก
 ตอบคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ
 ได้แก่ ไม่มี (1) มีบ้าง (2) มีบ่อยๆ (3) การแปลผล
 โดย 15-25 คะแนน มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับความ
 เครียดเล็กน้อย 16-35 คะแนน มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ใน
 ระดับความเครียดปานกลาง 36-45 คะแนน มีภาวะสุขภาพ
 จิตอยู่ในระดับความเครียดสูง ได้ตรวจสอบค่าความเที่ยง
 โดยพิจารณาค่าความสอดคล้องภายในเครื่องมือ (Internal
 consistency) ตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
 Conbach's Alpha coefficient) ค่าความเที่ยงที่ได้ 0.81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลตรัง เลขที่ 020/2559-61 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธในการร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบและข้อมูลทุกอย่างของอาสาสมัครจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และระหว่างการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ข้อมูลหรือเข้ากิจกรรม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกถูกรบกวน กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผลหรืออธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรังถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรังเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย
2. ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรังแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบ หัวหน้างานแผนกฝากครรภ์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในการศึกษาแต่ละไตรมาสพร้อมอธิบายให้ทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษาหรือวิจัย
4. ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลตรังในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา (ตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 ถึง เดือนมิถุนายน 2561) โดยแบ่งกลุ่มตามไตรมาสของการตั้งครรภ์ ทั้งนี้ กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษามีจำนวนที่เท่าๆ กันในแต่ละไตรมาส โดยกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 14 สัปดาห์ จำนวน 78 คน ไตรมาสที่ 2 คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 14 + 1 ถึง 28 สัปดาห์ จำนวน 78 คน และ ไตรมาสที่ 3 คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28 + 1 ถึง 40 สัปดาห์ จำนวน 78 คน และต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมากหรือเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เช่น มีภาวะ Hyperemesis gravidarum, threaten abort, precipitating labour และให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนตอบแบบสอบถามด้านข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 10-15 นาที

6. หญิงตั้งครรภ์ที่เก็บข้อมูลแล้วจะมีสัญลักษณ์ที่หน้าปกสมุดสีชมพู เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลซ้ำเมื่อหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากขึ้น

7. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนาคำนวณหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์วิเคราะห์โดยคำนวณหาค่าคะแนน โดยคะแนนต่ำสุดคือ 15 คะแนน คะแนนสูงสุด 45 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแบ่งระดับสุขภาพจิต แบ่งเป็นมีภาวะ

สุขภาพจิตอยู่ในระดับความเครียดเล็กน้อย ปานกลาง และมาก

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยนำเสนอตามลำดับของวัตถุประสงค์ ดังนี้ ตอนที่ 1. ด้านข้อมูลส่วนบุคคลและตอนที่ 2. ระดับของภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ในแต่ละไตรมาส

ตอนที่ 1. ด้านข้อมูลส่วนบุคคล

ด้านข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างในไตรมาสที่ 1 ไตรมาส 2 และไตรมาส 3 มีอายุระหว่าง 20-34 ปี มากที่สุดร้อยละ 72.6, 74.3 และ 76.9 ตามลำดับเป็นการตั้งครรภ์ที่ 2 มากที่สุดทั้ง 3 ไตรมาส คือร้อยละ 41.0, 41.1 และ 42.3 อายุครรภ์เมื่อตอบแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตในไตรมาสแรกอยู่ในช่วง 5-11 สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 68.2 ไตรมาสที่ 2 อยู่ในช่วง 20-28 สัปดาห์ มากที่สุด ร้อยละ 83.9 และไตรมาสที่ 3 อยู่ในช่วง 33-40 สัปดาห์ มากที่สุดร้อยละ 91.1 ด้านการศึกษาในไตรมาสที่ 1 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 23.8 ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ร้อยละ 23.3 และ 24.5 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดทั้ง 3 ไตรมาส คิดเป็นร้อยละ 27.4, 28.5 และ 27.6 ตามลำดับรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 5,000-10,000 บาทมากที่สุด ในไตรมาสที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 42.6 ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 รายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 10,001-20,000 บาทมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 39.9 และ 41.1 ทั้งนี้พบว่ารายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 3 ไตรมาส คิดเป็นร้อยละ 85.2, 90.0 และ 87.5 ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 3 ไตรมาส อาศัยอยู่ด้วยกันกับสามีคิดเป็นร้อยละ 96.0, 97.7 และ 95.8 ด้านข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 3 ไตรมาส มีการ

วางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 61.4, 77.0 และ 75.6 มีความต้องการที่จะมีบุตรร้อยละ 90.6, 92.0 และ 95.5 หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 3 ไตรมาส มีประวัติการแท้งร้อยละ 5.1, 6.4 และ 10.2 มีประวัติทารกตายในครรภ์ร้อยละ 1.2 ทั้ง 3 ไตรมาส หญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 มีประวัติคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 3.8 ไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 5.1 และไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 5.1 และหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2 มีประวัติคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม ร้อยละ 1.2 หญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 มีประวัติผ่าตัดระบบสืบพันธุ์ร้อยละ 2.5 ไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 2.5 และไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 1.2 โดยสรุป หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 3 ไตรมาส ไม่มีภาวะโรคที่เกิดร่วมกับการตั้งครรภ์มากที่สุดร้อยละ 74.3, 75.6 และ 73.0 หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 3 ไตรมาส มีความต้องการได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากสามีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53.8, 57.6 และ 55.1 และมีความต้องการการช่วยเหลือในเรื่องคำแนะนำในการปฏิบัติตัวมากที่สุดทั้ง 3 ไตรมาส คิดเป็นร้อยละ 74.3, 70.5 และ 71.7

ด้านข้อมูลทางอารมณ์พบว่าในไตรมาสที่ 1 พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอาการหงุดหงิดงายมากที่สุด ร้อยละ 38.1 รองลงมา คืออารมณ์ปกติร้อยละ 34.5 ในขณะที่ไตรมาสที่ 2 มีอารมณ์ปกติมากที่สุดร้อยละ 44.4 รองลงมา คืออารมณ์หงุดหงิด ร้อยละ 38.6 และไตรมาสที่ 3 มีอารมณ์หงุดหงิดมากที่สุด ร้อยละ 43.5 รองลงมา คือ มีความวิตกกังวล ร้อยละ 24.7 ส่วนด้านความกังวล ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าไตรมาสที่ 1 มีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและความแข็งแรงของบุตรมากที่สุดร้อยละ 56.5 รองลงมา คือการแท้งหรือภาวะแท้งร้อยละ 32.7 ในขณะที่ไตรมาสที่ 2 มีความกังวลในเรื่องของสุขภาพและความแข็งแรงของบุตรในครรภ์มากที่สุด ร้อยละ 65.5 รองลงมา คือเรื่องเศรษฐกิจที่ไม่แน่นอนร้อยละ 10.8 และในไตรมาสที่ 3 พบมีความกังวลในเรื่องการคลอดมากที่สุดร้อยละ 64.1 รองลงมา คือความเจ็บปวดจากการคลอด ร้อยละ 61

ตอนที่ 2 ระดับสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของระดับสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 ไตรมาส 2 และไตรมาส 3

ระดับภาวะสุขภาพจิต	ไตรมาส 1 (N = 78)		ไตรมาส 2 (N = 78)		ไตรมาส 3 (N = 77)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เครียดเล็กน้อย	62	79.5	67	85.9	63	81.8
เครียดปานกลาง	15	19.2	10	12.8	12	15.6
เครียดในระดับสูง	1	1.3	1	1.3	2	2.6

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตอยู่ในระดับเครียดเล็กน้อยทั้ง 3 ไตรมาส คิดเป็นร้อยละ 79.5, 85.9 , 81.8 ตามลำดับ รองลงมาคืออยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 19.2, 12.8, 15.6 ตามลำดับและพบมีความเครียดในระดับสูงน้อยที่สุดในไตรมาสที่ 1 และ 2 เท่ากันที่ระดับ 1.3 และร้อยละ 2.6 ในไตรมาสที่ 3

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยข้างต้นสามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์แต่ละไตรมาส

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับเครียดเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 79.5, 85.9, และ 81.8 ตามลำดับทั้งนี้อธิบายได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 3 ไตรมาส ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เมื่ออายุ 20-34 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมสำหรับการตั้งครรภ์ (Maneejitaksanti, 2014) เพราะมีความพร้อมด้านสุขภาพร่างกายและด้านจิตสังคมอีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการตั้งครรภ์ทำให้มีการวางแผนที่จะตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้าและการตั้งครรภ์ครั้งนี้ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ไตรมาส เป็นการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดได้น้อยกว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

(Maneejitaksanti, 2014) และสอดคล้องกับการศึกษาของศรุตยารองเลื่อน ภทวัธย์ ตังจิตรและ สมประสงค์ ศิริบริรักษ์ (Ronglue, Talengjit , & Siriborirak, 2012) พบว่า ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจที่จะมีบุตรจะมีปัญหาด้านจิตสังคม (psychosocial problem) ได้แก่ รู้สึกเศร้า เหงา หดหู่ ผิด ไม่มีค่า ประกอบกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ทั้ง 3 ไตรมาส ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์หลังในครรภ์หลัง หญิงตั้งครรภ์มีประสบการณ์การตั้งครรภ์มาแล้ว ร่วมกับส่วนใหญ่ไม่มีภาวะโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนกับการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ทั้งนี้พบว่า หากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโรคเรื้อรังจะมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (Fernanda, Guimaraes, Francielle, Antonio, Vivian, Girliani, & Jaqueline, 2019) อนึ่ง ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 3 ไตรมาสมีระดับความเครียดอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของราชี่ และ มาร์โบอี (Razieh & Framarzi, 2014) ที่พบว่าอายุของหญิงตั้งครรภ์และภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่ทำนายความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์และสอดคล้องกับการศึกษาของศรีนคร มังคะมณี ศิริพร ชุตเจื้อจันและปิยวัชร ประมวลรัตน์ (Mungkamane, Chudjuajeen, & Piyawatchara, 2010) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์

ปกติถึงเครียดเล็กน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตร กฤติยารรณ (Kityawan, 2013) ซึ่งศึกษาภาวะสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ในเขตชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปกติถึงเล็กน้อย ร้อยละ 83.7 เช่นเดียวกับการศึกษาของโมริโอกะและคณะ (Morioka et al., 2013) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปกติและเล็กน้อย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์

เอกสารอ้างอิง

- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Gilstrap, L., & Wenstrom, K. (2014). *Williams obstetrics*. (24th ed.). New York: McGraw Hill.
- Department of Mental Health. (2019). Mental health assessment for pregnancy women questionnaire. Retrieved 20 March 2016 from <https://www.dmh.go.th/> [In Thai]
- Fernanda, J.G., Francielle. S., Antonio, L., Vivianice, H., Girliani, S., & Jaqueline, P. (2019). Mental disorders on pregnant. *Enfermeria Global*, No.53. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1328331>
- Hoble, C. J. & Culhane, J. (2008). Role of psychosocial and nutritional stress on poor pregnancy outcome. *The American Society for Nutrition Scinces*, 133(5): 67-84.
- Kaewchuntra, N., Ruagreangkulki, S., Thavornpitak, Y., Rujiraprasert, N., Kotnara, I., & Kabkumba, C. (2014). Prevalence of depression in adolescent pregnancy in antenatal clinics, provincial hospital, Northeastern Thailand. *Journal of Psychiatry Assoc Thailand* 59(3), 207-220 [In Thai].
- Keenan, k., Sheffield, R. & Boeldt, D. (2007). Are prenatal psychological or physical stressors associated with suboptimal outcomes in neonates born to adolescent mothers?. *Early Human Development*, 83(9): 623 - 627.
- Kityawan, S (2013). *The study of mental health status for pregnant women in rural area: Muang District, Ubon-Ratchathani*. In Suneegrand Convention Centre ,Nursing Excellent: A Key to Healthy Community in AEC Era. (177-183). Ubon- Ratchathani. The Nurses' Association of Thailand Northeastern Division meeting. [In Thai].
- Lowdermilk, D., Perry, S., & Cashion, K. (2012). *Maternal & women's health Care*. (10th ed.). USA: Elsevier
- Maneejitaksanti, R. (2014) Labor Complications in Teenage and Elderly Pregnancy in Pharnomsarakarm Hospital. *Journal of Health Science*, 23(1), 69-74. [In Thai].
- Mercer, R., Ferketich, S., May, K., DeJoseph, J., & Sollid, D., (1988). Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research in Nursing Health* . 11(2), 83-95. <https://doi.org/10.1002/nur.4770110204>
- Morioka, E., Takahasi M., Seabra , T., Alves, G., Silva, A., Batista, ...Barbieri, M. (2013). Mental health and physical inactivity during pregnancy: a cross-sectional study nested in the BRISA cohort study. *Cad. Sade Publica*,

29(8),1583-1594. doi: 10.1590/0102-311X00115112

Mungkamane, S., Chudjuajeen, S., & Piyawatchara, P. (2013) The study of mental health status of pregnant women at antenatal clinic in Jaoprayayommaraj Hospital Suphanburi province. *Journal of Health and Education*, 3(1), 29-40. [In Thai].

Pillitteri A. (2010). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and Childrearing family* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Press.

Rezaee, R., & Framarzi, M. (2014) Predictors of mental health during pregnancy. *Iran Journal of Nursing Midwifery Research*, 19(7s sup), S48-50.

Ronglue, S., Talengjit, P., & Siriborirak, S. (2012). Unwanted pregnancies in teenagers: A survey of problems and needs for health care support. *Siriraj Nursing Journal*, 3(2), [In Thai].

Srisa-ard, B. (2560). *Basic research*. (10th ed.). Bangkok: Suwiriyan Publisher. [In Thai].

Srisawad, K., Panyapinitnukul, C., Sonnark, N. (2018) Health Promoting Behavior in Pregnancy. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(2), 95-109. [In Thai].

Taneepanichskul, S (2012). Unwanted pregnancy. In Wittaya Thanaphan (Eds), *Crisis in perinatal practice*. Bangkok.: P.A. Living limited. [In Thai].

