

ภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์  
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวกัญฐิกา ชัยสวัสดิ์

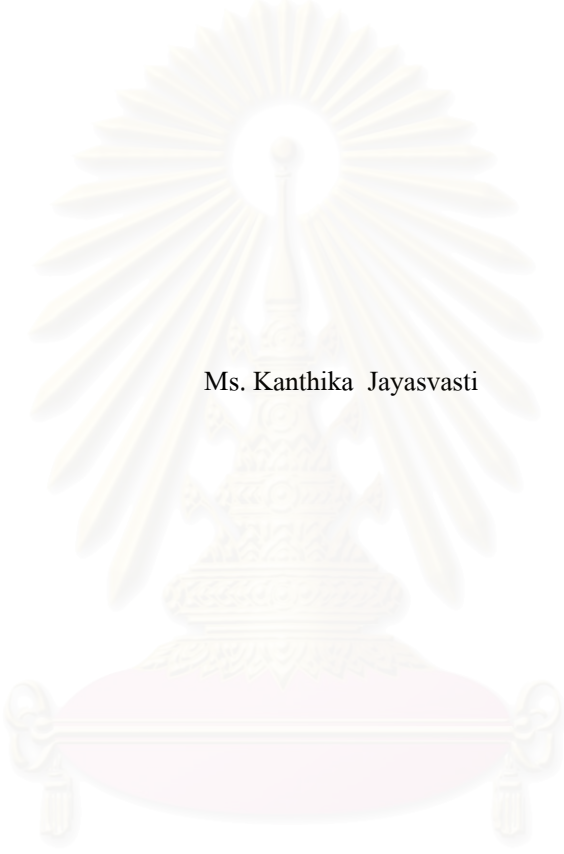
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-5399-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

HAPPINESS AND RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN HAVING  
PRENATAL CARE AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL



Ms. Kanthika Jayasvasti

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-5399-3

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝาก
	ครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย	นางสาวกัญจิกา ชัยสวัสดิ์
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์
อาจารย์ที่ปรึกษา (ร่วม)	อาจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุชวณิชัย

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิวรรณ นีวาดพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา (ร่วม)  
(อาจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุชวณิชัย)

.....กรรมการ  
(อาจารย์นายแพทย์ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร)

กัญจิกา ชัยสวัสดิ์ : ภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ  
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (HAPPINESS AND RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN  
 HAVING PRENATAL CARE AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL).  
 อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ.พญ.บุรณี กาญจนถวัลย์, อ.ที่ปรึกษาร่วม อ.นพ. พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย ; 153 หน้า,  
 ISBN 974-17-5399-3

การวิจัยครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์  
 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แบบการวิจัยเป็นลักษณะการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross – sectional  
 descriptive study) โดยการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 438 คน ที่สุ่มเลือกได้โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ simple  
 random sampling จากหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ 1.  
 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ 3. แบบวัดภาวะความสุข The Oxford  
 Happiness Questionnaire (OHQ) 4. แบบทดสอบบุคลิกภาพ The Maudsley Personality Inventory (MPI) 5. แบบ  
 วัดความพึงพอใจในชีวิตสมรส Marital Satisfaction Scale (MSS) สถิติที่ใช้ คือ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตร  
 ฐาน , unpaired T-test, ANOVA, Scheffe’s method, Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient และ  
 Stepwise Multiple regression Analysis วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ร้อยละ 57.3 มี  
 ภาวะความสุขอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะความสุขกับปัจจัยที่ศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
 ภาวะความสุขในหญิงตั้งครรภ์ คือ อายุในช่วง 31 – 35 ปี, การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป, รายได้เฉลี่ยส่วนบุคคล  
 และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวค่อนข้างสูง , การมีเงินออม, การไม่ใช้ยาหรือสารเสพติด, การมีสัมพันธภาพระหว่างคู่  
 สมรสที่ดีขึ้น, การไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ, ลักษณะบุคลิกภาพ แบบแสดงตัวและแบบมีความมั่นคง  
 ทางอารมณ์ และการไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังคลอด ปัจจัยที่ทำนายภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์มีทั้ง  
 หมด 4 ตัวแปร คือ การมีลักษณะบุคลิกภาพแบบแสดงตัวและแบบมีความมั่นคงทางอารมณ์, การมีรายได้ของครอบ  
 ครัวเพิ่มขึ้น และการมีปัญหสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสน้อยลง

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต.....

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ปีการศึกษา 2546

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม .....

##4575202430 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORDS : HAPPINESS / PREGNANT WOMEN / KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

KANTHIKA JAYASVASTI : HAPPINESS AND RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN HAVING PRENATAL CARE AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. (THESIS TITLE) THESIS ADVISOR : ASSIST. PROF. BURANEE KANCHANATAWAN , MD. , CO ADVISOR : PEERAPON LUEBOONTHAWATCHAI, MD. ; 153 pp. ISBN 974-17-5399-3

The purposes of this research were to study happiness and related factors in pregnant women having prenatal care at King Chulalongkorn Memorial Hospital. The research design was cross — sectional descriptive study. The sample of 438 pregnant women subjects from antenatal clinic at King Chulalongkorn Memorial Hospital were randomly selected using simple — random sampling. The instrument was a set of questionnaires that consisted of 5 parts. Part one was use to assess personal factors. Part two was use to assess pregnant factors. Part three was The Oxford Happiness Questionnaire (OHQ). Part four was the Maudsley Personality Inventory (MPI). Part five was The Marital Satisfaction Scale (MSS). All data were analyzed with the SPSS / FW program to determine percentage, mean, standard deviation. Unpaired T — test, ANOVA, Scheffe’s method, Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis were used to determine factors related to happiness.

The major findings were as followed : most of the pregnant women had high level of happiness scores. Statistically significant related factors to happiness were age between 31 — 35 years, bachelor degree and up, high self income and family income, have saving deposit, no substance use, good marital relationship, no problem about relative relationship, extrovert and stable personality and no concern about post-partum body image. Four significant predictive for happiness in pregnant women were extrovert and stable personality, increase family income and decrease problem about marital relationship.

Department      Psychiatry

Field of study      Mental Health

Academic year      2003

Student’s Signature .....

Advisor’s Signature .....

Co-Advisor’s Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งคอยให้คำแนะนำ ให้กำลังใจและเข้าใจผู้วิจัยอย่างที่สุด อาจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา รวมถึงอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทิวชาชาติ , ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ผ่าน บาลโพธิ์ ,อาจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย , ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ สุภปิติพร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ ที่ให้ความเมตตาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิวรรณ นิเวศพันธุ์ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์เยือน และคุณอารีย์ ดันนิรันดร รวมทั้งคุณ วิมา สุธธีรัตน์ คุณ อัมพร ต้นประดิษฐ์ คุณ สอาดศรี นิธิปัญญา และขอขอบพระคุณ คุณนิตยา บุญประเสริฐ พยาบาลและเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์ ภปร.8 ทุกท่านที่ให้ความเมตตาผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง กราบขอบพระคุณอาจารย์นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรรณ อาจารย์นายแพทย์เดชา ลิลิตอนันต์พงษ์ และคณาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน กราบขอบพระคุณ คุณนุชนาฏ เพชรดี หัวหน้าหน่วยบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ ที่เมตตาและให้กำลังใจอย่างดียิ่ง คุณอุไร ชีเจ็ดริ้ว รวมทั้งคุณไชยันต์ สุขบาล และคุณดวงพร หิรัญรัตน์ ขอขอบพระคุณคุณประธาน รัชตจรรย์ เป็นอย่างสูง รวมทั้ง คุณไพโรจน์ จันดา ที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำวิจัยต่อไปได้อย่างราบรื่น

ขอกราบเท้ารองศาสตราจารย์นายแพทย์กิจประมุข ดันตยาภรณ์ ที่เมตตาผู้วิจัยเสมือนพ่อ และผู้ช่วยศาสตราจารย์กัตติกา ตังชนกานนท์ ที่เมตตาผู้วิจัยเสมือนแม่

ขอขอบคุณนายแพทย์กวิน ตังชนกานนท์ เพื่อนที่ดีที่สุด ที่คอยห่วงใย เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยเสมอ รวมทั้งคุณ มัสดี แวดราแม และคุณปฐมพร ตูบรเรเทิง เพื่อนผู้เป็นกำลังใจอย่างดียิ่ง

และเหนือสิ่งอื่นใด ลูกขอกราบเท้าคุณแม่ รองศาสตราจารย์สิมา ชัยสวัสดิ์ และคุณแม่ คุณคีนา ชัยสวัสดิ์ ที่ให้ปัญญาในการดำรงชีวิต และสติในการแก้ไขปัญหา และทำให้ลูกมีวันนี้ พระคุณและคำพรของท่านคือสิ่งสูงสุด ที่เป็นสิ่งคุ้มครองชีวิตของลูกตลอดไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
<b>บทที่</b>	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น .....	4
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ความสุข.....	9
ความหมายของความสุข .....	10
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสุขในด้านจิตวิทยา.....	11

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสุขในด้านชีววิทยา.....	18
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการตั้งครรรภ์ .....	27
คำจำกัดความที่เกี่ยวกับการตั้งครรรภ์.....	27
การเปลี่ยนแปลงในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรรภ์ .....	29
การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของหญิงตั้งครรรภ์.....	30
การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมของหญิงตั้งครรรภ์.....	46
ภาวะความสุขกับการตั้งครรรภ์.....	55
ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรรภ์.....	57
บุคลิกภาพกับภาวะความสุข.....	60
ความพึงพอใจในชีวิตสมรสกับภาวะความสุข.....	63
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	67
3. วิธีดำเนินการวิจัย .....	72
รูปแบบการวิจัย .....	72
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	72
ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย.....	73
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	74
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	78
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	79



## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	80
5. สรุปผลการวิจัย การอภิปราย และข้อเสนอแนะ .....	108
สรุปผลการวิจัย .....	111
อภิปรายผล .....	119
ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย .....	132
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	132
รายการอ้างอิง.....	133
ภาคผนวก.....	140
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	153

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล .....	81
ตารางที่ 2	แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับตั้งครรภ์ .....	84
ตารางที่ 3	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัยของระดับภาวะความสุข ความพึงพอใจในชีวิตสมรส รวมถึงลักษณะบุคลิกภาพของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ .....	92
ตารางที่ 4	แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุข กับปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการทดสอบค่า t-test .....	94
ตารางที่ 5	แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุข กับปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยวิธี One-way ANOVA .....	95
ตารางที่ 6	แสดงการทดสอบค่าความต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุข ระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่มีอายุแตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ Scheffe' .....	97
ตารางที่ 7	แสดงการทดสอบค่าความต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุข ระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ Scheffe' .....	98
ตารางที่ 8	แสดงการทดสอบค่าความต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุขระหว่าง กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่มีรายได้เฉลี่ยส่วนบุคคลแตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ Scheffe' .....	98

## สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 9	แสดงการทดสอบค่าความต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุขระหว่าง กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวแตกต่างกันของหญิง ตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ Scheffe'....	99
ตารางที่ 10	แสดงการทดสอบค่าความต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุข ระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ Scheffe' .....	99
ตารางที่ 11	แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุข กับปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการทดสอบค่า t-test .....	101
ตารางที่ 12	แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุข กับปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยวิธี One-way ANOVA .....	104
ตารางที่ 13	แสดงการทดสอบค่าความต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุขระหว่าง กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แตกต่างกันของหญิง ตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีของ Scheffe' ...	104
ตารางที่ 14	แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะ ความสุขของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) .....	106
ตารางที่ 15	แสดงผลการศึกษาปัจจัยร่วมที่เป็นตัวพยากรณ์ภาวะความสุขของหญิง ตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติการ วิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ แบบ Stepwise (Stepwise Multiple Regression Analysis) .....	107

## สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	แสดงส่วนต่างๆ ของสมอง ในภาคตัดตามยาว .....	20
ภาพที่ 2	แสดงสมองส่วน limbic system .....	21
ภาพที่ 3	แสดงสูตรโครงสร้างของโดปามีน (Dopamine) .....	23
ภาพที่ 4	แสดงสูตรโครงสร้างของนอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) .....	24
ภาพที่ 5	แสดงความแตกต่างระหว่างสูตรโครงสร้างของนอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) และอีพิเนฟริน (Epinephrine).....	24
ภาพที่ 6	แสดงโครงสร้างของเอนดอร์ฟิน (Endorphin) .....	25
ภาพที่ 7	แสดงสูตรโครงสร้างของโปรเจสเตอโรน (Progesterone) .....	26
ภาพที่ 8	แสดงสูตรโครงสร้างของเทสโทสเตอโรน (Testosterone) .....	26
ภาพที่ 9	แสดงการปฏิสนธิ (Fertilization) และการฝังตัวของตัวอ่อน ในผนังมดลูก.....	28

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หลังจากที่ได้ประกาศใช้ธรรมนูญองค์การอนามัยโลก ในวันที่ 7 เมษายน พ.ศ.2491 แล้ว ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ได้มีมติให้มีการเฉลิมฉลองพร้อมกันทั่วโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 เป็นต้นมา โดยทุกปีได้มีการกำหนดข้อปัญหาทางอนามัยหนึ่งเรื่องสำหรับตั้งเป้าเป็นคำขวัญสั้น ๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วโลกใช้เป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน โดยในปี ค.ศ. 1998 (พ.ศ. 2541) มีคำขวัญประจำปีที่ว่า “Pregnancy is Special – Let’s Make it Safe” (ตั้งครรรณ์นั้นประเสริฐ ร่วมมือกันเกิด แม่ลูกปลอดภัย) จากคำขวัญดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าทั่วโลกได้ให้ความสำคัญในประเด็นของการตั้งครรรณ์เป็นอย่างยิ่ง<sup>(1)</sup>

จากรายงานข้อมูลสถิติเกี่ยวกับจำนวนประชากรทั่วประเทศ ของสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย<sup>(2)</sup> ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2545 พบว่ามีจำนวนประชากรไทยทั้งสิ้น 62,799,872 คน รายงานสถิติจำนวนการเกิดประจำปี พ.ศ. 2544 พบว่า มีจำนวนการเกิดของเพศชายทั้งหมด 394,245 คน และเพศหญิงทั้งหมด 371,862 คน และอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ทั้งนี้เนื่องจากการตั้งครรรณ์เป็นกระบวนการทางธรรมชาติเฝ้าดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ และหน้าที่หลักของสตรี คือ การแพร่พันธุ์ ซึ่งประกอบด้วย การตั้งครรรณ์ การคลอด และการเลี้ยงดูทารกแรกเกิดด้วยนม โดยภาวะนี้จะเกิดขึ้นเป็นรอบๆ ถ้าสตรีนั้นแต่งงานและไม่คุมกำเนิด คาดคะเนว่า สตรีแต่ละคนจะเกิดภาวะนี้ราว 10-11รอบ<sup>(3)</sup>

การตั้งครรรณ์ถือเป็นภาวะวิกฤตตามพัฒนาการของชีวิต เนื่องจากการตั้งครรรณ์เป็นการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามปกติของหญิงตั้งครรรณ์และครอบครัว เป็นหัวใจของชีวิตที่สำคัญหรือเป็นจุดที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต<sup>(4)</sup> ทั้งในด้านกายวิภาค ชีวเคมีและสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ดำเนินไปตลอดการตั้งครรรณ์โดยร่างกายมีการปรับตัวอย่างมากกับการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้หญิงตั้งครรรณ์ไม่สุขสบาย เกิดอาการต่าง ๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย และปวดหลัง เป็นต้น นอกจากนี้หญิงตั้งครรรณ์ยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม เช่นการยอมรับ

การตั้งครรภ์ สัมพันธภาพกับสามี และภาพลักษณ์ เป็นต้น<sup>(5)</sup> จะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีความเครียดแฝงอยู่ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวจึงต้องพยายามปรับตัวเพื่อให้ผ่านภาวะของความวิตกกังวล ความเครียดหรือวิกฤตไปได้ด้วยดี<sup>(4)</sup> เพราะหากไม่สามารถปรับตัวได้สำเร็จ จะส่งผลทำให้อารมณ์ไม่มั่นคง มีความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อไปยังทารกในครรภ์ เช่น ภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ทารกมีความพิการแต่กำเนิด คลอดก่อนกำหนด<sup>(6)</sup> และมี รายงานการวิจัยว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความสุขในขณะที่ตั้งครรภ์ ส่งผลให้ทารกหัวใจเต้นเร็ว<sup>(7)</sup> และมีน้ำหนักตัวน้อย (Low Birthweight)<sup>(8)</sup> นอกจากนี้ Zuckerman ยังกล่าวว่ามีหลายความเชื่อที่บอกว่าคุณลักษณะของมนุษย์เกิดจากปัจจัยต่างๆมากมายทั้งก่อนคลอด และหลังคลอด เช่น ปัญหามารดาที่มีความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น<sup>(9)</sup> ดังนั้นปัจจัยที่อยู่รอบตัวหญิงตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็นสามี ญาติพี่น้อง และสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะสามีในการส่งเสริมช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการให้กำเนิดและเลี้ยงดูบุตรต่อไป<sup>(10)</sup> ซึ่งถือเป็นการบรรลุถึงเป้าหมายของพัฒนกิจอันจะก่อให้เกิดความสุขและมีวุฒิภาวะในพัฒนกิจในอนาคต<sup>(4)</sup>

ความรู้สึกเป็นสุข จะทำให้บุคคลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น รู้จักยอมรับบุคคลอื่น เห็นคุณค่าในตนเองและมีความเคารพในตนเองสูง มองโลกในแง่ดี<sup>(11)</sup> มองตนเองและผู้อื่นด้านบวก มีความเชื่อในอำนาจภายในตน ไม่มีความขัดแย้งภายในตนเอง<sup>(12)</sup> มีความมั่นใจในตนเอง มีความรู้สึกผ่อนคลาย และสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้<sup>(13)</sup> อันเป็นภาวะที่ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ไม่มีความสุข ซึ่งจะมีความรู้สึกทางลบ เช่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ไม่ยอมรับตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ครุ่นคิดถึงแต่เหตุการณ์ร้ายๆที่ผ่านมา<sup>(14)</sup>

การมีความสุขจึงถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อหญิงมีครรภ์ เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปอย่างปกติสมบูรณ์ และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะวิกฤตขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทารกเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารกในครรภ์<sup>(4)</sup> อุปสรรคระหว่างการคลอด คลอดบุตรที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติ<sup>(6)</sup> และก่อให้เกิดปัญหาต่อการเลี้ยงดูทารกต่อไปในอนาคต ดังจุดประสงค์ของการผดุงครรภ์ประการหนึ่งที่ว่า เพื่อให้มารดาทุกคนมีสุขภาพจิตและกายที่ดีที่สุระหว่างตั้งครรภ์

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งในแต่ละช่วงอายุครรภ์ล้วนมีความสำคัญต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ เพื่อนำผลมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อคุณภาพชีวิตของมารดาและทารก ดังจุดประสงค์ของการผดุงครรภ์ที่ว่า เพื่อให้มารดาทุกคนมีสุขภาพจิตและ

ภายใต้ที่ส่ที่สุดระหว่างการตั้งครรภ์ , ให้ทารกเติบโตตามปกติและมีการพัฒนาที่ดี , ให้การเจ็บคลอดและการคลอดเกิดขึ้นในสภาวะและสิ่งแวดล้อมที่ดีที่สุด , ให้ทารกที่คลอดออกมาแข็งแรงและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี และให้มารดาคลอด และปรับตัวหลังคลอดได้ตามปกติโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน<sup>(15)</sup>

### คำถามของการวิจัย

1. ภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล , ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และปัจจัยเกี่ยวกับจิตสังคมมีความเกี่ยวข้องกับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ หรือไม่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และปัจจัยเกี่ยวกับจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วยบุคลิกภาพ และความพึงพอใจในชีวิตสมรสของหญิงตั้งครรภ์ กับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### สมมติฐานการวิจัย

-

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดย

1. ประชากรกลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ จากหน่วยฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

## 2. ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่

2.1 ตัวแปรอิสระ (independence variable) คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล , ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และปัจจัยเกี่ยวกับจิตสังคม

2.2 ตัวแปรตาม (dependence variable) คือ ภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์

### ข้อตกลงเบื้องต้น

คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป(ปัจจัยส่วนบุคคล) ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ แบบทดสอบบุคลิกภาพ แบบวัดภาวะความสุข และแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตสมรส ถือเป็นความรู้สึกที่แท้จริง และเชื่อถือได้ตรงตามสภาพความเป็นจริงของข้อมูล

### ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาวิจัยทำในระยะเวลาจำกัดและเป็นการศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศได้

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะความสุข หมายถึง การประเมินความรู้สึกภายในของหญิงตั้งครรภ์ในทางที่ดี อันประกอบไปด้วย ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) การมีความรู้สึกทางบวก (positive affect) และการไม่มีความรู้สึกทางลบ (negative affect) ในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบวัดความสุข The Oxford Happiness Questionnaire (OHQ)

หญิงตั้งครรภ์ (Pregnant woman) หมายถึง สตรีที่มีทารกอยู่ในมดลูก ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา หญิงตั้งครรภ์ทุกไตรมาส ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การตั้งครรภ์ (Pregnancy) หมายถึง ภาวะที่หญิงตั้งครรภ์ได้ก่อกำเนิดทารกในร่างกาย โดยการรวมตัวของไข่ที่สุกแล้วกับตัวอสุจิแล้วได้ตัวอ่อน จะมีอายุครรภ์ตามการคำนวณจากวันแรก



ของประจำเดือนครั้งสุดท้าย แล้วนับออกมาเป็นสัปดาห์โดยปกติ ใช้เวลาประมาณ  $40 \pm 2$  สัปดาห์ หรือ 9 เดือน (นับตามปฏิทิน) แบ่งออกเป็น

ไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ (First Trimester) หมายถึง ช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 1-13 สัปดาห์

ไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ (Second trimester) หมายถึง ช่วงอายุครรภ์ ตั้งแต่ 14-26 สัปดาห์

ไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (Third trimester) หมายถึง ช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 27-40 สัปดาห์

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ <sup>(16)</sup> หมายถึง จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น

1. ครรภ์แรก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยผ่านการคลอดบุตรมาก่อน
2. ครรภ์หลัง หมายถึง หญิงที่ตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง และเคยผ่านการคลอดบุตรมาก่อนอย่างน้อย 1 ครั้ง

ความพึงพอใจในชีวิตสมรส (Marital satisfaction) หมายถึง ระดับการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อสัมพันธภาพในด้านที่ดีที่มีต่อคู่สมรส โดยเป็นการรับรู้ ณ จุดเวลาที่ทำการศึกษา ซึ่งความพึงพอใจนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ วัดออกมาเป็นคะแนนรวมจากแบบสัมภาษณ์ Marital satisfaction scale

บุคลิกภาพ (Personality) หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมการแสดงออกของหญิงตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 4 แบบ คือ บุคลิกภาพแบบแสดงตัว บุคลิกภาพแบบเก็บตัว บุคลิกภาพแบบมั่นคงในสภาวะอารมณ์ และบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ ที่วัดได้จากแบบทดสอบบุคลิกภาพ The Maudsley Personality Inventory (MPI)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ไปใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งส่งผลต่อทารกหลังคลอดต่อไป
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยผลของภาวะความสุขในหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อมารดาและทารกหลังคลอดต่อไป



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดและทฤษฎี

แนวคิดและทฤษฎี ในการศึกษาภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ที่ มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาระสำคัญและนำเสนอ ดังนี้

##### 1. ความสุข (Happiness)

1.1 ความหมายของความสุข

1.2 แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับความสุขในด้านจิตวิทยา ปรัชญา และ สังคมศาสตร์

1.3 แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับความสุขในด้านชีววิทยา

##### 2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (Pregnancy)

2.1 คำจำกัดความที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

2.2 การปฏิสนธิ

2.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์

2.4 การนับอายุครรภ์

2.5 การเปลี่ยนแปลงในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์

2.6 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของหญิงตั้งครรภ์

2.7 การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์

##### 3. ภาวะความสุขกับการตั้งครรภ์

4. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์

5. บุคลิกภาพกับภาวะความสุข

6. ความพึงพอใจในชีวิตสมรสกับภาวะความสุข

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยภายในประเทศ

งานวิจัยในต่างประเทศ

## 1. ความสุข (Happiness)

Glatzer กล่าวว่าคนเราส่วนใหญ่มักจะคิดถึงเรื่องความสุข และดูเหมือนว่าทุกคนทำทุกอย่างในชีวิตเพื่อที่จะได้สร้างความสุขให้กับตนเอง เพราะความสุขเป็นสิ่งที่มีความแปลกในตัวของมันเอง มุมมองของ “ความสุข” จึงอธิบายในศาสตร์หลายแขนง ซึ่งคำอธิบายก็จะมีแตกต่างกันไปตามศาสตร์นั้นๆ ดังนี้<sup>(17)</sup>

1. นักจิตวิทยามองว่าความสุขเป็นคุณลักษณะทางบุคลิกภาพ
2. นักชีววิทยามองว่าความสุขเป็นผลมาจากการทำงานของสารเคมีในร่างกาย
3. นักปรัชญามองว่าความสุขเป็นเรื่องเกี่ยวกับศีลธรรม
4. นักสังคมศาสตร์มองความสุขว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับสภาวะทางสังคม สุขภาพเป็นเรื่องของบุคคลแต่ละคนหรือจะเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นปรากฏการณ์ทางจิตใจของแต่ละคนก็ได้ ซึ่งนักสังคมศาสตร์มองว่าความสุขของแต่ละบุคคลเป็นรากฐานของสังคม

อย่างไรก็ตาม การอธิบายในเรื่องของความสุขย่อมต้องใช้มุมมองจากหลายๆศาสตร์มาผสมกัน จึงจะสามารถศึกษาและอธิบายความสุขได้อย่างสมบูรณ์

ปัจจุบันการศึกษาในเรื่องความสุขมีความก้าวหน้ามากกว่าศตวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากมีการนำเอาระเบียบวิธีวิจัยและการใช้สถิติเข้ามาวัดและประเมินผลที่ได้จากการศึกษาทดลอง ทำให้การอธิบายกระบวนการ และความรู้ที่เกี่ยวกับความสุข มีความชัดเจน ถูกต้อง และเป็นรูปธรรมมากขึ้น

### 1.1 ความหมายของความสุข

Aristotle (อ้างใน ดวงพร หิรัญรัตน์)<sup>(18)</sup> ให้ความหมายว่า สุขภาพเป็นความดีอย่างสมบูรณ์แบบ (Summum bonum) เป็นความดีสูงสุด (Supreme good) มนุษย์เราทำทุกสิ่งก็เพื่อ

สิ่งสุดท้ายสิ่งนี้ คือ ความสุข และความสุขคือกิจกรรมของจิตที่สอดคล้องกับความดีงาม เป็นความรู้สึกที่ดี เรียกว่า สุขภาวะ (Well being) ซึ่งเป็นการนิยามความสุขในแง่ของมาตรฐาน

Waterman กล่าวว่านักจิตวิทยาแนวมนุษยนิยมมองว่า ความสุขเป็นทั้งผลและตัวเร่ง ความงอกงามทางจิตใจ (growth) กล่าวคือ ความสุขเป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยการให้บุคคลได้ตระหนักในตน และมีชีวิตอย่างสอดคล้องกับตนที่แท้ (daimon or true self) <sup>(14)</sup>

Brenner (อ้างใน ดวงพร หิรัญรัตน์) <sup>(18)</sup> ให้นิยามว่า ความสุข คือ การประเมินทั้งหมดของคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับเกณฑ์ที่เขาเลือกเอง

Marcus Aurelius (อ้างใน ดวงพร หิรัญรัตน์) <sup>(18)</sup> กล่าวว่า เมื่อบุคคลบอกว่ามีความสุขนั้น หมายความว่า เขามีชีวิตที่มีความสุข ชีวิตในที่นี้หมายถึง ตัวเขาทั้งหมดในขณะนั้นที่มีความสุข

Bradburn (อ้างใน ดวงพร หิรัญรัตน์) <sup>(18)</sup> ให้นิยามว่า ความสุขเป็นผลของความรู้สึกทางบวก และการไม่มีความรู้สึกทางลบ นั่นคือบุคคลมีความรู้สึกที่ดีมากตลอดช่วงชีวิต บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีอารมณ์เช่นนั้น เป็นการเน้นอารมณ์ที่เป็นสุข ซึ่งในความหมายนี้ เป็นความหมายที่ใกล้เคียงกับความหมายที่ใช้พูดคุยกันในชีวิตประจำวัน <sup>(9)</sup>

Argyle & Martin ให้ความหมายของความสุขว่า เป็นการประเมินของบุคคลในขณะนั้นว่า มีความพึงพอใจในชีวิต , มีความรู้สึกทางบวก เช่น มีความเบิกบานใจ มีความยินดี มีอารมณ์ดี และการไม่มีความรู้สึกทางลบ ในขณะนั้น เช่น ความซึมเศร้าและความวิตกกังวล <sup>(12)</sup>

Glatzer กล่าวว่า ความสุขเป็นเรื่องเกี่ยวกับปรัชญาที่ไม่มีที่สิ้นสุดบวกกับด้านสังคมศาสตร์ เป็นเรื่องของสุขภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) และคุณภาพชีวิต (quality of life) <sup>(17)</sup>

ดวงพร หิรัญรัตน์ นิยามความสุขว่า หมายถึง การประเมินความรู้สึกภายในของบุคคลแต่ละคน อันเป็นการประเมินทั้งหมดของชีวิตอันเป็นส่วนที่น่าพอใจ นั่นหมายถึง ประกอบด้วย

องค์ประกอบ 3 ด้าน ตามแนวคิดของ Argyle & Martin กล่าวคือ 1. ความพึงพอใจในชีวิต 2. ระดับของอารมณ์ทางบวก หรือความเบิกบานใจ 3. ระดับของอารมณ์ทางลบในขณะนั้น เช่น ความซึมเศร้าและความวิตกกังวล<sup>(18)</sup>

โดยสรุปแล้วอาจกล่าวได้ว่า ความสุขเป็นสิ่งที่นำไปสู่การมีสุขภาวะ(well-being) และการมีคุณภาพชีวิต (quality of life) ที่ดี เป็นความปรารถนาสูงสุดของมนุษย์ ซึ่งความสุขนั้น ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านคือ 1. ความพึงพอใจในชีวิต 2. ระดับของอารมณ์ทางบวก หรือความเบิกบานใจ 3. ระดับของอารมณ์ทางลบในขณะนั้น เช่น ความซึมเศร้าและความวิตกกังวล

## 1.2 แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับความสุขในด้านจิตวิทยา ปรัชญา และสังคมศาสตร์

### 1.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความสุข (Happiness)

Aristotle ความสุขเป็นสถานที่ที่พิเศษมันไม่ได้เป็นเพียงแค่สิ่งสุดท้ายแต่เป็นสิ่งสุดท้ายที่สมบูรณ์แบบ การที่มนุษย์พยายามทำสิ่งที่ดีให้กับตนเองนั้นก็เพราะทำเพื่อเกียรติยศ ชื่อเสียง ความปรารถนา เหตุผล หรือเพื่อคุณธรรมและความดีงาม แต่สิ่งเหล่านี้หาเป็นดีสิ่งสุดท้ายไม่เพราะจริง ๆ แล้วทุก ๆ สิ่งที่มนุษย์มุ่งทำมาทั้งหมดก็เพื่อความสุขนั่นเอง และเป็นแรงจูงใจสุดท้าย (final end) ของการกระทำของมนุษย์ เป็นความดีสูงสุด (highest good) หรือเป็นดีสุดท้าย (final good) ความสุขเป็นสิ่งที่คนทั่วไปยึดถือร่วมกันว่าเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต มนุษย์ทุกคนต่างทำทุกสิ่งเพื่อความสุขด้วยเหตุที่ว่าความสุขเป็นวิถีสำหรับจุดหมายในตัวของมันเองไม่ได้ เป็นวิถีไปสู่สิ่งใดอีกแล้ว<sup>(19) (20)</sup> นอกจากนี้ John Stuart Mill ยังกล่าวว่า “ในความเป็นจริงแล้ว ไม่มีอะไรเป็นสิ่งที่น่าปรารถนา นอกจากความสุข<sup>(18)</sup>

Plato มีความเห็นคล้ายกับ Aristotle มนุษย์ทุกคนมีจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิตคือความสุข เราทุกคนจะรู้สึกมีความสุข หากเต็มไปด้วยสิ่งดี ๆ ในชีวิตและความสุขเป็นวิถีของจุดหมายในตัวของมันเอง ไม่ได้เป็นวิถีไปสู่สิ่งใดอีก นอกจากนี้ Socrates เห็นด้วยว่าไม่ต้องถามว่าทำไมมนุษย์ถึงต้องการความสุขเพราะคำตอบมีอยู่ในตอนสุดท้ายของการกระทำทุกสิ่งทุกอย่าง นอกจากนี้ Plato ยังมีความเห็นว่าถึงทุกคนจะทำทุกอย่างเพื่อความสุขแต่การกระทำเพื่อไปสู่

ความสุขของแต่ละบุคคลก็มีความแตกต่างกัน บางคนกล่าวว่าสิ่งที่ดีที่เราต้องการคือเงิน บางคนสิ่งที่ดีที่เราต้องการคือการศึกษาหรือแนวคิดด้านปรัชญา เป็นต้น หนทางที่นำไปสู่ความสุขจึงแตกต่างกัน แต่สิ่งสำคัญของความสุขคือการมีคุณธรรมและความดี หากไม่มีสองสิ่งนี้ย่อมถือว่าไม่ใช่ความสุข และสิ่งสำคัญของการนำไปสู่คุณธรรมและความดีคือปัญญา (wisdom) <sup>(19)</sup>

สาเหตุเพราะความสุข เป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องการ และแสวงหา และเป็นสิ่งที่มีคุณค่าในตัวเอง ทำให้มีการศึกษาวิจัยทางด้านนี้เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับความสุขในปัจจุบันนี้นั้นก็มักเป็นการศึกษาเพื่อหาคำตอบว่าทำอย่างไรมนุษย์จึงจะสามารถดำเนินชีวิตของตนไปในทิศทางที่เป็นบวกได้ ทั้งในด้านอารมณ์และความคิด

ในปัจจุบันได้มีการนำเอาความสุขมาเป็นเป้าหมายสูงสุดในนโยบายทางสังคม โดยถือว่าความสุขของประชากรเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของนโยบายทางสังคม ตั้งแต่ปี 1973 เริ่มมีการศึกษาเกี่ยวกับความสุขมากขึ้น และมีงานวิจัยมากมายที่เกี่ยวกับความเข้าใจในเรื่องความสุข Fordyce และ Psychological Abstracts International เริ่มนำคำว่า ความสุขมาอยู่ในสารบัญชในปี 1974 Social indicators Abstract มีบทความเป็นจำนวนมากที่เกี่ยวกับความสุข และในปัจจุบันเรายอมรับกันว่า ความสุขเป็นสิ่งที่สามารถวัดได้ สามารถหาค่าความเที่ยงและความตรงได้ <sup>(18)</sup>

การศึกษาเกี่ยวกับความสุขนั้นมีรากฐานมาจากการวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งมีรูปแบบในการประเมินที่กว้างและไม่ละเอียด แต่ในปัจจุบันการศึกษาในเรื่องความสุขมีความก้าวหน้ามากกว่าศตวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากมีการพัฒนาให้มีการประเมินเกี่ยวกับความสุขที่มีความละเอียดมากขึ้น ใช้ข้อคำถามมากขึ้น มีการนำเอาระเบียบวิธีวิจัยและการใช้สถิติเข้ามาวัดและประเมินผลที่ได้จากการศึกษาทดลอง <sup>(17)</sup> ทำให้การอธิบายกระบวนการ และความรู้ที่เกี่ยวกับความสุข มีความชัดเจน ถูกต้อง และเป็นรูปธรรมมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่ารูปแบบการประเมินนั้นเปลี่ยนแปลงไป แต่สิ่งที่ไม่เปลี่ยนแปลงก็คือวิธีการประเมินที่ใช้วิธีให้ผู้ตอบประเมินโดยการรายงานตนเอง (self-report assessment) ซึ่งเป็นวิธีการที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันมากที่สุดโดยนักวิจัยที่ศึกษาทางด้านนี้ และแบบวัดที่ใช้การประเมินด้วยวิธีนี้ ซึ่งมีการใช้กันอย่างกว้างขวางและเป็นที่ยอมรับกันอย่างมากในสมัยแรก ๆ ก็คือ มาตรฐานวัดความสมดุลทางอารมณ์ของ Bradburn Bradburn's ที่ชื่อ Affect Balance Scale ปี ค.ศ.1969 ซึ่งวัดอารมณ์ 2 ด้านแบบแยกจากกันคือ อารมณ์ทางบวกและ



อารมณ์ทางลบ ตัวอย่างคำถาม เช่น เมื่อ 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีประสบการณ์ความรู้สึกต่อไปนี้หรือไม่ และมีคำตอบที่บ่งบอกถึงความรู้สึก 10 คำตอบ เช่น “ ซึมเศร้าหรือมีความสุขมาก ” และ “ มีความสุขที่สุดในโลก ” เป็นต้น แต่แบบวัดนี้ก็มีจุดอ่อนคือ มีข้อคำถามน้อยเกินไป แต่อย่างไรก็ตาม ก็จัดได้ว่าเป็นแบบวัดแรกที่มีการประเมินอารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบในระยะยาว หลังจากนั้นมีการสร้างแบบวัดโดยออกแบบให้มีช่วงของคำตอบที่ละเอียดขึ้น เช่น Andrews and Withey (1976) สร้างแบบวัดที่มีชื่อว่า D-T Scale เป็นแบบวัดที่ครอบคลุมองค์ประกอบของความทุกข์ทั้งทางด้านความคิด (cognitive) และอารมณ์ (affective) และได้รายงานไว้ว่าคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับสูง ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “ ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของส่วนรวมเป็นอย่างไร ” คำตอบแบ่งออกเป็น 7 ช่วง ตั้งแต่ ดีมาก จนถึง แย่มาก นอกจากนี้แล้วก็ยังมีแบบวัดอีกเป็นจำนวนมากที่นักวิจัยศึกษาและพัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะวัดตัวแปรความสุขนี้ให้ครอบคลุม และเชื่อถือได้มากที่สุด ดังนั้น แบบวัดต่าง ๆ ที่ถูกสร้างขึ้นมาก็จะต้องให้มีความสอดคล้องกับค่านิยมความสุขที่มีนิยามแตกต่างกันไป และในท้ายที่สุดก็เพื่อที่จะหาจุดดีจุดด้อยของค่านิยม และแบบวัดนั้น ๆ เพื่อที่จะได้มีการพัฒนาต่อไป <sup>(18)</sup>

### 1.2.2 ขอบเขตของความสุข

จากค่านิยมความสุขในช่วงต้นที่กล่าวมาสรุปได้ว่าความสุขมีขอบเขตดังนี้ <sup>(18)</sup>

1. เป็นการประเมินเชิงอัตวิสัย (subjective) กล่าวคือเป็นการประเมินประสบการณ์ภายในของแต่ละบุคคล
2. Diener กล่าวว่าความสุขไม่ใช่แต่เพียงว่าการปราศจากอารมณ์หรือความรู้สึกทางลบเท่านั้นแต่ยังหมายรวมถึงการมีอารมณ์หรือความรู้สึกทางบวกด้วย ดังที่ Bradburn ให้ความหมายว่าความสุขเป็นผลของความรู้สึกทางบวกและการไม่มีความรู้สึกทางลบ
3. Diener กล่าวว่าความสุขเป็นการประเมินโดยรวมมากกว่าการประเมินเฉพาะองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งของชีวิตเท่านั้น

### 1.2.3 องค์ประกอบของความสุข

ในการประเมินความสุขของผู้ถูกประเมินจากการศึกษาพบว่าบุคคลจะใช้การประเมินความสุขจาก 2 องค์ประกอบดังต่อไปนี้ <sup>(18)</sup>

- 1.2.2.1 องค์ประกอบทางความคิด (cognitive components)
- 1.2.2.2 องค์ประกอบทางอารมณ์ (affective components)

องค์ประกอบทางความคิด (cognitive components , hedonic level) เป็นการประเมินความสุขโดยการใช้ความคิดในการตัดสินหรือประเมินในรูปของความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นการประเมินแบบสรุปรวมของบุคคล (global assessment) ทั้งเหตุการณ์ในชีวิต กิจกรรม และสภาพแวดล้อม แล้วตัดสินว่ามีความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ องค์ประกอบทางอารมณ์ (affective components, hedonic level) เป็นการประเมินความสุขโดยใช้ประสบการณ์ทางความรู้สึก คือการประเมินความสุขในแง่ของอารมณ์ทางบวก และอารมณ์ทางลบ กล่าวคือ ในสถานการณ์แต่ละสถานการณ์ บุคคลจะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ ความรู้สึกตอบสนองออกมาอย่างไร

โดยสรุป ความสุขนั้น เป็นการประกอบกันของการประเมินชีวิตของบุคคล อันประกอบด้วยการตัดสินทางความคิดในแง่ของความพึงพอใจโดยรวม และการประเมินทางอารมณ์ที่มีการถ่วงดุลย์กันระหว่างอารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบ ซึ่งเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้น ในลักษณะที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์แต่ละสถานการณ์ที่เข้ามาสู่การรับรู้ และนำมาสู่การประเมินรวมเป็นความสุขแบบช่วงเวลา (long term)

ความสุขนั้น เป็นการประเมินโดยใช้โครงสร้างทางความคิดประกอบกับโครงสร้างทางอารมณ์ โดยการใช้โครงสร้างทั้งสองประการนี้ก็คือการประเมินออกมาในรูปของความพึงพอใจ อารมณ์ทางบวก และอารมณ์ทางลบ ซึ่งเป็นองค์ประกอบ 3 ประการของการประเมินความสุข ดังคำนิยามความสุขในการวิจัยครั้งนี้ ตามคำนิยามของ Argyle ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้<sup>(18)</sup>

### 1. ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)

องค์ประกอบที่สำคัญขององค์ประกอบหนึ่งของความสุขก็คือ ความพึงพอใจในชีวิต Diener ได้ระบุว่า ความพึงพอใจในชีวิตมีลักษณะเป็นการพิจารณาตัดสินทางความคิด ซึ่งเป็นการคิดพิจารณาตัดสินถึงชีวิตของตนเอง และจากงานที่ได้เขียนถึงเรื่องความพึงพอใจในชีวิต ได้สรุปว่า ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไปมักจะถูกศึกษาโดยแบ่งเป็นแง่มุมต่างๆ เช่น ความพึงพอใจในการทำงาน ความพึงพอใจในชีวิตสมรส ความพึงพอใจมักจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรทำนายในหลาย ๆ เรื่อง

ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลตามมาตรฐานที่ตนเองเป็นผู้กำหนด และดูเหมือนจะเป็นการเปรียบเทียบการรับรู้สิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปใน

ชีวิตของบุคคล ก็กับการกำหนดมาตรฐานโดยตนเองหรือตนเองเป็นผู้ตั้งมาตรฐาน และถ้าระดับที่ได้ รับเป็นไปตามมาตรฐานที่ตนได้ตั้งไว้ บุคคลผู้นั้นจะมีการรายงานความพึงพอใจในชีวิตสูง ดังนั้น ความพึงพอใจในชีวิต จึงเป็นการรับรู้ถึงการพิจารณาตัดสินด้วยองค์ประกอบทางความคิดในเรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของแต่ละบุคคล อันเป็นไปตามมาตรฐานที่ตนได้ตั้งไว้

Diener ได้อ้างถึงงานของ Campbell, Converse และ Rodger ว่าความพึงพอใจ เป็นองค์ประกอบทางความคิดเช่นการรับรู้ความไม่สอดคล้องระหว่างความปรารถนา (aspiration) และความสำเร็จ (achievement) บุคคลจะมีรายงานการพึงพอใจต่ำ อย่างไรก็ตามในแต่ละบุคคล ก็มีการให้น้ำหนักองค์ประกอบที่ต่างกัน เพราะคนแต่ละคนมีมาตรฐานของการมีชีวิตที่ดีแตก ต่างกันไป เช่น มาตรฐานความสำเร็จของนาย ก.แตกต่างจากมาตรฐานความสำเร็จของนาย ข. ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องประเมินถึงการตัดสินในแง่มุมต่างๆ ของชีวิตบุคคลโดยรวม มากกว่าจะตัดสินโดยแง่มุมเฉพาะแง่มุมใดแง่มุมหนึ่ง

## 2. อารมณ์ทางบวก (Positive affect)

ระดับของอารมณ์ทางบวกเป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางบวกและทาง ลบ ซึ่งอารมณ์ทั้งสองชนิดนี้เป็นองค์ประกอบทางด้านอารมณ์ที่มีความเป็นอิสระจากกัน เพราะ เป็นไปไม่ได้ที่บุคคลจะมีอารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบสองอย่างในเวลาเดียวกัน (Argyle) ยิ่งบุคคลมีความรู้สึกทางบวกในขณะนั้นมาก เขาก็จะมีความรู้สึกทางลบลดน้อยลงในเวลาเดียวกั น (Bradburn)<sup>(18)</sup>

จากการศึกษาของ Watson และคณะ พบว่าความสัมพันธ์ของอารมณ์ทางบวก และพฤติกรรมที่แสดงออกไม่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางลบเพราะการที่บุคคลมีความสุขเมื่อ ได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นถือเป็นลักษณะเฉพาะของอารมณ์ทางบวกซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ อารมณ์ทางลบน้อยมาก<sup>(21)</sup>

ความรู้สึกทางบวกนี้ คือ องค์ประกอบทางด้านอารมณ์ของความสุข การจะศึกษา ถึงความรู้สึกเป็นสุขในด้านความรู้สึกทางบวกนี้ จะต้องศึกษาอารมณ์ที่บุคคลมีทั้งสองแบบ อาจสรุปได้ว่า บุคคลที่มีคะแนนความรู้สึกทางบวกมากกว่าความรู้สึกทางลบ จะมีความรู้สึกเป็นสุข มากกว่าบุคคลที่มีอารมณ์ทางลบมากกว่าอารมณ์ทางบวก บุคคลที่มีความสุขมาก คือบุคคลที่ ประเมินเหตุการณ์ในชีวิตและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ว่า เป็นไปในทางที่ดีมากกว่าในทางที่ไม่ดี

บุคคลที่ไม่มีความสุข คือ บุคคลที่ประเมินองค์ประกอบส่วนใหญ่ในชีวิต ว่าไม่ดี เป็นตัวขัดขวางจุดมุ่งหมายในชีวิต (Diener) <sup>(18)</sup>

อารมณ์ทางบวก (positive effects, eudaemonism or hedonic enjoyment) เป็นอารมณ์เป็นสุขที่เกิดมาจากทั้งสภาวะแวดล้อมภายนอก เช่นความสุข สนุกสนาน ร่าเริง ยินดี และอารมณ์เป็นสุข อันเกิดจากแรงจูงใจภายในที่ก่อให้เกิดความสุขแบบลึกซึ้ง ซึ่งที่เรียกว่าเป็นความอิ่มเอิบทางอารมณ์ (peak experiences) ซึ่ง Maslow มองว่าอารมณ์นี้จะไม่ได้ทั้งผลลัพธ์ของความมั่งคั่งหรือเป็นตัวกระตุ้นให้มนุษย์เกิดความมั่งคั่งในตน ความมั่งคั่งในตนนี้เป็นประสบการณ์ของการได้บรรลุถึงศักยภาพแห่งตน (Self-Realization) การได้เติมเต็มชีวิตโดยการดำเนินชีวิตอย่างสอดคล้องกับศักยภาพแห่งตนหรือตนที่แท้ <sup>(18)</sup>

## 2.1 มิติของอารมณ์ทางบวก

Argyle ได้สรุปของมิติอารมณ์ทางบวก (positive affect) ออกเป็น 3 มิติ ดังนี้ <sup>(18)</sup>

- ความรู้สึกสุขใจ (joy) และความยินดี (elation) จัดเป็นมิติหลักของอารมณ์ทางบวก ซึ่งสัมพันธ์กับใบหน้าที่ยิ้มแย้ม มีความยินดีในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความรู้สึกของการยอมรับ มีความมั่นใจในตนเอง เป็นกันเอง และมีความสามารถในการแก้ปัญหาได้

- ความตื่นเต้น (excitement) และความสนใจ (interest) เป็นมิติที่สองของอารมณ์ทางบวก หากมีความตื่นเต้นบวกกับความยินดีจะเป็นความสุขที่มีระดับความเข้มข้นมากกว่าความสุขใจธรรมดา บุคคลจะแสดงออกโดยการหัวเราะ

- ความรู้สึกซึมซับ (absorption) ความอิ่มเอิบใจ (intense joy) ความลึ้นไหล (spontaneity) เป็นมิติทางอารมณ์ที่ระดับความเข้มข้น เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ลึกซึ้ง (intensity or depth of experience) เกิดจากการทำกิจกรรมประเภทการฟังดนตรี การอ่านหนังสือ และการชมธรรมชาติ มีความเกี่ยวเนื่องกับการให้คุณค่าแก่ตนเอง

## 2.2 สาเหตุของอารมณ์ทางบวก

Fredrickson (อ้างใน King LA) กล่าวว่า อารมณ์ทางบวกในมนุษย์มีความเกี่ยวข้องกับความตื่นเต้นและความหวัง นอกจากนี้สิ่งสำคัญของอารมณ์ทางบวกที่มักถูกมองข้ามคือการมีความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งก็คือบุคคลรอบข้างและการมีสัมพันธ์ภาพที่แน่นแฟ้นกับบุคคลอื่นนี่เอง ที่ถือเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้เรารู้สึกมีความสุข <sup>(22)</sup>

นอกจากนี้การมีอารมณ์ทางบวกในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมถือเป็นสิ่งเชื่อมโยงมนุษย์ทั้งหลายไว้ด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับ Sherer และคณะ ที่พบว่าความสุขเกิดจากความสัมพันธ์ทางสังคมและความสำเร็จ<sup>(18)</sup> และจากการศึกษาหลาย ๆ ชิ้น ได้ข้อสรุปว่าสาเหตุของความสุข ได้แก่ การมีการติดต่อสัมพันธ์กับเพื่อนหรือการมีสัมพันธ์ภาพที่แน่นแฟ้นกับบุคคลอื่น ความสำเร็จ กิจกรรมทางร่างกาย หรือกีฬา ธรรมชาติ การอ่านหนังสือ ดนตรี อาหาร เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และกิจกรรมทางเพศ เนื่องจากฮอร์โมน Oxytocin ซึ่งถือเป็นฮอร์โมนแห่งความสุขจะเพิ่มขึ้นขณะที่มีการถึง orgasm นอกจากนี้ Oxytocin จะเป็นตัวกระตุ้นให้แม่มีน้ำนมไหลเมื่อคลอดบุตร ซึ่งการที่ลูกดื่มนมจากแม่จะก่อให้เกิดความผูกพันระหว่างแม่และลูก<sup>(22)</sup>

เหตุการณ์ทางบวกก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางบวกเช่นกัน จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 467 คน ประกอบด้วยวัยทำงานและวัยเรียน โดยการให้คะแนนเหตุการณ์ที่ทำให้เขามีความรู้สึกเป็นสุขซึ่งผลออกมา สรุปได้ดังนี้ คือการกิน การดื่ม เรื่องทางเพศ การพักผ่อนนอนหลับ คู่สมรส เพื่อน และความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ความสำเร็จ การเลื่อนตำแหน่ง ความพึงพอใจในตนเอง กีฬา และการมีสุขภาพที่ดี การทำงาน การอ่านหนังสือ การฟังดนตรี และดูทีวี ความรู้สึกเกี่ยวกับความงาม ศาสนา<sup>(18)</sup> ซึ่ง Myers กล่าวว่าบุคคลที่มีศาสนายึดเหนี่ยวจะสามารถแก้ไขปัญหาได้ดี และบุคคลเหล่านี้รายงานตนเองว่ามีความสุขมากในชีวิต<sup>(23)</sup> และสอดคล้องกับการสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 275 คน ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 18 – 82 ปี ถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดอารมณ์ทางบวกโดยใช้แบบสอบถาม Oxford Happiness Inventory และ Eysenck Personality Questionnaire พบว่ากีฬาและการออกกำลังกาย ดนตรี การไปโบสถ์และการดูละครทีวี มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(24)</sup>

### 3. อารมณ์ทางลบ (Negative affect)

ความซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ อาการหดหู่ รู้สึกเบื่อ หดความสนุกสนาน หรือบางครั้งหมดอาลัยตายอยาก (anhedonia) เป็นอาการหลักของอารมณ์ทางลบ และมักมีอาการทางกาย คือ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ น้ำหนักลด แยกตัว บางรายหงุดหงิด กระสับกระส่าย<sup>(25)</sup> แต่มีอาการอื่น ๆ อีกที่จัดว่าเป็นอารมณ์ทางลบ เช่น ความเศร้าเสียใจ ความกลัว ความโกรธ ความวิตกกังวล และกลุ่มอารมณ์ทางความเครียด ซึ่งมักจะมีอาการไม่สบายต่าง ๆ แสดงออกมาทางร่างกาย เช่น จุกแน่น อึดอัดในอก เหนื่อยง่าย เหงื่อออกตามมือตามเท้า ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ซึ่งถือเป็นอาการของ ANS disturbance และมักส่งผลต่อการรับรู้ต่าง ๆ และความคิด (cognition) โดยทำ

ให้สมาธิไม่ดี ความจำไม่ดี การแปรความหมายสิ่งที่รับมาผิดพลาดได้<sup>(26)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์ทางลบของ Bradburn ที่พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรายงานตนถึงความวิตกกังวล ความเจ็บป่วย มีปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่น่าพึงพอใจ

การวัดอารมณ์ทางลบ จากการศึกษาในประเทศอังกฤษ โดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างว่าพวกเขามีความรู้สึกไม่สบายเป็นปริมาณเท่าใดบ้างเมื่อวานนี้ คำตอบ เช่น ตลอดเวลา (all of the time) เป็นส่วนมาก (most of the time) ครึ่งหนึ่ง (about half the time) บางเวลา (some of the time) น้อยครั้ง (just a little of the time) ไม่มีเลย (not at all) และ เช่น การศึกษาของ Bradburn ซึ่งสอบถามกลุ่มตัวอย่างโดยให้พวกเขารายงานช่วงเวลาของความเบื่อหน่าย ความซึมเศร้า ในช่วงสัปดาห์ หรือสองสัปดาห์ที่ผ่านมา<sup>(18)</sup>

### 1.3 แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับความสุขในด้านชีววิทยา

#### 1.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของสมองกับความสุข

ความพยายามที่จะศึกษาโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับความจำ ความคิด อารมณ์ และการรับรู้ความรู้สึก ทำให้มีการศึกษาเกี่ยวกับสารเคมีต่างๆในสมอง ว่ามีความเกี่ยวข้องอย่างไรกับการทำงานของสมอง โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสุข โดยใช้ความรู้ทางด้านประสาทชีววิทยา (Neurobiology) และชีวเคมีกายภาพ (Physical Organic Chemistry) ในการศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้<sup>(27)</sup>

1.3.1.1 Structure and Function of Human Brain : สมองแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ<sup>(28) (29)</sup>

1. สมองส่วนหน้า (Fore Brain) แบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย คือ

1.1 Cerebrum : เป็นส่วนของสมองที่มีขนาดใหญ่ที่สุด เป็นศูนย์กลางความคิด ความจำ ความฉลาด ความคิดสร้างสรรค์ การคำนวณ และเป็นศูนย์รับรู้ความรู้สึกทั้ง 5 (ภาพ รส กลิ่น เสียง สัมผัสทางผิวหนัง) และเป็นศูนย์กลางควบคุมการทำงานของอวัยวะที่อยู่ในอำนาจจิตใจ คือควบคุมการทำงานของระบบประสาทที่ทำงานอยู่ในอำนาจจิตใจ (Somatic

Nervous System : SNS) ด้านหน้าของ cerebrum จะมีส่วนยื่นเล็กๆ เรียกว่า Olfactory bulb มีหน้าที่ช่วยในการดมกลิ่น ในมนุษย์มีขนาดเล็กลง เนื่องจากมีศูนย์กลางที่ cerebrum แล้ว

cerebrum แบ่งเป็น 2 ซีก แต่ละซีกเรียกว่า cerebral hemispheres โดยสมองซีกขวาจะควบคุมการทำงานของซีกซ้ายของร่างกาย ส่วนสมองซีกซ้ายจะควบคุมการทำงานของซีกขวาของร่างกาย

นอกจากนี้เนื้อสมองส่วน cerebrum แบ่งเป็น 2 ส่วน

- ชั้นนอก เรียกว่า cerebral cortex มีสีเทา (Grey matter)
- ชั้นในมีสีขาว เรียกว่า White matter

## 1.2 Diencephalon (Thalamus, Hypothalamus, epithalamus)

### 1.2.1 Thalamus

เป็นส่วนของสมองที่มีรูปร่างเป็นรูปไข่ อยู่ตรงกลางสมอง มีหน้าที่เป็นศูนย์กลางประสานงานรับสัญญาณ ความรู้สึกต่าง ๆ จากร่างกายเข้าสู่ cerebrum และเป็นศูนย์กลางนำคำสั่งออกจาก cerebrum

### 1.2.2 Hypothalamus

เป็นส่วนสำคัญของสมองอีกส่วนหนึ่ง ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ควบคุมความดันเลือด ความหิว กระหาย การนอนหลับ และควบคุมความต้องการพื้นฐานอื่นๆของร่างกาย ในส่วนของ hypothalamic nuclei จะควบคุมในเรื่องของการตอบสนองอารมณ์ทางเพศ

นอกจากนี้ภายใน hypothalamus ยังมีเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่ในการสร้างฮอร์โมน ชื่อ Neurosecretory cell แบ่งเป็น 2 แห่ง คือ แห่งแรกสร้างฮอร์โมนไปควบคุมการทำงานของต่อมใต้สมองส่วนหน้า (anterior pituitary) เช่น ACTH, FSH, LH เป็นต้น แห่งที่ 2 สร้างฮอร์โมนแล้วมีเส้นประสาทนำไปเก็บไว้ที่ต่อมใต้สมองส่วนหลัง (posterior pituitary) เช่น Oxytocin, ADH

## 2. สมองส่วนกลาง (Mid brain)

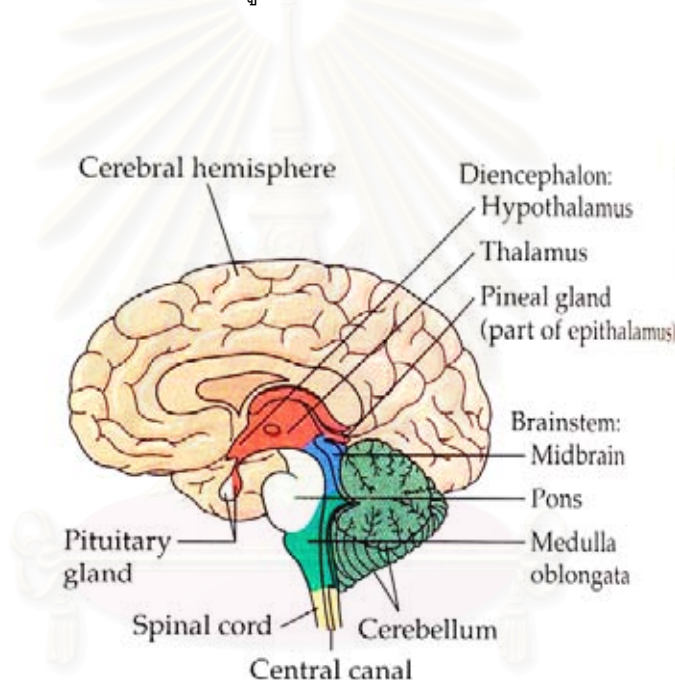
ของคนมี 4 ก้อน 2 ก้อนหน้าควบคุมการเคลื่อนไหวของลูกตา อีก 2 ก้อนหลังควบคุมเกี่ยวกับหู

### 3. สมองส่วนท้าย (Hind brain) แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

3.1 Cerebellum ทำหน้าที่ในการทรงตัว และประสานงานเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย

3.2 Pons เป็นแถบประสาทเชื่อมระหว่าง cerebellum ซ้าย ขวา มีหน้าที่เป็นศูนย์กลางการเคี้ยวและการหลั่งน้ำลาย

3.3 Medulla oblongata เป็นสมองส่วนท้ายสุด มีขนาดใกล้เคียงกับไขสันหลัง มีหน้าที่เป็นศูนย์กลางของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System : ANS) ควบคุมการทำงานของอวัยวะที่อยู่นอกอำนาจจิตใจ เช่น การหายใจ การเต้นของหัวใจ



ภาพที่ 1 แสดงส่วนต่างๆ ของสมอง ในภาคตัดตามยาว

#### 1.3.1.2 ส่วนของสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และความสุข <sup>(27) (28)</sup>

มีสมมติฐานกล่าวว่า อารมณ์เกิดจากการตอบสนองของอวัยวะภายในร่างกาย และกล่อมเนื้อไปยังระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System : CNS) ซึ่งคือ สมองและไขสันหลัง บางสมมติฐานอธิบายว่าอารมณ์เกิดจากการรับรู้สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในร่างกายของสมอง และเชื่อมโยงไปสู่ประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เคยเกิดขึ้น เช่น การโกรธ การมีความสุข หรือเศร้าเสียใจ เป็นต้น และทำให้เกิดการแสดงออกของอารมณ์นั้นๆทางร่างกาย เช่น ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หน้าแดง เมื่อมีอารมณ์โกรธ เป็นต้น

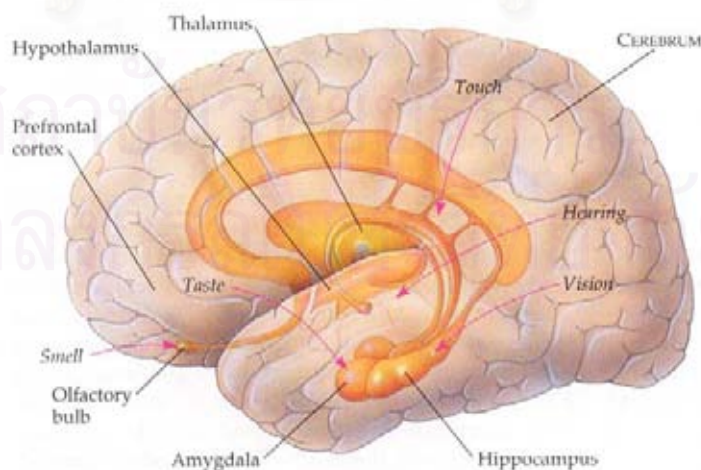


อย่างไรก็ตามการศึกษาเรื่องอารมณ์ ถือเป็นเรื่องยาก เนื่องจากในการทดลองจะพบว่า อารมณ์ที่สัตว์ทดลองแสดงออกมา (express) ไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นอารมณ์หรือความรู้สึกที่กำลังคิดอยู่ (experience) เช่นเดียวกับมนุษย์ ยิ่งไปกว่านั้นอารมณ์ของมนุษย์มีความซับซ้อนมากกว่านั้น และการแสดงออกของอารมณ์ตามประสบการณ์ของแต่ละคนก็มีความแตกต่างกัน

กุญแจสำคัญในการศึกษาอารมณ์ที่เกิดขึ้นจึงมาจากการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ (ANS) ซึ่งเกิดจากการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) เช่น ใจสั่นเนื่องจากหัวใจเต้นเร็ว มือเท้าเย็น มีเหงื่อออก หน้าแดง เป็นต้น และการเคลื่อนไหวหรือการทำท่าทางเมื่อเกิดอารมณ์นั้น ๆ และศึกษาจากการตอบสนองต่ออารมณ์ของระบบประสาทรอบนอก (Peripheral Nervous System) อันได้แก่ เส้นประสาทสมองและเส้นประสาทไขสันหลัง โดยจะออกมาทางกล้ามเนื้อ และอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และจากการศึกษาพบว่าส่วนสำคัญภายในสมองที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความสุข คือ Limbic system

#### Limbic system <sup>(27) (28)</sup>

เป็นส่วนของสมองที่รวมไปถึงส่วนของ thalamus และ hypothalamus รวมทั้งบางส่วนของ cerebrum (Temporal lobe และ บางส่วนของ Frontal lobe) โดย limbic system เชื่อมต่อบริเวณของ cerebral cortex รวมถึงการเรียนรู้ที่ซับซ้อน การมีเหตุผลและบุคลิกภาพ และเชื่อมยังส่วนอื่นของสมอง ที่สำคัญคือสมองส่วนนี้เป็นศูนย์แห่งอารมณ์ของมนุษย์



ภาพที่ 2 แสดงสมองส่วน limbic system

ประกอบด้วยส่วนของฮิปโปแคมปัส (hippocampus) และอะมิกดาลา (amygdala) ซึ่งเชื่อมต่อกับ hypothalamus สมอของส่วน hippocampus ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ โดยเปลี่ยนความจำระยะสั้นให้เป็นความจำระยะยาว สมอของส่วน amygdala ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ ความต้องการ ความกลัว และอารมณ์รุนแรงอื่น ๆ สมอของส่วน limbic จึงมีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ การเรียนรู้ พฤติกรรม อารมณ์ขั้นพื้นฐาน เช่น ชอบ-ไม่ชอบ, โกรธ, มีความสุข, เศร้า, สนุกสนาน, รัก, เกลียด เป็นต้น

สมอของส่วนนี้จะทำให้คนเราปรับตัวได้ดีขึ้น มีความฉลาดมากขึ้น และสามารถเรียนรู้โลกได้กว้างขึ้น มีความสามารถในการปรับตัวและปรับพฤติกรรมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้มากขึ้น หากมีสิ่งกระตุ้นที่ไม่ดีเข้ามา สมอของส่วนนี้จะแปลงข้อมูลออกมาเป็นความเครียด หรือไม่มีความสุข และส่งผลกระทบต่อระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) และระบบประสาทอัตโนมัติ (ANS) เช่นเมื่อเกิดความเครียด ซึ่งเป็นอารมณ์ทางด้านลบขึ้น จะทำให้เกิดการหลั่ง cortisol และทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ทางร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว หน้าแดง มือเท้าเย็น เหงื่อหยหอบ เป็นต้น ซึ่งเป็นผลจากระบบประสาทอัตโนมัติ (ANS)

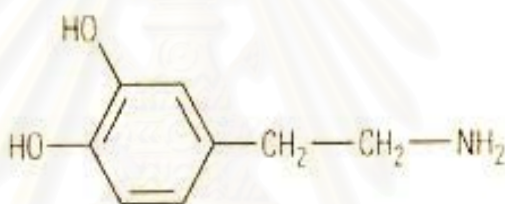
### 1.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสารสื่อประสาทกับความสุข <sup>(27) (29) (30)</sup>

สารเคมีในสมองที่เป็นสารสื่อประสาท (neurotransmitters) เป็นสารเคมีที่ใช้ในการสื่อสารข้อมูลระหว่างเซลล์สมอง จากเซลล์สมองที่เป็นตัวส่งสัญญาณหรือตัวส่งข้อมูล ไปถึงเซลล์สมองที่เป็นตัวรับสัญญาณหรือตัวรับข้อมูล หากสารสื่อประสาทในสมองมีความผิดปกติเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเกิดจากปัจจัยใดก็ตาม ทั้งที่เกิดจากพันธุกรรม (genetics) หรือสิ่งแวดล้อม (environment) เช่น อาหาร อารมณ์ สุขภาพ ยาเสพติด การออกกำลังกาย เป็นต้น จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง

สารสื่อประสาทตัวหลัก ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความสุข คือ โดปามีน (Dopamine), นอร์อิพิเนฟรินหรือนอร์อะดรีนาลีน (Norepinephrine หรือ Noradrenaline) และเอนดอร์ฟิน (Endorphins) โดยหน้าที่และการทำงานของสารสื่อประสาทแต่ละชนิดจะมีความเหลื่อมล้ำซ้ำซ้อนกันอยู่ ดังนั้น ในเรื่องของความสุขจึงเป็นการทำงานร่วมกันของสารสื่อประสาท 3 ชนิดข้างต้น

### 1.3.2.1 โดปามีน (Dopamine) <sup>(31)</sup>

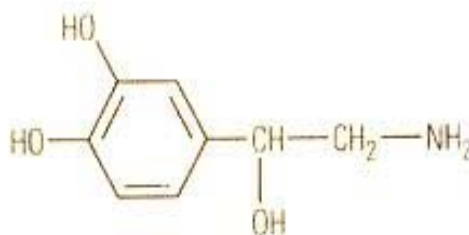
โดปามีนเป็นกลุ่มของสารเคมีที่หลั่งออกมาจากเซลล์สมองและมีผลต่อการทำงานของสมองเป็นอย่างมาก คือจะเพิ่มการติดต่อสื่อสารของข้อมูลระหว่างเซลล์สมองและมีบทบาทสำคัญต่อสมองส่วน limbic ที่ทำให้มีความสุข โดปามีนจะมีหน้าที่หลากหลาย เช่น ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหว การรู้สึกตัว ความรู้สึกในทางบวก การตอบสนองทางอารมณ์ ทำให้เกิดความสุขและลดอาการเจ็บปวด นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าจุดเริ่มต้นของความฉลาดของมนุษย์ ขึ้นกับระดับการทำงานของโดปามีน เพราะเป็นสารสื่อประสาทที่เป็นหลักในการควบคุมการทำงานของสมองซีกซ้าย ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความคิดและความจำ



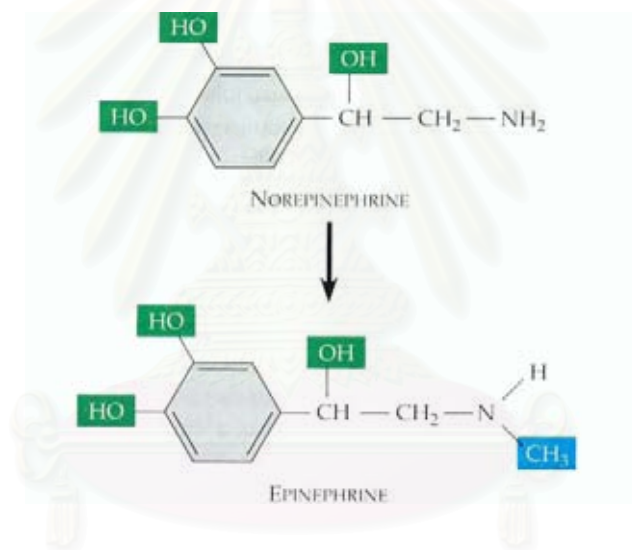
ภาพที่ 3 แสดงสูตรโครงสร้างของโดปามีน (Dopamine)

### 1.3.2.2 นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) หรือ นอร์อะดรีนาลีน (Noradrenaline) <sup>(27) (29) (30)</sup>

เป็นฮอร์โมนที่สร้างจากต่อมหมวกไตชั้นใน (Adrenal medulla) มีคุณสมบัติทางเคมีและทางเภสัชวิทยาเหมือนกับอีพิเนฟริน หรือ อะดรีนาลีน (Epinephrine หรือ Adrenaline) ต่างกันเพียงสูตรโครงสร้างทางเคมีคือ อีพิเนฟรินหรืออะดรีนาลีน มีกลุ่ม เมทิล กรุ๊ป (Methyl group) คือ  $\text{CH}_3$  เพิ่มเข้ามา



ภาพที่ 4 แสดงสูตรโครงสร้างของนอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine)



ภาพที่ 5 แสดงความแตกต่างระหว่างสูตรโครงสร้างของนอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) และ อีพิเนฟริน (Epinephrine)

มีหน้าที่กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) นอร์อีพิเนฟรินเป็นสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่ 2 ประการคือ

1. ทำหน้าที่เป็นสารสื่อประสาท มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการรู้สึกตัว การแสดงออกทางร่างกายเวลาเกิดความกลัว หรือความเครียด การตื่นตัว การนอนหลับ การฝัน ความอยากอาหาร อารมณ์ ความจำ

2. ทำหน้าที่เป็นฮอร์โมน ซึ่งเป็นสารเคมีควบคุมการทำงานของอวัยวะอื่นๆในร่างกาย เช่น การย่อยอาหาร ความสมดุลของน้ำ ควบคุมความดันโลหิต การหดตัวของเส้นเลือด เพิ่มการเต้นของหัวใจที่ตอบสนองต่อความเครียด

### 1.3.2.3 เอนดอร์ฟิน (Endorphin) <sup>(27) (29) (30)</sup>



ภาพที่ 6 แสดงโครงสร้างของเอนดอร์ฟิน

เป็นสารกลุ่มมอร์ฟิน เป็นตัวควบคุมความเจ็บปวด เช่นเมื่อเกิดการบาดเจ็บที่ผิวหนัง ตัวรับข้อมูลจะส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังไขสันหลังและส่งต่อไปยังสมอง สมองจะลดความเจ็บปวดโดยการหลั่งเอนดอร์ฟินไปจับกับ opiate receptor ของเซลล์สมองที่ควบคุมเกี่ยวกับความเจ็บปวด นอกจากนี้เอนดอร์ฟินยังมีผลต่อสารโดปามีนที่ส่งไปยังสมองส่วนหน้า โดยไปทำให้มีการหลั่งสารโดปามีนจำนวนมากออกมา ทำให้มีปริมาณสารโดปามีนที่สมองส่วนหน้าเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกต่อความเจ็บปวดลดลง

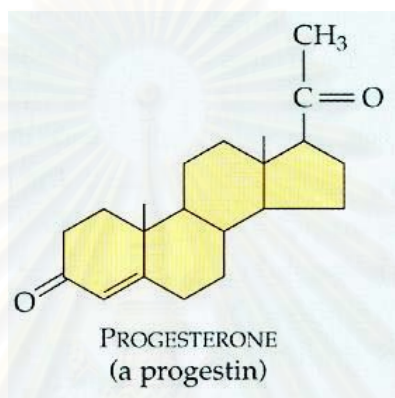
ที่สำคัญคือ เอนดอร์ฟินเป็นตัวที่ทำให้เราคิดในทางบวก มองโลกในแง่ดี เป็นตัวเพิ่มการตื่นตัว ความมีชีวิตชีวา และความสุข เป็นสารที่มีความลึกลับ สามารถหลั่งออกมาได้เมื่อเราออกกำลังกาย หรือเมื่อเรามีอารมณ์ทางบวก

### 1.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างฮอร์โมนกับความสุข <sup>(29) (32)</sup>

ฮอร์โมน (Hormone) เป็นสารเคมีที่สร้างจากอวัยวะแห่งหนึ่ง แล้วไปมีผลต่ออวัยวะอีกแห่งหนึ่ง เรียกอวัยวะที่ฮอร์โมนไปมีผลว่า Target Organ ส่วนใหญ่อวัยวะที่สร้างฮอร์โมนคือต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland) เมื่อสร้างฮอร์โมนแล้ว จึงอาศัยเลือดไปยัง Target Organ ฮอร์โมนที่มีความเกี่ยวข้องกับความสุข มีอยู่ 3 ชนิดคือ

### 1.3.3.1 โปรเจสเตอโรน (Progesterone)

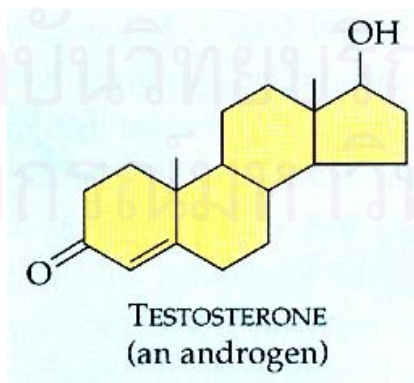
เป็นฮอร์โมนเพศหญิง สร้างจาก corpus luteum ส่งผลต่ออารมณ์คือทำให้มีความรู้สึกทางบวก และทำให้อารมณ์ดีขึ้น การที่หญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 2 รู้สึกมีความสุขก็มีความเกี่ยวเนื่องมาจาก progesterone เพราะในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์มีปริมาณ progesterone เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ



ภาพที่ 7 แสดงสูตรโครงสร้างของโปรเจสเตอโรน

### 1.3.3.2. เทสโทสเตอโรน (Testosterone)

เป็นฮอร์โมนเพศชาย สร้างจาก interstitial cell ทำให้อารมณ์และสุขภาพจิตดีขึ้น แพทย์ทางอายุรศาสตร์กล่าวว่า testosterone คือตัวด้านเศร้าที่ดีที่สุดในโลก



ภาพที่ 8 แสดงสูตรโครงสร้างของเทสโทสเตอโรน

### 1.3.3.3 Oxytosin

สร้างจาก neurosecretory cell ใน hypothalamus มีหน้าที่กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบ โดยเฉพาะมดลูกให้หดตัว ช่วยในการคลอดลูก และกระตุ้นให้น้ำนมไหล เพื่อให้นมบุตร เป็นฮอร์โมนที่ทำให้แม่มีความสุขกับทารกน้อยของตน นอกจากนี้ oxytosin ถือเป็น orgasm hormone

## 2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (Pregnancy)

### 2.1 คำจำกัดความที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

2.1.1 หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง สตรีที่มีทารกอยู่ในมดลูก <sup>(16)</sup>

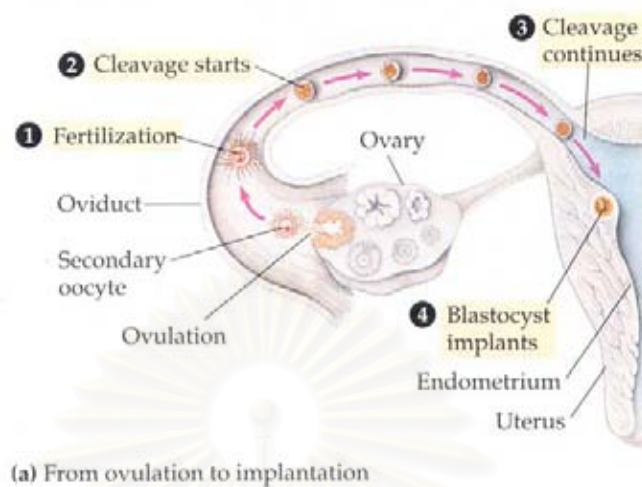
2.1.2 การตั้งครรภ์

พิชัย เจริญพานิช ให้ความหมายว่า การตั้งครรภ์เป็นภาวะที่หญิงตั้งครรภ์ได้ก่อกำเนิดทารกในร่างกาย โดยการรวมตัวของไข่ที่สุกแล้วกับตัวอสุจิแล้วได้ตัวอ่อน <sup>(33)</sup>

Dawson ให้ความหมายว่า การตั้งครรภ์เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเป็นวงจร กล่าวคือ เริ่มจากการปฏิสนธิระหว่างไข่ (egg cell) และตัวอสุจิ (sperm cell) และดำเนินมาจนกระทั่งการคลอดของทารกที่อยู่ในครรภ์ <sup>(34)</sup>

### 2.2 การปฏิสนธิ (Fertilization) <sup>(34) (35)</sup>

เริ่มขึ้นที่บริเวณท่อนำไข่ (oviduct) โดยการผสมกันระหว่างไข่กับอสุจิและได้ออกมาเป็นไซโกต (zygote) หลังจากนั้นประมาณ 24 ชั่วโมง zygote จะเริ่มแบ่งตัว เรียกกระบวนการนี้ว่า cleavage ซึ่งจะได้ เอ็มบริโอ (embryo) ซึ่งจะมีจำนวนเซลล์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดย embryo จะมีรูปร่างกลม ๆ 1 สัปดาห์ผ่านไป จะได้ embryo ระยะบลาสโตซิสต์ (blastocyst) ซึ่งเป็นระยะที่มีช่องว่าง ต่อมาอีก 5 วัน blastocyst จะฝังตัวที่ชั้น เ็นโดเมเทรียม (endometrium) ของมดลูก ต่อไปจะมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่เรียกว่า การเจริญของตัวอ่อนขณะที่มีการฝังตัวที่มดลูก ตัวอ่อนจะได้รับอาหารโดยตรงจากผนัง endometrium ของมดลูกใน 2-4 สัปดาห์แรกของการเจริญ ขณะเดียวกันจะมีเนื้อเยื่อเจริญออกมาจาก embryo และไปประสานกับผนังมดลูกของแม่ กลายเป็นรก ซึ่งเป็นที่ติดต่อกันระหว่างเส้นเลือดของลูกกับเส้นเลือดของแม่ เมื่อนำอาหารและออกซิเจนผ่านรกไปให้ลูก ลูกนำของเสียและคาร์บอนไดออกไซด์ไปให้แม่ เส้นเลือดที่นำเลือดจากตัวอ่อนไปที่รก และจากรกมาที่ตัวอ่อน จะอยู่ที่สายสะดือ



ภาพที่ 9 แสดงการปฏิสนธิและการฝังตัวของตัวอ่อนในผนังมดลูก

### 2.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์<sup>(3)</sup>

สตรีที่ตั้งครรภ์ได้ตามปกติ จะต้องมียุปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. มีการตกไข่ตามรอบเดือน
2. มีฮอร์โมนจากรังไข่ตามปกติ ทั้งปริมาณและชนิด
3. มีท่อนำไข่ที่ปกติ พอเป็นช่องทางให้เชื้ออสุจิ (Sperm) และไข่ (Egg) มาพบกัน

ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ที่จะก่อให้เกิดการปฏิสนธิ (fertilization) แบ่งตัว (cleavage) และให้ตัวอ่อน (embryo) เดินทางผ่านเข้ามาในโพรงมดลูก

4. มีเนื้อเยื่อโพรงมดลูกที่มีการปรับตัวดี เพื่อให้ตัวอ่อนฝังตัว ให้อาหาร และสร้าง uterotropins-uterotonins เพื่อชักนำให้มดลูกหดตัวเมื่อครบกำหนดคลอด

### 2.4 การนับอายุครรภ์ (gestational age)<sup>(4) (34) (36)</sup>

การนับอายุครรภ์เริ่มนับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย แล้วนับออกมาเป็นสัปดาห์ การตั้งครรภ์ของมนุษย์โดยเฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 266 วัน ( $40 \pm 2$  สัปดาห์) หรือ 9 เดือน (นับตามปฏิทิน) โดยหากเริ่มการตั้งครรภ์ในช่วงท้ายของรอบประจำเดือน (menstrual cycle) จะมีอายุครรภ์ประมาณ 40-42 สัปดาห์



การตั้งครรภ์แบ่งออกเป็น 3 ไตรมาส (trimester) โดยแต่ละไตรมาสจะใช้เวลาประมาณ 3 เดือน กล่าวคือไตรมาสที่ 1 นับอายุครรภ์ตั้งแต่วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย ถึง 13 สัปดาห์ ไตรมาสที่ 2 นับอายุครรภ์ตั้งแต่สัปดาห์ 14-26 สัปดาห์ ไตรมาสที่ 3 นับอายุครรภ์ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 27-40 สัปดาห์

## 2.5 การเปลี่ยนแปลงในไตรมาสต่าง ๆ ของการตั้งครรภ์

### 2.5.1 ไตรมาสที่ 1 (First trimester) ของการตั้งครรภ์<sup>(34) (37) (38)</sup>

เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งตัวมารดาและทารกมากที่สุด เป็นระยะสำคัญในการสร้างอวัยวะของทารก (organogenesis) เมื่อตัวอ่อนอายุครบ 8 สัปดาห์จะเรียกว่า fetus ซึ่งเป็นตัวอ่อนที่มีอวัยวะครบแล้ว มีความยาวประมาณ 5 เซนติเมตร ช่วงนี้ fetus จะมีความไวต่อรังสีและยาที่มารดารับประทาน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องในการคลอด สำหรับตัวมารดาเองจะเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและทางอารมณ์ กล่าวคือทางด้านร่างกาย ฮอร์โมนจากตัวอ่อนชื่อ HCG (Human Chorionic Gonadotropin) ทำหน้าที่เหมือนกับฮอร์โมน LH (Luteinizing hormone) จะหลั่งออกมาเพื่อควบคุมระบบสืบพันธุ์ของมารดา โดยกระตุ้นให้คอร์ปัส ลูทีียม (corpus luteum) หลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) และโปรเจสเตอโรน (progesterone) ตลอด 3 เดือนแรก การที่มีโปรเจสเตอโรนสูงนอกจากจะควบคุมระบบสืบพันธุ์อันได้แก่ยับยั้งรอบของประจำเดือนและการตกไข่แล้ว ยังทำให้เกิดเมื่อบริเวณปากมดลูกเพิ่มขึ้นเพื่อป้องกันเชื้อโรคอีกด้วย นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสนี้จะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน หน้าอกเริ่มขยายใหญ่ ปัสสาวะบ่อย ง่วงนอนหรืออ่อนเพลียกว่าปกติ ทางด้านอารมณ์จะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายและมีความกังวล มักมีอาการฉุนเฉียวง่าย บ่นจู้จี้ ใจน้อยและไม่อดทน ในระยะนี้มีหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากที่มีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalence) ต่อทารกในครรภ์ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากยังไม่มีความรู้สึกว่า มีทารกอยู่ในครรภ์ จึงเกิดความสับสนระหว่างความพึงพอใจที่กำลังจะมีทารก กับความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และอิสรภาพ

### 2.5.2 ไตรมาสที่ 2 (Second trimester) ของการตั้งครรภ์<sup>(34) (39) (40) (41)</sup>

เป็นระยะที่เริ่มมีความเด่นชัดของการตั้งครรภ์ ตัวอ่อน (fetus) จะเติบโตอย่างรวดเร็ว มีความยาวประมาณ 30 เซนติเมตร หญิงตั้งครรภ์จะเริ่มรู้สึกถึงการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ การที่มีความรู้สึกว่าเด็กดิ้นทำให้ความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายที่มีต่อทารกหายไป ฮอร์โมน HCG จะ

หมดไป และ corpus luteum จะสลายไป รกจะทำหน้าที่ในการสร้างฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนต่อไป ในไตรมาสที่ 3 ขนาดของมดลูกจะขยายมากพอสำหรับการตั้งครรภ์ ทางด้านอารมณ์ หญิงตั้งครรภ์จะมีอารมณ์คงที่มากขึ้น อาจเป็นเพราะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดีขึ้น และเนื่องมาจากการทำงานของฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน หญิงตั้งครรภ์จะเตรียมตัว และเตรียมสิ่งต่าง ๆ สำหรับทารกที่จะเกิดมา ถ้ามีการแท้งเกิดขึ้น จะมีความรู้สึกกลัวสูญเสียเด็กอย่างแท้จริง จะมีผลต่อจิตใจอย่างมาก ด้านอาหาร จะรับประทานอาหารได้มากขึ้นหรือบางรายอาจรับประทานมากเกินไป สำหรับความรู้สึกทางเพศ Moore กล่าวถึงการศึกษาของมาสเตอร์และจอห์นสันพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกทางเพศมากขึ้น

### 2.5.3 ไตรมาสที่ 3 (Third trimester) ของการตั้งครรภ์<sup>(10) (37) (42)</sup>

เป็นระยะที่ร่างกายมีความไม่สุขสบาย รู้สึกว่าตนเองง่วงงาม ร่างกายไม่ดึงดูดความสนใจและกลัวความตาย ส่วนหนึ่งเป็นผลจากหญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่า ไม่สามารถควบคุมการทำงานของร่างกายและสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายบางส่วน ด้านอารมณ์ อาจซึมเศร้าเนื่องจากเด็กจะต้องแยกจากตนเองโดยการคลอดในระยะเวลาอีกไม่นาน มีความวิตกกังวลสูงต่ออาการที่ต้องรับผิดชอบสิ่งต่าง ๆ ในบทบาทการเป็นมารดา กลัวการคลอด กลัวว่าบุตรจะไม่ปลอดภัย และที่สำคัญคือ มักจะมีการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายตนเอง บิดเบือนไปจากความเป็นจริง อาจรู้สึกว่าร่างกายน่าเกลียด เป็นระยะที่ต้องการกำลังใจและการสนับสนุนจากสามี

## 2.6 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของหญิงตั้งครรภ์<sup>(43) (44) (45) (46) (47)</sup>

การตั้งครรภ์ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ส่วนที่เปลี่ยนแปลงมากที่สุดของร่างกาย คือ ระบบอวัยวะสืบพันธุ์และระบบต่อมไร้ท่อ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความไม่สุขสบายเล็กน้อยจนถึงเกิดความผิดปกติได้ ดังนั้นการเรียนรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้แยกได้ว่า ภาวะใดเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ปกติหรือผิดปกติในขณะตั้งครรภ์ โดยจะกล่าวตามระบบต่างๆ ของร่างกายดังนี้

### 2.6.1. ระบบอวัยวะสืบพันธุ์

2.6.1.1 มดลูก (uterus) มดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้าง ตำแหน่ง และการทำหน้าที่ เพื่อปรับเปลี่ยนตามสิ่งที่อยู่ในมดลูก อันได้แก่ ทารก รก และน้ำคร่ำ ใน 2-3 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ มดลูกมีรูปร่างเหมือนลูกชมพู่คือ ต่อมาเมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มดลูกจะเปลี่ยนเป็นรูปร่างกลมขึ้น มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 8 เซนติเมตร เจริญเติบโตไปตามแนวยาวมากกว่าแนวกว้าง มดลูกจึงมีลักษณะเป็นทรงรีหรือรูปไข่ ประมาณสัปดาห์ที่ 5

เมื่อตัวอ่อนฝังตัวที่มูมิโดมูมหนึ่งของตัวมดลูก (ornu) จะทำให้บริเวณนั้นโป่งพองออก เหมือนมีก้อนเนื้อออกยื่นออกมาจากบริเวณนั้น เรียกว่า Piskacek's sign ซึ่งเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น มดลูกก็จะโตสม่ำเสมอเท่า ๆ กัน ส่วนบริเวณยอดมดลูกตรงตำแหน่งที่รกเกาะจะนุ่มลง เรียกว่า อาการแสดงเฟิร์นวัลด์ (Fernwald's sign) ราว ๆ สัปดาห์ที่ 5-6 เมื่อตรวจภายในจะพบว่ามดลูกนุ่มลงที่แนวกลางด้านหน้าตามแนวรอยต่อปากมดลูกและตัวมดลูก เรียกว่า Ladin's sign

ในสัปดาห์ที่ 6-8 จะตรวจพบ Hegar's sign คือ การที่ส่วน isthmus นุ่มมากจนสามารถกดเข้าหากันได้จากการตรวจภายใน โดยอีกมือหนึ่งกดทางหน้าท้องในสัปดาห์ที่ 7-8 มดลูกจะยึดหยุ่นหักงอได้ที่รอยต่อระหว่างมดลูกและคอมดลูก ดังนั้น จะสามารถพับมดลูกเข้าหาปากมดลูกได้เรียกว่า McDonald's sign ในไตรมาสที่ 1 ขนาดของมดลูกจะโตขึ้นจากเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกที่ขยายใหญ่ขึ้น จากอิทธิพลของฮอร์โมนเสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน โดยเพิ่มการผลิตเซลล์เยื่อบุโพรงมดลูก เพื่อให้ทารกได้รับอาหารเพียงพอ ความจุของโพรงมดลูกเพิ่มขึ้นจาก 10 มิลลิลิตร เป็น 4-8 ลิตร น้ำหนักเพิ่มขึ้นจาก 50 กรัม เป็น 1,100 กรัม เมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ความหนาของผนังมดลูกจะเพิ่มขึ้น โดยก่อนตั้งครรภ์ผนังมดลูกหนาประมาณ 8 มิลลิเมตร เมื่อตั้งครรภ์ได้ 12 สัปดาห์ ผนังมดลูกจะหนาประมาณ 11 มิลลิเมตร และเมื่อตั้งครรภ์ได้ 16 สัปดาห์ จะหนา 25 มิลลิเมตร เมื่อครรภ์ใกล้ครบกำหนด ผนังมดลูกจะบางลงเหลือประมาณ 5 มิลลิเมตร ซึ่งบางจนสามารถคลำส่วนต่าง ๆ ของทารกได้ทางหน้าท้อง

ส่วนปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกจะเพิ่มขึ้นจากปริมาณน้อยกว่า 50 มิลลิลิตร ต่อนาทีเป็น 500 มิลลิลิตรต่อนาที เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณรกและเยื่อมดลูกมากขึ้น ตำแหน่งของมดลูกจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ส่วนยอดมดลูกจะคลำได้ที่เหนือระดับหัวหน้าเล็กน้อย เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 24 สัปดาห์ มดลูกจะขยายใหญ่ขึ้นมาในช่องท้องเบียดลำไส้เล็กไปทางด้านข้าง ระดับยอดมดลูกจะคลำได้ทางหน้าท้องประมาณ 1/4 เหนือระดับสะดือ เมื่อครรภ์ดำเนินต่อไปมดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งขึ้นไป โดยอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ระดับยอดมดลูกจะอยู่ประมาณ 3/4 เหนือระดับสะดือ เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ระดับยอดมดลูกจะขึ้นไปถึงกระดูกสันหลัง เนื่องจากมดลูกเป็นอวัยวะที่เคลื่อนไหวได้ เมื่อหญิงตั้งครรภ์นอนมดลูกที่ขยายใหญ่จะกดลงบนกระดูกสันหลังใกล้กับเส้นเลือดอินฟีเรียวีนาคาวา ทำให้เลือดไหลเวียนกลับไปยังสมองไม่เพียงพอ หญิงตั้งครรภ์จึงอาจมีอาการเวียนศีรษะจนถึงเป็นลมได้ (supine hypotensive syndrome)

ในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกตึงบริเวณหน้าท้องเป็นช่วง ๆ แต่ไม่มีอาการเจ็บปวด ซึ่งเป็นการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกเบา ๆ เป็นระยะ ๆ ไม่

สม่ำเสมอ ซึ่งมีประโยชน์ช่วยให้การไหลเวียนเลือดในรกดีขึ้น ทำให้ทารกในครรภ์ได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เรียกว่า การหดรัดตัวแบบนี้ว่า Braxton Hicks contraction การหดรัดตัวแบบนี้จะแรงขึ้นในไตรมาสที่ 3 ซึ่งจะไม่มีผลต่อการเปิดขยายของปากมดลูก

ในหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอดส่วนนำของทารกจะเคลื่อนตัวลงมาสู่อุ้งเชิงกรานใกล้ปากมดลูก ซึ่งเรียกว่า ท้องลด (lightening) หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกหายใจสะดวกขึ้น เนื่องจากยอดมดลูกลดระดับต่ำลงอยู่ประมาณ 3/4 เหนือระดับสะดือ และหญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกไม่สุขสบายจากการกดของส่วนนำของทารก เช่น ถ่ายปัสสาวะบ่อย ตะคริว บวม เป็นต้น

2.6.1.2 ปากมดลูก (cervix) ระหว่างตั้งครรภ์ปากมดลูกทำหน้าที่ป้องกันทารกในมดลูกและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ปากมดลูกที่ไม่ตั้งครรภ์ยาวประมาณ 3 เซนติเมตร ในครรภ์แรกปากมดลูกมีลักษณะกลม ส่วนปากมดลูกในครรภ์หลังจะมีลักษณะคล้ายปากเปิด ในระหว่างการตั้งครรภ์ ปากมดลูกจะนุ่มและมีสีคล้ำขึ้น เนื่องจากมีการบวมน้ำ และมีเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้นเรียกว่า Chadwick's sign ต่อมาที่ปากมดลูกมีการขยายตัวผลิตน้ำเมือกเหนียวมาอุดที่ปากมดลูก (mucous plug) เพื่อกันไม่ให้โพรงมดลูกติดต่อกับภายนอก ช่วยป้องกันเชื้อโรคที่จะเข้าไปยังมดลูก มูกเหนียวนี้จะยังคงอยู่ตลอดการตั้งครรภ์ จนกระทั่งเข้าสู่ระยะคลอดจึงจะหลุดออกมาเพื่อปากมดลูกเปิดขยาย ปากมดลูกจะนุ่มมาก จากผลของ prostaglandin ภายหลังสัปดาห์ที่ 25 ปากมดลูกจะเริ่มสั้นขึ้น และเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ปากมดลูกจะยาว 4 เซนติเมตร กระบวนการที่ปากมดลูกนุ่มและเริ่มมีการหดสั้นเรียกว่า cervical ripening เพื่อเตรียมตัวให้ปากมดลูกเปิดระหว่างการคลอด

2.6.1.3 ช่องคลอด (vagina) จะมีเลือดมาหล่อเลี้ยงมากขึ้น กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันบริเวณนี้จะอ่อนนุ่มและหย่นตัวจากผลของฮอร์โมนเอสโตรเจน เยื่อบุผนังช่องคลอดจะมีสีม่วงคล้ำ - น้ำเงิน การที่มีการเพิ่มจำนวนของเซลล์ของช่องคลอด และมีเลือดมาเลี้ยงช่องคลอดมากขึ้น ทำให้ช่องคลอดหนาอ่อนนุ่ม และยืดขยายได้มากขึ้น เพื่อเตรียมหนทางให้มีการยืดขยายให้ทารกคลอดผ่านออกมาได้ในระยะคลอด นอกจากนี้การที่เลือดมาเลี้ยงที่ช่องคลอดและอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานนี้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไวต่อความรู้สึกทางเพศโดยเฉพาะในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ ภายในช่องคลอดจะมีความเป็นกรดเพิ่มขึ้น มีค่าความเป็นกรด-ด่างอยู่ ระหว่าง 4.5 - 6.0 เนื่องจากแบคทีเรียสร้างไกลโคเจนในผนังช่องคลอดเพิ่มขึ้น จึงทำให้มีตกขาวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลดีในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอดเป็นการป้องกันอันตรายให้แก่หญิงตั้งครรภ์และทารก แต่ค่าความเป็นกรด-ด่าง ระดับนี้ เหมาะแก่

การเจริญเติบโตของยีสต์และเชื้อรา ซึ่งเป็นการติดเชื้อที่ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์

2.6.1.4 รังไข่ (ovary) ตลอดระยะการตั้งครรภ์ รังไข่หยุดผลิตไข่ชั่วคราวจึงไม่มีการตกไข่ (ovulation) และไม่มีประจำเดือน อย่างไรก็ตามในไตรมาสที่ 1 ประมาณ 6-4 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ คอร์ปัสลูเทียม (corpus luteum) จะสร้างฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone) เพื่อเตรียมกล้ามเนื้อผนังมดลูกให้พร้อมต่อการฝังตัวของไข่ และช่วยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป และจะหยุดทำงานในไตรมาสที่ 2 เมื่อรกเริ่มผลิตฮอร์โมนมาทำหน้าที่แทน คอร์ปัสลูเทียมจึงเริ่มเสื่อมหลังสัปดาห์ที่ 12 ของการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ คอร์ปัสลูเทียม ยังสร้าง relaxin ซึ่งเชื่อว่าออกฤทธิ์ช่วยให้มดลูกอยู่ในสภาพคลายตัว

2.6.1.5 ท่อนำไข่ (fallopian tubes) มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างเล็กน้อย โดยกล้ามเนื้อของท่อนำไข่ขยายเพิ่มเล็กน้อย เพื่อให้ได้สัดส่วนกับมดลูกที่ขยายใหญ่ขึ้นและมีเส้นเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น เมื่อตั้งครรภ์ครบกำหนดท่อนำไข่จะยาวประมาณ 3 เท่าของก่อนตั้งครรภ์

2.6.1.6 เต้านม (breasts) การเปลี่ยนแปลงของเต้านมเป็นอาการแสดงอย่างแรกของการตั้งครรภ์ ในระยะตอนต้นของไตรมาสที่ 1 หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกคัดตึงและเจ็บหัวนม มีขนาดใหญ่ขึ้น ตั้งชันขึ้น และมีสีคล้ำ ความรู้สึกจะคล้ายกับอาการก่อนที่จะมีประจำเดือนในสัปดาห์ที่ 8 ของการตั้งครรภ์ เต้านมจะมีขนาดใหญ่ขึ้น เนื่องจากท่อน้ำนม (mammary ducts) และต่อมน้ำนม (alvoli) โตและมีจำนวนเพิ่มขึ้นรวมทั้งมีเลือดมาเลี้ยงบริเวณเต้านมมากขึ้น บริเวณรอบหัวนมจะมีสีคล้ำซึ่งเรียกว่า ลานนม (areolar) ซึ่งจะขยายกว้างขึ้นและมีสีคล้ำขึ้น มีการเพิ่มขนาดของต่อม ไขมันเล็ก ๆ รอบหัวนมที่บริเวณลานนม เรียกว่า Montgomery's tubercles ทำหน้าที่หล่อลื่นหัวนม ทำให้หัวนมอ่อนนุ่มและยืดหยุ่นได้ เมื่อตั้งครรภ์ได้ประมาณ 16 สัปดาห์ จะมีน้ำนมสีเหลือง (colostrum) ออกจากหัวนมเล็กน้อย และยังคงมีต่อไปจนถึงวันที่ 3 หลังคลอด เมื่อเต้านมขยายใหญ่ขึ้น อาจเริ่มมีรอยแตกบริเวณผิวของเต้านม มีการคั่งของเลือดที่เต้านมทำให้เห็นเส้นเลือดบริเวณผิวของเต้านมได้ชัดเจน

## 2.6.2 ระบบทางเดินอาหาร <sup>(5) (36) (43)</sup>

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารส่วนใหญ่ในไตรมาสที่ 1 เป็นผลมาจากฮอร์โมนเพราะมดลูกยังมีขนาดเล็ก ไม่สามารถกดเบียดอวัยวะภายในช่องท้องได้ หญิงตั้งครรภ์บางรายมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตั้งแต่อายุครรภ์ 8 สัปดาห์ สาเหตุของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น อาการของหญิงตั้งครรภ์

การเปลี่ยนแปลงของการเผาผลาญสารคาร์โบไฮเดรต ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ การเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารลดลง และการเพิ่มของระดับ human chorionic gonadotropin หรือ HCG อาการคลื่นไส้ อาเจียน พบได้มากในไตรมาสที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน จะรับประทานอาหารได้น้อย อาจเกิดอาการเป็นลมเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ หญิงตั้งครรภ์บางรายมีการเปลี่ยนแปลงรสชาติ กลิ่น และชนิดของอาหาร บางรายมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ชอบอาหารรสเปรี้ยว รสเผ็ด บางรายเหม็นกลิ่นอาหาร เช่น กลิ่นกระเทียมเจียว บางรายชอบรับประทานของแปลก ๆ ซึ่งปกติไม่ใช่อาหาร (pica) เช่น ต้องการรับประทานกลีบกุหลาบ นอกจากนี้ในปากยังมีปริมาณน้ำลายออกมาก (ptyalism) จำนวน 1-2 ลิตรต่อวัน ซึ่งพบได้ไม่บ่อย มักสัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ มีความอยากที่จะกลืนน้ำลายได้เหมือนคนปกติ ส่วนเหงือกจะมีลักษณะบวม แดง และนุ่มขึ้นเนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณเหงือกมาก มีลักษณะคล้ายเนื้องอกที่เหงือก (epulis) ทำให้เหงือกอักเสบและมีเลือดออกได้ง่าย ถ้าได้รับการกระทบกระเทือนหรือจากการใช้แปรงสีฟันที่แข็งเกินไป ปกติการตั้งครรภ์ไม่มีผลกระทบต่อฟัน แต่หญิงตั้งครรภ์บางรายอาจเกิดฟันผุได้ เนื่องจากการรักษาความสะอาดฟันไม่เพียงพอ และจากการที่น้ำลายมีความเป็นกรดมากขึ้น ภาวะนี้จะหายไปเองภายหลังคลอด

เมื่อมดลูกมีขนาดใหญ่ขึ้น ภาวะอาหารและลำไส้จะถูกดันขึ้น โดยไส้ติ่งจะถูกดันขึ้นไปทางด้านบนและไปทางด้านขวามากขึ้น ส่วนลำไส้จะถูกดันขึ้นข้างบนออกไปทางด้านข้าง ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนที่เพิ่มขึ้นจะทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง มีผลทำให้การส่งผ่านของอาหารภายในลำไส้ช้าลงไปด้วย หญิงตั้งครรภ์บางคนอาจมีอาการปวดแสบร้อนบริเวณยอดอก (pylosis หรือ heartburn) ซึ่งเกิดจากการไหลย้อนของอาหารจากกระเพาะอาหารขึ้นไปในส่วนล่างของหลอดอาหาร ซึ่งเป็นผลมาจากการหย่อนตัวของหูรูดในระหว่างตั้งครรภ์

อาการท้องผูกจะพบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากการหย่อนตัวของลำไส้และที่กล้ามเนื้อหน้าท้องยืดขยายทำให้ความตึงตัวน้อย หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาท้องผูกอยู่แล้วอาจเกิดริดสีดวงทวารได้เนื่องจากมีอาการท้องผูกมาก และความดันสูงในเส้นเลือดดำส่วนที่ต่ำกว่าระดับมดลูก

ตับ มีการไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้นเล็กน้อยขณะตั้งครรภ์ ส่วนถุงน้ำดีจะโป่งตัวน้อยลง การขับน้ำดีออกจากถุงจะช้าและไม่ค่อยสมบูรณ์ ทำให้มีโอกาสเป็นนิ่วได้

### 2.6.3 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก <sup>(5) (43) (45)</sup>

การที่หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากมดลูกที่ขยายใหญ่ในช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ ทำให้ท่าทางและการเดินของหญิงตั้งครรภ์เปลี่ยนแปลงไป กล้ามเนื้อหน้าท้องที่หย่อนและมีความตึงตัวไม่ดี เอ็นและข้อต่อบริเวณอุ้งเชิงกรานที่หลวมขึ้น โดยเฉพาะข้อต่อของกระดูกกระเบนเหน็บกับกระดูกก้นกบและข้อต่อกระดูกเชิงกราน ทำให้กระดูกเชิงกรานเอียงไปข้างหน้ามากขึ้น จุดศูนย์ถ่วงของหญิงตั้งครรภ์จะเปลี่ยนไปข้างหน้า ทำให้ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์พยายามรักษาจุดศูนย์ถ่วงของร่างกายมาทางด้านหลัง ทำให้หลังแอ่น (lordosis) มีอาการไม่สุขสบายที่กล้ามเนื้อและกระดูกบริเวณหลัง มีอาการปวดหลังมาก จากการที่หลังแอ่นมากพร้อม ๆ กับส่วนของต้นคอและไหล่ที่งุ้มมาทางด้านหน้า ทำให้เส้นประสาทบริเวณอัลนาร์ (ulnar) และมีเดียน (median) ถูกดึงรั้ง เป็นผลให้หญิงตั้งครรภ์มีอาการปวด ชา หรืออ่อนแรงบริเวณแขน

### 2.6.4 ระบบต่อมไร้ท่อ <sup>(5) (35) (36) (42) (47)</sup>

ระหว่างการตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1 มีฮอร์โมนหลายตัวที่ผลิตจากอวัยวะต่าง ๆ ถูกขับจากต่อมไร้ท่อของหญิงตั้งครรภ์และคอร์ปัสลูเทียมจากรก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป และช่วยให้ทารกเจริญเติบโตต่อไปเป็นปกติ

2.6.4.1 ต่อมใต้สมอง (pituitary) ระหว่างการตั้งครรภ์ต่อมใต้สมองขยายใหญ่ขึ้น การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ต่อมใต้สมองส่วนหน้า เพื่อผลิตฮอร์โมนโพรแลกติน (prolactin) กระตุ้นการสร้างน้ำนมและโปรตีนในน้ำนม เมื่อตั้งครรภ์ 7-10 สัปดาห์ต่อมใต้สมองส่วนหน้าจะผลิตฮอร์โมนลูทีไนซิง (luteinizing) เพื่อช่วยการทำงานของคอร์ปัสลูเทียมหลังจากนี้ ระดับของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและเอสโตรเจนที่ผลิตจากต่อมใต้สมองส่วนหน้า จะยับยั้งการหลั่งฮอร์โมน follicle stimulating hormone ทำให้ไม่มีการตกไข่ในขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังมีการหลั่งฮอร์โมนอื่น ๆ อีก ในระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งได้แก่ ฮอร์โมน thyrotropin ซึ่งมีหน้าที่กระตุ้นต่อม Thyroid ให้ผลิต Thyroxine และฮอร์โมน adrenocorticotropic ซึ่งมีหน้าที่กระตุ้นเปลือกต่อมหมวกไตให้ผลิตคอร์ติโซล (cortisol) ระดับฮอร์โมนอะดรีนาคอร์ทิโคโทรปิก ในไตรมาสที่ 1 มีระดับต่ำ แต่จะคงอยู่ตลอดการตั้งครรภ์ ในสัปดาห์ที่ 8 ระดับของฮอร์โมน melanocyte-stimulating จะสูงขึ้น หน้าที่ที่แท้จริงของฮอร์โมน melanocyte-stimulating จะสูงขึ้นหน้าที่ที่แท้จริงของฮอร์โมนตัวนี้ยังไม่แน่ชัด เชื่อว่ามีผลต่อการเกิดสีผิวจุดด่างดำที่ผิวหนัง ฮอร์โมนโพรแลกตินผลิตจากต่อมใต้สมองส่วนหน้าจะจากเยื่อมดลูกมีระดับเพิ่มมากขึ้น ซึ่งช่วยในการเจริญของเต้านมเพื่อเตรียมพร้อมให้มีการหลั่งน้ำนม แต่ในระยะตั้งครรภ์ ไม่มีน้ำนมไหล เชื่อว่า

เกิดจากฮอร์โมนเอสโตรเจนและโพรเจสเตอโรนที่มีระดับสูงไปขัดขวางการทำงานของ โพรแลกติน

2.6.4.2 ต่อมธัยรอยด์ (thyroid gland) ในระหว่างตั้งครรภ์ต่อมธัยรอยด์โตขึ้นเล็กน้อย เนื่องจากมีเส้นเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น และจากการเพิ่มของจำนวนเซลล์ โดยการกระตุ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจนและไทรโอไนคโกนาโดโทรปินจากรก สารไอโอดีนจะถูกขับออกมาเป็นจำนวนมากทางปัสสาวะ เพื่อการป้องกันการสูญเสียสารนี้ในไตรมาสที่ 1 ร่างกายจะสังเคราะห์ ไทรโอโดโดธัยโรนิน (triiodothyronine) และธัยรอกซิน (thyroxine) เพิ่มขึ้นและจะคงระดับนี้ไปตลอดการตั้งครรภ์ เมื่อต่อมธัยรอยด์ทำงานมากขึ้นร่างกายจะต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น อัตราการเผาผลาญ พื้นฐาน (basal metabolic rate) จะเพิ่มขึ้นถึง 25% จากภาวะปกติ ทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น ออกซิเจนที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เป็นการเผาผลาญจากร่างกายของทารก

2.6.4.3 ต่อมหมวกไต (adrenal glands) ขนาดของต่อมหมวกไตโตขึ้นเล็กน้อย เปลือกต่อมหมวกไต (adrenal cortex) หนาขึ้นเล็กน้อย เนื่องจากทำงานมากขึ้น ต่อมนี้มีหน้าที่สร้างฮอร์โมนคอร์ติซอลและอัลโดสเตอโรน (aldosterone) โดยฮอร์โมนคอร์ติซอลมีหน้าที่ช่วยควบคุมระดับกลูโคสในเลือดของมารดาจากการกระตุ้นตัวให้สังเคราะห์คาร์โบไฮเดรตจากกรดอะมิโน และยังเพิ่มระดับของกรดอะมิโนในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ ในขณะที่ตั้งครรภ์ความต้องการกรดอะมิโนและกลูโคสมีมากเพื่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ ส่วนอัลโดสเตอโรนมีหน้าที่ควบคุมปริมาณของโซเดียมในเลือด กระตุ้นท่อไตให้ดูดซึมโซเดียมและน้ำกลับ อัลโดสเตอโรนนี้จะทำหน้าที่ถ่วงดุลกับโพรเจสเตอโรนที่เพิ่มขึ้น หากระดับฮอร์โมนโพรเจสเตอโรนเพิ่มขึ้นโดยไม่มีการเพิ่มของฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน จะทำให้สูญเสียโซเดียมทางท่อไตได้ในไตรมาสที่ 1 ระดับของฮอร์โมน อะดรีนคอร์ติโคโทรปิกที่สร้างจากต่อมใต้สมองส่วนหน้ามีระดับลดลง ทำให้ระดับของคอร์ติซอลลดลงด้วย เนื่องจากฮอร์โมนอะดรีนคอร์ติโคโทรปิก มีหน้าที่กระตุ้นต่อมหมวกไต ให้ผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอล

2.6.4.4 ตับอ่อน (pancreas) ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโพรเจสเตอโรนจากรกมีผลต่อเบต้าเซลล์ (beta cell) ของตับอ่อนให้ทำงานมาก ทำให้มีการหลั่งอินซูลินมากขึ้น การเพิ่มของอินซูลินทำให้มีการสะสมของไกลโคเจน (glycogen) ในเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น ความต้องการของกลูโคสที่เพิ่มขึ้นและบางส่วนของกลูโคสที่ถูกขนส่งไปยังทารก ทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ (hypoglycemia)

ในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์แม้ว่าระดับของอินซูลินจะสูงขึ้นแต่ประสิทธิภาพของอินซูลินในการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ลดลง จากผลของฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนทาลแล็คโทเจเน



(HPL) และฮอร์โมนตัวอื่น เช่น คอร์ติโซล โพรแลกตินที่ต้านฤทธิ์ของอินซูลิน ฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนทาลแล็คโทเจนที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้มีการสลายไขมัน ร่างกายจึงหันมาใช้พลังงานจากไขมันมากขึ้นเพื่อเป็นการระดมน้ำตาลให้แก่ทารกตลอดการตั้งครรภ์ ทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) ได้ โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 3

2.6.4.5 รก (placenta) รกเริ่มทำหน้าที่ตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 โดยให้สารอาหาร ขับถ่ายของเสีย รักษาอุณหภูมิให้แก่ทารก รกทำหน้าที่เสมือนเป็นต่อมไร้ท่อผลิตฮอร์โมนหลายชนิดที่สำคัญ ได้แก่ เอสโตรเจน โพรเจสเตอโรน โคริโอนิกโกนาโดโทรปินและฮิวแมนพลาเซนทาลแล็คโทเจน (human placental lactogen)

2.6.4.6 เอสโตรเจน มีหน้าที่ช่วยการเจริญเติบโตของมดลูก เพิ่มขนาดของเต้านม ลดการเกาะกันของเส้นใยโปรตีนในเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ซึ่งจะช่วยให้ปากมดลูกอ่อนนุ่มละยืดขยาย นอกจากนี้เอสโตรเจนยังมีส่วนทำให้เกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย

2.6.4.7 โพรเจสเตอโรน เป็นฮอร์โมนที่สร้างโดยคอร์ปัสลูเทียม ใน 7 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ หลังจากนั้นรกจะเป็นแหล่งใหญ่ที่ผลิตโพรเจสเตอโรน โพรเจสเตอโรนจำเป็นสำหรับการคงอยู่ของเยื่อบุโพรงมดลูก ช่วยในการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบที่มดลูก ท่อไต กระเพาะอาหารและลำไส้ ควบคุมการสะสมของไขมันในร่างกายบางส่วน ช่วยให้ต่อมน้ำนมของเต้านมเจริญเติบโตมากขึ้น ระดับของโพรเจสเตอโรนค่อย ๆ เพิ่มขึ้น และคงระดับที่อายุครรภ์ได้ 32 สัปดาห์

2.6.4.8 HCG เป็นฮอร์โมนที่ผลิตโดย syncytiotrophoblast ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ เพื่อช่วยกระตุ้นให้ corpus luteum ทำหน้าที่ต่อไป ภายหลังจากการปฏิสนธิจะพบฮอร์โมน HCG ในเลือดและปัสสาวะ มีระดับสูงสุดเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 8-10 สัปดาห์ หลังจากนั้นระดับของฮอร์โมน HCG จะเริ่มลดลงเหลือระดับฮอร์โมนต่ำ ๆ หลังจากอายุครรภ์ 14 สัปดาห์เป็นต้นไป และคงอยู่ตลอดการตั้งครรภ์ ฮอร์โมน HCG ใช้วินิจฉัยการตั้งครรภ์ โดยการตรวจปัสสาวะในตอนเช้าเพื่อหาปริมาณ HCG

2.6.4.9 human placental lactogen เป็นโปรตีนฮอร์โมนที่รกสร้างมีหน้าที่กระตุ้นการเจริญเติบโตของเต้านม มดลูกและการเจริญเติบโตของทารก โดยทำหน้าที่ร่วมกับฮอร์โมนการเจริญเติบโตเพื่อช่วยให้ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์เจริญเติบโตมีผลต่อการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตและไขมัน ระดับของ human placental lactogen จะตรวจพบได้เมื่ออายุครรภ์ 2-3 สัปดาห์ และจะค่อย ๆ สูงขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์

## 2.6.5 ระบบการเผาผลาญ <sup>(5) (44) (45) (46) (47)</sup>

2.6.5.1 อัตราการเผาผลาญพื้นฐานของร่างกาย ของหญิงตั้งครรภ์มีอัตราเพิ่มขึ้นเมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์ โดยเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 15-20 ของก่อนตั้งครรภ์ เนื่องจากความต้องการออกซิเจนของมดลูก รก และทารก ในการเจริญเติบโต ความร้อนที่เกิดจากการเผาผลาญ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดอาการอ่อนเพลีย และเหนื่อยล้า เกิดความต้องการพักผ่อนนอนหลับในระหว่างการตั้งครรภ์

2.6.5.2 การเพิ่มของน้ำหนัก น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ จะเพิ่มขึ้นจากการเจริญเติบโตของทารก รก น้ำคร่ำ และกล้ามเนื้อมดลูก น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นทั้งหมดตลอดการตั้งครรภ์ประมาณ 11-15 กิโลกรัม โดยในไตรมาสที่ 1 น้ำหนักจะเพิ่มขึ้นน้อยประมาณ 1 – 1.5 กิโลกรัม แต่น้ำหนักในไตรมาสนี้อาจลดลงได้ เนื่องจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไตรมาสที่ 2 น้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 5-6 กิโลกรัม ไตรมาสที่ 3 น้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 4-5 กิโลกรัม เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ขึ้นไป น้ำหนักควรเพิ่มขึ้นประมาณสัปดาห์ละ 0.5 กิโลกรัม ถ้าน้ำหนักเพิ่มขึ้นเดือนละ 1 กิโลกรัม จัดว่าน้อยเกินไปไม่เพียงพอกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ในกรณีที่น้ำหนักเพิ่มขึ้น เดือนละ 3 กิโลกรัม จัดว่าน้อยเกินไปไม่เพียงพอกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ในกรณีที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นเดือนละ 3 กิโลกรัม อาจทำให้เกิดภาวะอ้วนภายหลังคลอดได้ อย่างไรก็ตามการเพิ่มของน้ำหนักนี้ยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ อีก เช่น ความสูง การสะสมของไขมันใน ร่างกาย ความจุของมดลูกตลอดจนภาวะสุขภาพดีของหญิงตั้งครรภ์

2.6.5.3 การเพิ่มขึ้นของน้ำ การเปลี่ยนแปลงในการเผาผลาญในระยะตั้งครรภ์ทำให้เกิดการคั่งของน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นน้ำคร่ำ รกและทารกประมาณ 3.5 ลิตร น้ำที่คั่งในมดลูก เต้านม และปริมาณเลือดของหญิงตั้งครรภ์ประมาณ 3 ลิตร รวมทั้งหมด 6.5 ลิตร การคั่งของน้ำนอกเซลล์ทำให้เกิดอาการบวม กดปุ่ม (pitting edema) ที่เท้าและข้อเท้า เนื่องจากแรงดันของหลอดเลือดดำที่ส่วนปลายของร่างกายสูงขึ้น

2.6.5.4 การเผาผลาญโปรตีน หญิงตั้งครรภ์ต้องการโปรตีนเพิ่มขึ้นสำหรับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ รก การเพิ่มปริมาณเลือด การขยายขนาดของมดลูกและเต้านม ดังนั้น ร่างกายในขณะตั้งครรภ์ต้องการโปรตีนเพิ่มขึ้นจากปกติวันละ 44 กรัม เป็นวันละ 60 กรัม

2.6.5.5 การเผาผลาญไขมัน ในระยะตั้งครรภ์มีการสะสมไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะบริเวณหน้าท้องและสะโพกในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 25 สัปดาห์ ระดับของไลโปตีนทั้งหมดในพลาสมาเพิ่มขึ้นสูงสุด แล้วค่อย ๆ ลดลงเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์

และคงอยู่ระดับนี้ไปตลอดจนกระทั่งครบกําหนด การเพิ่มขึ้นของไขมันเป็นผลมาจากฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ออกฤทธิ์กระตุ้นตับ ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ อากาศคั่งในไส้อาเจียน และการรับประทานอาหารได้น้อย ทำให้ร่างกายนำไขมันมาใช้เป็นพลังงานแทนละในช่วงหลังของการตั้งครรภ์ ร่างกายนำไขมันมาใช้เป็นพลังงานแทนคาร์โบไฮเดรต เพื่อสำรองกลูโคสสำหรับทารกในครรภ์

2.6.5.6 การเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ในช่วง 16 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากก่อนตั้งครรภ์ เนื่องจากร่างกายต้องนำกลูโคสไปให้ทารก ทำให้ต้องใช้พลังงานจากโปรตีนและไขมันแทนมากขึ้น การที่ไตมีอัตราการกรองที่เพิ่มขึ้นทำให้กลูโคสถูกกรองผ่านออกไปมากขึ้นร่วมกับท่อไตมีการดูดซึมกลูโคสกลูโคสลดลง จึงทำให้สูญเสียกลูโคสออกไปทางปัสสาวะ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอ จะมีอาการเป็นลมได้ เนื่องจากระดับ น้ำตาลในเลือดต่ำ

ในช่วงหลังของการตั้งครรภ์ มีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน คอร์ติซอลและฮิวแมนพลาเซนทาลแล็คโทเจน จึงมีผลต่อการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้น แต่ประสิทธิภาพของอินซูลินในการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ลดลง หญิงตั้งครรภ์จึงมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่าย

2.6.5.7 การเผาผลาญแร่ธาตุและวิตามิน หญิงตั้งครรภ์ต้องการธาตุเหล็กตลอดการตั้งครรภ์ประมาณ 1,000 มิลลิกรัม เพื่อเพิ่มปริมาณของเม็ดเลือดแดง 500 มิลลิกรัม สำหรับการเจริญเติบโตของทารกและรก 300 มิลลิกรัม ส่วนที่เหลือขับถ่ายออกไปกับสิ่งขับถ่ายต่างๆ 200 มิลลิกรัม ในครั้งแรกของการตั้งครรภ์ ร่างกายยังคงมีธาตุเหล็กสะสมอยู่บ้าง เมื่อรวมกับอาหารที่รับประทานเข้าไปจึงเพียงพอกับความต้องการ แต่ในครั้งหลังของการตั้งครรภ์ ร่างกายต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นวันละ 6-7 มิลลิกรัม ซึ่งเป็นปริมาณที่มากเกินไปที่ร่างกายจะได้รับเพียงพอจากการรับประทานอาหาร ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงจำเป็นต้องได้รับธาตุเหล็กในรูปของยาบำรุงเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง ส่วนระดับของแคลเซียมและแมกนีเซียมลดลงเล็กน้อยในระหว่างการตั้งครรภ์

## 2.6.6. ระบบไหลเวียนเลือด <sup>(5) (36) (43) (47)</sup>

2.6.6.1 ปริมาณเลือด (blood volume) และส่วนประกอบของเลือดบางอย่างเพิ่มขึ้น เพื่อให้การไหลเวียนภายในรรมมีประสิทธิภาพ ทารกได้รับออกซิเจนและสารอาหารอย่างเพียงพอ ส่วนหญิงตั้งครรภ์เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการสูญเสียเลือดภายหลังคลอด ปริมาณ

เลือดประกอบด้วยพลาสมาและเม็ดเลือดแดง โดยจะเพิ่มขึ้นหลังจากตั้งครรภ์ประมาณ 6-10 สัปดาห์ และเพิ่มอย่างรวดเร็วในไตรมาสที่ 2 เพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อตั้งครรภ์ได้ 30-32 สัปดาห์ ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นรวม ทั้งหมดประมาณ 1,500 - 1,700 มิลลิลิตร หรือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 40-50 จากระดับก่อนตั้งครรภ์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของทารกในครรภ์ โดยเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น 450 มิลลิลิตร หรือร้อยละ 33 ทารกและรกต้องใช้ธาตุเหล็ก 300 มิลลิกรัม และขับออกจากร่างกายอีก 200 มิลลิกรัม

2.6.6.2 การเปลี่ยนแปลงของความเข้มข้นของเลือด ในไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าไตรมาสที่ 1 มีการเพิ่มของพลาสมามากกว่าเม็ดเลือดแดง 2-3 เท่า ทำให้ระดับฮีมาโตคริตและฮีโมโกลบินลดลง เกิดภาวะซีดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือภาวะซีดเทียม (physiological anemia of pregnancy หรือ pseudoanemia) ซึ่งเป็นภาวะปกติของหญิงตั้งครรภ์ โดยระดับฮีมาโตคริตไม่ต่ำกว่า 30 เปอร์เซ็นต์หรือระดับฮีโมโกลบินไม่ต่ำกว่า 10 กรัม เปอร์เซ็นต์ ถ้าต่ำกว่านี้จะถือว่าเป็นภาวะโลหิตจาง

2.6.6.3 เม็ดเลือดขาว (leukocytes) มีการสร้างเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 2 และเพิ่มขึ้นสูงสุดในไตรมาสที่ 3 จำนวนเม็ดเลือดขาวในหญิงตั้งครรภ์ปกติ อยู่ระหว่าง 5,000 - 12,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

2.6.6.4 การแข็งตัวของเลือด องค์ประกอบในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะไฟบริโนเจน (fibrinogen) เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 จาก 300 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตรเป็น 450 มิลลิกรัม ในช่วงไตรมาสที่ 3 จากอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน สารแข็งตัวของเลือดอื่น ๆ ได้แก่ แฟคเตอร์ VII, VIII, IX และ X เพิ่มขึ้นชัดเจน ส่วน แฟคเตอร์ II เพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่เกร็ดเลือด (platelets) ลดลงเล็กน้อย เนื่องจากถูกใช้มากในขณะตั้งครรภ์ ระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดไม่เปลี่ยนแปลง

## 2.6.7. ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system) <sup>(5) (36) (45) (46) (47)</sup>

2.6.7.1 ขนาดของหัวใจจะใหญ่ขึ้นเล็กน้อย เนื่องจาก การเพิ่มขนาดของเซลล์ปริมาตรของ หัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-12 หรือประมาณ 75 มิลลิลิตรของก่อนการตั้งครรภ์ โดยเพิ่มปริมาตรตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 จนถึงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์

2.6.7.2 ตำแหน่งของหัวใจช่วงปลายไตรมาสที่ 1 หัวใจจะหมุนไปทางซ้ายและถูกยกขึ้นสูงกว่าเดิมเล็กน้อย เนื่องจากการขยายของมดลูกไปดันกระบังลมให้ลอยขึ้น กระบังลมจะดันให้หัวใจลอยสูงขึ้น ยอดของหัวใจ (apex) จะเลื่อนไปอยู่ทางด้านข้าง การเปลี่ยนแปลงนี้

จะขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของมดลูก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง รูปร่างของท้อง และทรวงอกของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งนี้ทำให้การไหลเวียนของเลือดเปลี่ยนแปลงไป จึงได้ยินเสียงเสียงฟูของการบีบตัวของหัวใจ (systolic murmurs) ได้ ประมาณร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเริ่มในช่วงอายุครรภ์ 12-20 สัปดาห์ และจะหายไปได้เองภายหลังคลอด

อวัยวะสำคัญ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด ต้องการเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะมดลูกมีความต้องการเพิ่มขึ้นจากขณะไม่ตั้งครรภ์ 20-40 เท่าโต เต้านมและผิวหนังก็ต้องการเลือดเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นหัวใจและหลอดเลือดจึงมีการเปลี่ยนแปลงขนาดและการทำงานมากขึ้นเพื่อให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายดังนี้

2.6.7.3 ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) ค่าปกติของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ของหญิงที่ไม่ตั้งครรภ์ประมาณ 5 ลิตรต่อนาที เมื่อตั้งครรภ์ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที เพิ่มขึ้นสูงสุดประมาณร้อยละ 30-50 โดยเริ่มเพิ่มขึ้นประมาณ 1-1.5 ลิตร ต่อนาที ในไตรมาสที่ 1 และเพิ่มขึ้นสูงสุดในไตรมาสที่ 2 เพิ่มขึ้นประมาณ 1.7 ลิตร ต่อนาที และคงอยู่ในระดับนี้จนครบกำหนดคลอด ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที จะลดลงเมื่อหญิงตั้งครรภ์นอนหงาย เนื่องจากในท่านอนหงายมดลูกจะกดทับหลอดเลือดอินฟีเรียวีนาคาวา ทำให้ปริมาณเลือดดำที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที จะมีค่าสูงที่สุด

2.6.7.4 ปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจแต่ละครั้ง (stroke volume) การที่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที เพิ่มขึ้นมีผลทำให้ปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจแต่ละครั้งเพิ่มขึ้นด้วย จะเพิ่มมากตั้งแต่ระยะแรก ๆ ของการตั้งครรภ์ จนสูงสุด 25-30% เมื่ออายุครรภ์ 12-24 สัปดาห์ แล้วจึงค่อย ๆ ลดลงเมื่อใกล้ครบกำหนดคลอด

2.6.7.5 การไหลเวียนของเลือด อวัยวะสำคัญที่ต้องการเลือดไปเลี้ยงเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ มดลูกและรก มีเลือดไปเลี้ยงมดลูกเพิ่มขึ้น โดยในไตรมาสที่ 1 อายุครรภ์ 8 สัปดาห์ อายุครรภ์ 13 สัปดาห์ จะมีการสร้างเม็ดเลือดแดงทำให้ความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้น จะมีเลือดไปเลี้ยงมดลูกเพิ่มขึ้นจากนาทีละ 50 มิลลิลิตรเป็น 75 มิลลิลิตร และจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนไตรมาสที่ 3 อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ มีเลือดไปเลี้ยงมดลูกนาทีละ 200 มิลลิลิตร เมื่อตั้งครรภ์ครบกำหนดมีเลือดเลี้ยงมดลูกเฉลี่ยนาทีละ 500 มิลลิลิตรโดยเลือดไปเลี้ยงที่รก ร้อยละ 80 ของเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกทั้งหมด เมื่อตั้งครรภ์ครบกำหนด จะมีเลือดไปเลี้ยงมดลูกเพิ่มขึ้น 20-40

เท่า ของหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ การที่เลือดไปเลี้ยงมดลูกเพิ่มขึ้นเพื่อให้ออกซิเจนเพียงพอสำหรับทารกและเนื้อเยื่อของมดลูกที่ขยายเพิ่มขึ้น

2.6.7.6 เต้านมมีเลือดมาเลี้ยงที่เต้านมเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ ปริมาณน้ำที่ละ 200 มิลลิลิตร เนื่องจากมีการขยายของหลอดเลือดและปริมาณเลือดในหลอดเลือดฝอยเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงเต้านมที่ขึ้นอยู่กับอายุและจำนวนบุตรของหญิงตั้งครรภ์

2.6.7.7 ความดันโลหิตในไตรมาสที่ 1 ความดันโลหิตลดลงจากก่อนตั้งครรภ์เล็กน้อย และลดลงมากที่สุดไนไตรมาสที่ 2 โดยค่าไดแอสโตลิกลดลง 10-15 มิลลิเมตรปรอท ส่วนซิสโตลิกลดลง 5-8 มิลลิเมตรปรอท การที่ความดันโลหิตลดลงเนื่องจากความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดลดลง นอกจากนี้ผลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนทำให้กล้ามเนื้อในหลอดเลือดดำคลายตัว หลอดเลือดดำในอุ้งเชิงกรานขยายตัวเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปยังมดลูก ความดันโลหิตจึงต่ำลง ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ โดยที่ค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้นไม่เกิน 30 มิลลิเมตรปรอท และ 15 มิลลิเมตรปรอท ถ้าสูงกว่านี้เป็นข้อบ่งชี้ของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์

ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไปตามท่าของร่างกาย ความดันโลหิตมีค่าสูงสุดในท่านั่ง ต่ำสุดในท่านอนตะแคงซ้าย ในระยะใกล้ครบกำหนดคลอด ท่านอนหงายความดันโลหิตจะมีค่าต่ำกว่าท่านอนตะแคงหรือท่านั่ง หญิงตั้งครรภ์บางคนขณะนอนหงายมีอาการเวียนศีรษะเป็นลม หน้าซีด หัวใจเต้นเร็ว มีเหงื่อออก และคลื่นไส้ได้ เรียกภาวะนี้ว่า ซูไพโนไฮโปเทนซีฟซินโดรม (supine hypotensive syndrome) ซึ่งเกิดจากการที่มดลูกที่ขยายใหญ่ไปกดหลอดเลือดอินฟีเรียวีนาคาวาแอบโดมินอลเออตา (abdominal aorta) และอีลิแอกเวน (iliac veins) ทำให้หลอดเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง เมื่อความดันของหลอดเลือดดำในส่วนล่างของร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้มีการคั่งของเลือดในหลอดเลือดดำของร่างกายเกิดอาการบวมบริเวณเท้าและขา มีการโป่งของหลอดเลือดดำ (varicose veins) บริเวณขา อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก และมีการโป่งของหลอดเลือดดำบริเวณทวารหนัก (hemorrhoids)

#### 2.6.8. ระบบทางเดินหายใจ <sup>(5) (45) (48)</sup>

ระหว่างตั้งครรภ์ระบบทางเดินหายใจมีเลือดมาเลี้ยงมาก ทำให้เยื่อเมือกของจมูกและลำคอ (nasopharynx) บวม มีอาการคัดจมูก กล้องเสียง (larynx) มีอาการบวมหลอดลม (trachea) และหลอดลมแขนงใหญ่ (bronchi) มีการขยายใหญ่ขึ้น เนื่องจากการขยายของเส้นเลือดฝอย ทำให้เสียงพูดอาจเปลี่ยนแปลง มีการบวมภายในจมูก และเลือดออก

ทางจุมุก (eqistaxis) ได้ การขยายตัวของมดลูกทำให้กระบังลมถูกเลื่อนขึ้นประมาณ 4 เซนติเมตร (เบนสัน และเพอร์นอนล์, 2538) กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ดังนั้นการหายใจจึงต้องใช้กล้ามเนื้อกระบังลมมากขึ้น เส้นรอบวงของทรวงอกเพิ่มขึ้น 6 เซนติเมตร มุมได้กระดูกซี่โครงยดกว้างออกซึ่งโครงบานออก หญิงตั้งครรภ์จะหายใจลึกและถี่ขึ้น เพื่อให้ได้ออกซิเจนอย่างเพียงพอสำหรับตนเองและทารกในครรภ์ อัตราการหายใจประมาณ 16 ครั้ง/นาที อาจลดลงเล็กน้อยเมื่อใกล้คลอด การเผาผลาญออกซิเจนเพิ่มขึ้นร้อยละ 14 การเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจนี้เพื่อตอบสนองต่อความต้องการออกซิเจนทั้งเซลล์ของมารดาและทารก การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ได้เพื่อต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่ต้องการกำจัดคาร์บอนไดออกไซด์อย่างมีประสิทธิภาพด้วยโดยมีการทำงานของปอดดังนี้

2.6.8.1 ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกต่อครั้ง (tidal volume) เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ โดยเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 35-50 ทำให้ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้า-ออก จากปอดใน 1 นาที เพิ่มขึ้น

2.6.8.2 ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกเต็มที่ ภายหลังหายใจเข้าเต็มที่ (vital capacity) จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงในขณะตั้งครรภ์

2.6.8.3 ปริมาตรอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังการหายใจออกปกติ (functional residual capacity) ลดลง

2.6.8.4 ความจุของการหายใจเข้า (inspiratory capacity) เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 5-10

#### 2.6.9. ระบบผิวหนัง <sup>(5) (47) (48)</sup>

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในหญิงตั้งครรภ์แต่ละคนแตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นผลจากฮอร์โมนและการขยายของผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงจะพบในไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 โดยมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ผมหงอก และต่อมเหงื่อ

2.6.9.1 ผิวหนังของหญิงตั้งครรภ์มีการขยายของหลอดเลือด และมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น ทำให้ผิวหนังอุ่นขึ้น อายุครรภ์ประมาณ 8 สัปดาห์ อาจพบผิวหนังแดงขนาด 1-2 มิลลิเมตร มีหลอดเลือดฝอยกระจายโดยรอบเป็นรัศมีคล้ายแมงมุม (vascular spiders หรือ angiomas) ที่บริเวณ ใบหน้า ลำคอ หน้าอก แขน บางครั้งอาจพบผื่นแดง (palmar erythema) ได้ การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลมาจากฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งอาการดังกล่าวจะหายไปเองภายหลังคลอด

ในขณะที่ตั้งครรภ์มีการสะสมของสารที่ทำให้เกิดสีน้ำตาล (pigment) ที่บริเวณผิวหนังบางส่วนของร่างกาย ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นมีสีคล้ำขึ้น เช่น ที่บริเวณใบหน้าโดยเฉพาะ โหนกแก้ม จมูก หน้าผาก เรียกว่าฝ้าสีน้ำตาล (chloasma หรือ melasma gravidarum หรือ mask of pregnancy) ถ้าเป็นที่บริเวณแนวกลางหน้าท้องมีลักษณะคล้ายเป็นเส้นสีดำ (linea nigra) ตั้งแต่บริเวณเหนือหัวหน่าวจนถึงระดับสะดือหรือล้นปี นอกจากนี้จุดสีคล้ำยังอาจพบได้ที่บริเวณอื่น ๆ ของร่างกายได้ เช่น บริเวณหัวนม ลานนม รักแร้ ลำคอ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก และบริเวณขาหนีบ การมีจุดดำนี้เชื่อว่าเกิดจากอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรนกระตุ้นฮอร์โมนเมลาโนซัยท์สตีมูล์เลตติ้งให้ผลิตเม็ดสีเพิ่ม

ในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ ผิวหนังมีการยืดขยายและเกิดการแตกของผิวหนัง (striae gravidarum) บริเวณเต้านม สะโพก ต้นขา ที่พบบ่อยคือ บริเวณหน้าท้องหรือที่เรียกว่า ท้องลาย ลักษณะรอยแตกจะเป็นสีชมพูในคนผิวขาวและสีน้ำตาลเข้มในคนผิวคล้ำ เนื่องจากหลอดเลือดใต้ผิวหนังขาดและมีเลือดขังอยู่ใต้ผิวหนังบริเวณรอยแตก ภายหลังคลอดจะเปลี่ยนเป็นสีขาวเงิน รอยแตกนี้เชื่อว่าเกิดจากฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิก นอกจากนี้ยังอาจพบกล้ามเนื้อเรดัสบริเวณหน้าท้องออกในแนวกลางลำตัว ถ้าเป็นมากผนังหน้าท้องบริเวณนั้นจะบางเหลือแต่ชั้นผิวหนัง พังผืด และเยื่อช่องท้องทำให้เกิดไส้เลื่อนได้ง่าย

2.6.9.2 ในระยะตั้งครรภ์ ผมจะหนาขึ้น ขนดกขึ้น เล็บยาวเร็วขึ้น ต่อมเหงื่อและต่อมไขมันทำงานมากขึ้น ทำให้มีเหงื่อออกมาก ผิวหนังมันและชื้นมาก บางคนจะมีผิวขึ้นและมีผื่นคันบริเวณแขน ขา ลำตัว หรือทั่วร่างกาย

ผิวหนังมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะมือและเท้า ตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกร้อน มีเหงื่อออกมากขึ้น เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 2 อัตราการไหลของเลือดมาที่ผิวหนัง สูงสุดประมาณนาทีละ 400-500 มิลลิลิตร การที่เลือดมาเลี้ยงผิวหนังเพิ่มขึ้นทำให้เล็บและผมเจริญเร็วขึ้น จึงพบว่าเล็บและผมยาวเร็วกว่าก่อนตั้งครรภ์ นอกจากนี้เลือดไปเลี้ยงเยื่อมากขึ้นเกิดการบวมของเยื่อ ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดเลือดออกทางจมูกได้ง่าย

#### 2.6.10 ระบบทางเดินปัสสาวะ <sup>(5) (36) (45) (47) (48)</sup>

ระหว่างตั้งครรภ์ ระบบทางเดินปัสสาวะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและหน้าที่ โดยหญิงตั้งครรภ์มีการเผาผลาญเพิ่มขึ้นและทารกมีการขับถ่ายของเสีย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลต่อการทำหน้าที่ของไตและกระเพาะปัสสาวะ ดังนี้



2.6.10.1 ไตมีขนาดเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 เนื่องจากการขยายของเซลล์และมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น เมื่ออายุครรภ์ 5-7 สัปดาห์ เลือดจะไหลผ่านไตมากขึ้นและอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ของก่อนตั้งครรภ์ แต่การดูดซึมกลับของไตลดลง ทำให้ปัสสาวะที่ขับออกมามีน้ำตาล ครีตินิน กรดยูริก ยูเรียไนโตรเจน วิตามินบี 12 กรดโฟลิกเพิ่มขึ้น การที่น้ำและโซเดียมออกจากร่างกายเพิ่มขึ้นเนื่องจากอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นและการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนโปรเจสเทอโรนในระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้ร่างกายมีการปรับระบบเรนินแองจิโอเทนซินและอัลโดสเทอโรน (renin – angiotensin – aldosterone system) เพื่อให้ไตดูดซึมน้ำและโซเดียมกลับเข้าสู่ร่างกาย เป็นการป้องกันการสูญเสียโซเดียมและน้ำมากเกินไป ทำให้เกิดอาการบวมจากการมีน้ำภายนอกเซลล์ในไตรมาสที่ 3 ก่อนการตั้งครรภ์มีเลือดไปเลี้ยงไตประมาณร้อยละ 25 ของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที เมื่อตั้งครรภ์จะมีเลือดไปเลี้ยงไตเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 และจะเพิ่มสูงสุดนาทีละ 400 มิลลิลิตร เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 2 หรือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 25-40 ของก่อนตั้งครรภ์ และยังคงอยู่ในระดับนี้จนครบกำหนดคลอด ในท่านอนหงายจะทำให้เลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลงด้วย ในระยะตั้งครรภ์ ปกติจะไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ แต่บางครั้งอาจพบโปรตีนในปัสสาวะได้เล็กน้อย เนื่องจากปัสสาวะมีความเข้มข้นสูง ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป หญิงตั้งครรภ์ถ้าอยู่ในท่านอนหงายจะทำให้เลือดผ่านไตและมีอัตราการกรองของไตลดลงประมาณ ร้อยละ 50 ของท่านอนตะแคง เนื่องจากขณะนอนหงายมดลูกกดหลอดเลือดดำใหญ่ ทำให้เลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง ในช่วงหลังของการตั้งครรภ์มดลูกที่ขยายใหญ่ไปกดไตและฮอร์โมนโปรเจสเทอโรนที่ออกฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของไตคลายตัว ทำให้ปัสสาวะขังอยู่ที่กรวยไต

2.6.10.2 ท่อไต ขยายและยาวขึ้น มีลักษณะคดและโค้งงอมากขึ้น ในไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 ท่อไตมีการหดตัวลดลง ทำให้มีปัสสาวะค้างอยู่ในท่อไตและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้มดลูกที่ขยายใหญ่ขึ้นจะกดท่อไตกับขอบเชิงกรานและลำไส้ใหญ่ที่อยู่ข้างซ้ายดันมดลูกให้หมุนเอียงไปทางด้านขวา ทำให้ท่อไตข้างขวาถูกกดเบียดมากกว่าท่อไตที่อยู่ข้างซ้าย

2.6.10.3 กระเพาะปัสสาวะในระยะตั้งครรภ์ กระเพาะปัสสาวะจะมีความตึงตัวน้อยลงจากอิทธิพลของฮอร์โมนโปรเจสเทอโรน ทำให้มีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ประกอบกับมีสารกลูโคสกรดอะมิโนและโปรตีนถูกขับผ่านออกมา ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ในไตรมาสที่ 1 หญิงตั้งครรภ์จะถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น เนื่องจากมดลูกที่ขยายใหญ่

ขึ้นไปกอดเบียดกระเพาะปัสสาวะและในระยะท้ายของการตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์จะถ่ายปัสสาวะบ่อยอีกครั้ง เนื่องจากส่วนนำของทารกเข้าสู่ช่องเชิงกรานและไปกอดเบียดกระเพาะปัสสาวะ

## 2.7 การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ไม่เพียงแต่หญิงตั้งครรภ์และทารกเท่านั้นที่มีการเปลี่ยนแปลง แต่ยังมีครอบครัวซึ่งประกอบด้วย สามี ลูกคนก่อน บิดา มารดา และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งแต่ละคนจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถเผชิญกับภาวะการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก สัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามี เพศสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์ สัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสมาชิกในครอบครัวและพัฒนาการของหญิงตั้งครรภ์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 2.7.1 การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์<sup>(4) (5) (37) (39)</sup>

เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัส และการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลายอย่างตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 ถึงไตรมาสที่ 3 ได้แก่ ความไม่มั่นใจว่าตนเองตั้งครรภ์ ความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalence) การคิดถึงแต่ตนเอง การหลงรักตนเอง (narcissism) ความต้องการพึ่งพาผู้อื่น ความกลัวและความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะเกิดขึ้นมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน ในแต่ละไตรมาส ดังนี้

2.7.1.1 ในตอนต้นของไตรมาสที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ไม่มั่นใจว่าตนเองตั้งครรภ์ แม้ว่าจะประจำเดือนที่เคยมาสม่่าเสมอจะขาดหายไป ภายหลังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์จริง หญิงตั้งครรภ์แรกจะรู้สึกตื่นเต้น ดีใจ แต่ต่อมากจะมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย ระหว่างความต้องการที่จะตั้งครรภ์และความไม่ต้องการที่จะตั้งครรภ์ เกิดความกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตในอนาคต ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ส่วนหญิงตั้งครรภ์หลังจะมีความกังวลกับทารกที่จะเกิดใหม่และบุตรคนก่อน ในไตรมาสนี้หญิงตั้งครรภ์จะคิดถึงแต่ตนเอง สนใจการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกายของตนเอง ความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อากาศคลื่นไส้ อาเจียน ดังนั้นจึงมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะสามีที่จะช่วยเหลือตน ปลอดภัยและให้กำลังใจ ในระยะนี้อารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์จะเปลี่ยนแปลงง่าย โดยไม่มีเหตุผล

2.7.1.2 ในไตรมาสที่ 2 มีการยอมรับความเป็นจริงต่อการตั้งครรภ์มากขึ้น การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายดีขึ้น ภายหลังจากที่มดลูกลอยขึ้นมาจากช่อง

ท้อง และหญิงตั้งครรภ์รับรู้ถึงการตั้งครรภ์ครั้งแรกของทารกในครรภ์ ทำให้รู้สึกว่าการตั้งครรภ์มีตัวตน จึงเริ่มสนใจทารกและมีจินตนาการเกี่ยวกับลักษณะทางร่างกายทั่วไปของทารก ระยะเวลาอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์จะคงที่มากขึ้นเพราะสามารถปรับตัวต่อภาวะการตั้งครรภ์ได้

2.7.1.3 ในไตรมาสที่ 3 หญิงตั้งครรภ์จะมีความภาคภูมิใจที่จะได้เป็นมารดาในขณะที่เดียวกันก็มีความกลัวเกิดขึ้น เนื่องจากเป็นระยะใกล้คลอดจะเกิดความกลัวในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของตนเอง เช่น กลัวการคลอด กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวขณะรอคลอด กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง สำหรับความกลัวเกี่ยวกับทารกเช่น กลัวว่าการคลอดจะทำให้ทารกพิการหรือตาย ระยะไตรมาสนี้หญิงตั้งครรภ์จะระมัดระวังตนเองไม่ให้เกิดความกระทบกระเทือนต่อทารกในครรภ์ จึงแยกตัวเองจากสามีและบุตรคนอื่น ๆ แต่เมื่อแยกตัวไปแล้วมักจะเกิดความรู้สึกว่าเหว่ คิดว่าไม่มีใครสนใจตนเอง สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลมากขึ้น เป็นผลให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงไม่คงที่ อีกทั้งร่างกายที่ขยายใหญ่ขึ้นทำให้รู้สึกว่าร่างกายใหญ่เทอะทะ หน้าท้องที่ขยายใหญ่ขึ้นไปจนถึงกระดูกสันหลัง ทำให้การทำกิจวัตรประจำวันไม่คล่องตัว เช่น การก้มตัว การเดิน ในบางครั้งอาจมีความรู้สึกคับข้องใจและต้องการให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงโดยเร็ว นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ก็ยังรู้สึกกังวลกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง กลัวการสูญเสีย กลัวว่าสามีไม่รัก กลัวการถูกปฏิเสธจากคนอื่น ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในทุกด้านโดยเฉพาะในระยะเดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์จะสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวและกลุ่มเพื่อนอีกครั้ง

#### 2.7.2. การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์<sup>(4) (5) (16) (40)</sup>

ภาพลักษณ์ (body image) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อร่างกายของตนเอง ภาพลักษณ์เป็นปรากฏการณ์เกี่ยวกับความเป็นจริงและความรู้สึกในรูปร่างของตนเป็นพื้นฐานของเอกลักษณ์และการยอมรับในคุณค่าของตน องค์ประกอบของภาพลักษณ์ขึ้นอยู่กับค่านิยมวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งจะมีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์มาก ภาพลักษณ์มีทั้งด้านดีและด้านลบ ในส่วนของด้านดีหญิงตั้งครรภ์จะรับรู้ว่าการตั้งครรภ์เป็นธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงทุกคน การที่รูปร่างเปลี่ยนแปลงไปนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากมีอีกชีวิตหนึ่งที่กำลังเจริญเติบโตอยู่ในครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความภาคภูมิใจ และเฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ด้วยความรู้สึกที่ดี ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อภาพลักษณ์ของตนเองจากการตั้งครรภ์ จะรับรู้ว่าตนเองมีรูปร่างที่ไม่สวยงาม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีอิทธิพลในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาและการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ต่อไป อย่างไรก็ตาม ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่ไม่

คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ที่บุคคลได้รับ ปฏิกริยาของผู้ใกล้ชิด และสังคมที่มีต่อหญิงตั้งครรภ์ทำให้ผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ในไตรมาสที่ 1 การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก

ในไตรมาสที่ 2 หญิงตั้งครรภ์เริ่มมีความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ขยายใหญ่ขึ้น ในรายที่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ จะมีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ และมีความรู้สึกว่าการตั้งครรภ์ทำให้ตนได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสามีและบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งบุคคลในสังคม ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ จะกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปกลัวว่ารูปร่างจะไม่สวยงาม การมีตกขาวออกทางช่องคลอดมากขึ้น นอกจากจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแก่หญิงตั้งครรภ์แล้ว ยังอาจเพิ่มความวิตกกังวล กลัวว่าจะเป็นอาการผิดปกติ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในระบบการเผาผลาญทำให้หญิงตั้งครรภ์มีเหงื่อออกมากและรู้สึกว่ามีความร้อนสูงขึ้นกว่าก่อนตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และมีผลต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย อยู่แล้วเกิดความหงุดหงิดต่อบุคคลอื่น ๆ รอบข้าง

ในไตรมาสที่ 3 หญิงตั้งครรภ์จะปฏิเสธภาพลักษณ์ จากผลของการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังทำให้บริเวณใบหน้าของหญิงตั้งครรภ์มีฝ้าขึ้น รอยคล้ำบริเวณลำคอ รักแร้ เส้นดำกลางหน้าท้อง รอยแตกของหน้าท้อง หน้าท้องที่มีขนาดใหญ่ขึ้น รูปร่างของหญิงตั้งครรภ์ที่ใหญ่โต เวลาเดินก็อึดอัด แอนไปข้างหน้า ขาถ่าง เนื่องจากจุดศูนย์ถ่วงของร่างกายเปลี่ยนแปลง หน้าอกที่ขยายใหญ่ ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่ารูปร่างของตนไม่สวยงาม มีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่ดูน่าเกลียด และถ้าครอบครัว เพื่อน หรือสามี แสดงความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นนี้จะส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการยอมรับการตั้งครรภ์มากขึ้น นอกจากนี้อิทธิพลของสังคม สื่อทางหนังสือ ทีวี วิทยู ประเพณี และความเชื่อบางอย่าง เช่น ห้ามหญิงตั้งครรภ์ไปงานศพ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมีส่วนทำให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติต่อภาพลักษณ์ในทางลบว่าเป็นเรื่องที่ไม่สวยงาม ไม่น่าดู

### 2.7.3. สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก <sup>(4) (5) (37) (49)</sup>

สัมพันธภาพ หมายถึง ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดา บิดา กับทารกในครรภ์ และความรู้สึกผูกพันนี้จะค่อย ๆ เกิดขึ้นทีละน้อย ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์และสามีวางแผนที่จะมีบุตร และคาดหวังต่อทารกที่จะเกิดมา ดังมีรายละเอียดของสัมพันธภาพในแต่ละไตรมาสดังนี้

2.7.3.1 ในไตรมาสถที่ 1 สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกดูจะเลื่อนกลาง เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกว่าการไม่มีตัวตนแท้จริง (unreal) ในบางครั้งการได้เห็นภาพของทารกจากการทำอัลตราซาวด์เพื่อวินิจฉัยการตั้งครรภ์จะทำให้ยอมรับทารกมากขึ้น แต่ก็ไม่ช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ของมารดาและทารกมีมากขึ้น

2.7.3.2 ในไตรมาสถที่ 2 อายุครรภ์ประมาณ 20 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกถึงการดิ้นของทารกในครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าการดิ้นของทารกในครรภ์มีตัวตนเกิดความผูกพัน มีสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกเพิ่มขึ้นจากไตรมาสถที่ 1 ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงถึงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารกสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมและความรู้สึกที่มารดาแสดงออก ดังนี้

- ยอมรับว่าทารกมีตัวตนและมีความเป็นบุคคลที่แตกต่างไปจากตนเอง
- การจินตนาการรูปร่างหน้าตาของทารกในครรภ์ ว่าจะเหมือนตนเองหรือ

เหมือนบุคคลในครอบครัว

- การจินตนาการถึงบทบาทการเป็นมารดา คิดถึงวิธีการเลี้ยงดูบุตร การตั้งชื่อทารก เป็นต้น

- การมีปฏิสัมพันธ์กับทารกโดยการสัมผัสทารกทางหน้าท้อง ลูบคลำเบา ๆ พร้อมกับพูดคุยกับทารกในครรภ์ด้วยถ้อยคำที่แสดงถึงความผูกพัน ความเป็นห่วงทารกในครรภ์ เมื่อทารกในครรภ์ดิ้นหรือโก่งนูนขึ้นมาทางหน้าท้อง ความสามารถคล้ายส่วนต่างๆ ของทารกในครรภ์ ได้ว่าส่วนใดเป็นขา เป็นแขน เป็นต้น

2.7.3.3 ในไตรมาสถที่ 3 หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ต้องการให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ความผูกพันที่มีต่อทารกจะแสดงออกในการเตรียมตัวเพื่อทารกในครรภ์มากขึ้น มีการแสวงหาความปลอดภัยให้กับทารกโดยการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่หน่วยฝากครรภ์ เพื่อให้ทารกมีความปลอดภัยตลอดตามกำหนด มีการเคลื่อนไหวท่าทางให้ช้าลง มีการวางแผนที่จะคลอดในสถานที่ที่มีความปลอดภัยกับทารกให้มากที่สุด สนใจการดิ้นของทารกและพูดคุยกับทารกมากขึ้น มีการเรียกชื่อเล่นของทารกบ่อยครั้งขึ้น เมื่อเข้าสู่ปลายไตรมาสถที่ 3 หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกตื่นเต้นและมีความอยากที่จะดูแลทารก มีการเตรียมเครื่องใช้เตรียมห้องไว้สำหรับทารกที่จะเป็นสมาชิกใหม่ของครอบครัว

จะเห็นได้ว่าพัฒนาการของสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อย เริ่มตั้งแต่ภรรยาและสามี มีการวางแผนที่จะมีบุตรและค่อย ๆ พัฒนาเพิ่มขึ้นในแต่ละไตรมาสถ การสร้างสัมพันธภาพของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคนจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยต่างๆ เช่น วุฒิภาวะทางอารมณ์ อายุ การวางแผนการตั้งครรภ์ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาตั้ง

กรรมและเศรษฐกิจ เป็นต้น การมีพัฒนาการของสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องย่อมนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อไปในระยะคลอดและระยะหลังคลอด

#### 2.7.4. สัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามี <sup>(5) (10) (16) (37) (50)</sup>

บุคคลที่มีความสำคัญที่สุดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ คือ บิดาของทารกในครรภ์ และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด หญิงตั้งครรภ์ที่มีสามีดูแลเอาใจใส่ รักใคร่ จะมีอัตราเสี่ยงต่อภาวะไม่สุขสบายต่าง ๆ ในระยะตั้งครรภ์ต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสามี

ระหว่างตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการใหญ่ ๆ อยู่ 2 ประการ คือ ต้องการให้สามีรัก และรู้สึกว่าคุณค่าอีกทั้งทารกในครรภ์ได้รับการยอมรับจากสามีว่า เป็นบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับครอบครัว หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักมีความรู้สึกต้องการพึ่งพาสามีมากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การพามาฝากครรภ์ การดูแลเอาใจใส่จัดหาอาหารที่ตนเองชอบเป็นพิเศษมาให้ คอยช่วยเหลือทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้ อาจกล่าวได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามีขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพของคู่สมรสก่อนที่จะมีการตั้งครรภ์ และเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพที่ดีมาก่อนจะมีความสนิทสนมต่อกันมากขึ้น เพื่อร่วมมือกันวางแผนในการเตรียมตัวเป็นบิดามารดาที่ดีให้แก่บุตร มีการยอมรับซึ่งกันและกันว่า แต่ละคนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง ร่วมมือกันในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของผู้ที่มีประสบการณ์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งมีความพึงพอใจทางเพศ

2.7.5 ความสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางเพศสัมพันธ์ในแต่ละไตรมาส ดังนี้ <sup>(5) (40) (49)</sup>

2.7.5.1 ในไตรมาสที่ 1 หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกทางเพศเพิ่มขึ้นหรือลดลงจากก่อนตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกทางเพศเพิ่มขึ้น อาจเป็นผลเนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนที่มากกระตุ้นทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกทางเพศเพิ่มขึ้นได้จากการที่อวัยวะสืบพันธุ์มีเส้นเลือดมาหล่อเลี้ยงมาก ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไวต่อความรู้สึกทางเพศ หญิงตั้งครรภ์บางคนอาจมีความรู้สึกถึงจุดสุดยอดได้เร็วกว่าก่อนตั้งครรภ์ ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกทางเพศลดลงอาจเนื่องมาจากอาการคลื่นไส้อาเจียนจากอาการแพ้ท้อง บางคนรู้สึกไม่สบายใจให้สามีเข้ามาอยู่ใกล้ ๆ โดยให้เหตุผลว่า เวลาสามีอยู่ใกล้จะรู้สึกไม่สุขสบาย เหมือนกลิ่นตัวสามี บางรายไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์เพราะกลัวว่าทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการมีเพศสัมพันธ์

2.7.5.2 ในไตรมาสที่ 2 หญิงตั้งครรภ์จะมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างมากขึ้น ด้านมที่ขยายใหญ่ขึ้นจะช่วยดึงดูดให้สามีมีอารมณ์ทางเพศมากขึ้น หญิงตั้งครรภ์จะให้ความสนใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น

2.7.5.3 ในไตรมาสที่ 3 หญิงตั้งครรภ์จะมีเพศสัมพันธ์ลดลง เนื่องจากขนาดของมดลูกที่ขยายใหญ่ขึ้นมาก ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกแน่นอึดอัด การเคลื่อนไหวกระทำไม่ค่อยสะดวก เกิดความรู้สึกว่ารูปร่างของตนน่าเกลียด ไม่เป็นที่ต้องการของสามี ทำให้ไม่ต้องการที่จะมีเพศสัมพันธ์กับสามี คู่สมรสบางคู่งดการมีเพศสัมพันธ์ในไตรมาสนี้ เพราะกลัวว่าทารกจะได้รับอันตรายจากการมีเพศสัมพันธ์

#### 2.7.6. สัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ <sup>(4) (48)</sup>

2.7.6.1 บุตรคนก่อน (sibling) การที่มารดาตั้งครรภ์จะมีผลต่อจิตใจของบุตรเป็นอย่างมาก ปฏิกริยาที่บุตรคนก่อนมีต่อการตั้งครรภ์ของมารดาจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุและความต้องการที่จะพึ่งพามารดา บุตรที่มีอายุ 2 ปี จะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของมารดา ส่วนบุตรที่มีอายุ 3-4 ปี เด็กวัยนี้จะสนใจและมักมีคำถามเกี่ยวกับทารกในครรภ์เสมอ บางครั้งก็จะเอามือมาแตะเบา ๆ ที่หน้าท้องของมารดา และบอกว่าจะอยู่ในท้องแม่ ภายหลังทารกในครรภ์คลอดออกมา เด็กวัยนี้จะแสดงอาการอิจฉาน้องใหม่ได้ โดยการแกล้งน้องและจะรู้สึกผิดหวังถ้ามารดาให้เวลาเอาใจใส่ดูแลเขาน้อยลงกว่าเดิม ส่วนบุตรที่อยู่ในวัยเรียนจะสนใจต่อการตั้งครรภ์ของมารดามาก จะรู้สึกรักและผูกพันกับทารกในครรภ์ มีความพร้อมที่จะช่วยเหลือมารดาในการดูแลทารกที่เกิดใหม่

2.7.6.2 มารดา เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวขยายที่ประกอบไปด้วยบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ครอบครัวมักจะมีต้นตอที่ดีที่จะมีสมาชิกใหม่ให้ความสนใจทารกในครรภ์ ซึ่งจะช่วยให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ทารกจึงเปรียบเสมือนผู้ประสานความสัมพันธ์ของครอบครัว มารดาที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร เมื่อบุตรตั้งครรภ์ จะรู้สึกตื่นเต้นต่อบทบาทใหม่ที่จะเป็นยายของหลาน มารดาจะสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวของเธอและช่วยเหลือบุตรโดยการแนะนำให้ไปฝากครรภ์ เพื่อที่จะได้รับการดูแลที่ดีในขณะตั้งครรภ์ ช่วยเหลือแบ่งเบาภาระหน้าที่ของบุตร ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อบุตร ซึ่งหญิงตั้งครรภ์เองก็จะพยายามสร้างสัมพันธภาพกับมารดาของตนให้มากขึ้น โดยจะยึดมารดาของตนเป็นแบบอย่างในการเตรียมตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา ปรึกษาปัญหาต่าง ๆ และรับฟังความรู้ที่จะนำมาปฏิบัติ โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 3 หญิงตั้งครรภ์จะพึ่งพามารดาของตนมากขึ้น

โดยการสอบถามการเตรียมตัวเพื่อการคลอด การปรึกษาเกี่ยวกับความกังวลใจต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการคลอด

### 2.7.7 พัฒนิกของหญิงตั้งครรภ์<sup>(4) (5) (41)</sup>

เนื่องจากครอบครัวประกอบด้วยสามีและภรรยา ดังนั้นในการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่บทบาทใหม่ คือ บิดา มารดา จากภรรยาไปสู่บทบาทการเป็นมารดาของบุตร ควรจะรวมถึงสามีของหญิงตั้งครรภ์ด้วย โดย Dickason, Silverman & Schult ได้กล่าวถึง พัฒนิกของการตั้งครรภ์และได้ให้ความหมายของพัฒนิกของการตั้งครรภ์ (tasks of pregnancy) ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจจากการเป็นสามีและภรรยาสู่การเป็นบิดามารดา โดยมีการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์เป็นสิ่งกระตุ้นซึ่งทั้งสามีและภรรยาพยายามปรับความสามารถของตน และร่วมมือกันปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ในระยะตั้งครรภ์ให้สำเร็จตามความคาดหวังของสังคม โดยมีพัฒนิกของหญิงตั้งครรภ์และพัฒนิกของสามี ดังต่อไปนี้

2.7.7.1 พัฒนิกของหญิงตั้งครรภ์ เป็นบทบาทหน้าที่ของมารดาที่จะต้องกระทำให้สำเร็จในขณะตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสดังนี้

2.7.7.1.1 ไตรมาสที่ 1 หญิงตั้งครรภ์มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจของตนเอง มีการยอมรับการตั้งครรภ์ เริ่มพัฒนาตนเองให้เข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา โดยมีการเลียนแบบ (mimicry) มารดาของตนและหญิงที่ผ่านการคลอดมาแล้ว มีการเลียนแบบการกระทำและคำพูดของมารดาที่เป็นแบบอย่าง

2.7.7.1.2 ไตรมาสที่ 2 หญิงตั้งครรภ์จะรับรู้การมีตัวตนของบุตรและรับรู้ ว่า บุตรในครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของตน มีการพัฒนาบทบาทการเป็นมารดามากขึ้น แสวงหาความปลอดภัยให้กับทารกในครรภ์ โดยการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตราย มีการเลียนแบบและฝึกบทบาทโดยใช้การจินตนาการช่วยตนเองเพื่อให้เข้าใจบทบาทการเป็นมารดา นอกจากนี้ยังแสวงหาความรู้จากหญิงตั้งครรภ์คนอื่น ๆ ตลอดจนญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์การมีบุตร เมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น การขยายของหน้าท้อง หญิงตั้งครรภ์จึงเปลี่ยนแปลงการแต่งกายเป็นชุดคลุมท้อง มีการพึ่งพาสามีและต้องการให้สามีดูแลตนเองมากขึ้น มีการปฏิสัมพันธ์กับทารกมากขึ้น โดยการพูดคุยพร่ำอมกับเรียกชื่อทารก

2.7.7.1.3 ไตรมาสที่ 3 หญิงตั้งครรภ์จะยอมรับว่าทารกเป็นบุคคลหนึ่งที่มีบุคลิกภาพ แตกต่างกันออกไปจากตน (fetal distinction) เริ่มสนใจที่จะชื่อของใช้และสถานที่ไว้สำหรับบุตรที่จะเกิดใหม่ มีการเตรียมตัวเป็นมารดา มีการเตรียมคลอดโดยการแสวงหาความรู้



จากมารดา ญาติ เพื่อนบ้าน แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะมีความวิตกกังวลต่อการคลอดบ้างก็ตาม แต่ก็มีความพร้อมที่จะเตรียมตนเองเข้าสู่บทบาทของผู้คลอด และการเป็นมารดาหลังคลอดที่จะต้องเลี้ยงดูบุตรที่เกิดมา ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพกับสามี โดยการพึ่งพามีมากขึ้น ลดการมีเพศสัมพันธ์ให้น้อยลง มีการปรับตัวต่อความกระวนกระวายใจ เช่น ความวิตกกังวล ในความสามารถที่จะเป็นมารดาที่ดี การฝันร้ายเกี่ยวกับลักษณะของบุตร การคลอดบุตรที่น่ากลัว เป็นต้น

2.7.7.2 พัฒนกิจของสามี ในขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ สามีมีการเตรียมตัวที่จะเป็นบิดา และปฏิบัติภารกิจต่อการตั้งครรภ์ตามความรู้สึกของตน และตามความคาดหวังของสังคม ในแต่ละไตรมาสดังนี้

2.7.7.2.1 ไตรมาสที่ 1 การยอมรับการตั้งครรภ์ เมื่อภรรยาบอกข่าวการตั้งครรภ์ให้สามีทราบ สามีจะมีความรู้สึกดีใจ ถ้าการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่ครอบครัวต้องการ สามีมีการแสดงออกถึงการยอมรับการตั้งครรภ์ โดยการช่วยเหลือภรรยาในกิจกรรมที่ภรรยากระทำอยู่เพื่อให้ภรรยาได้พักผ่อน ช่วยจัดซื้ออาหารที่ภรรยาต้องการเป็นพิเศษ สามีบางรายบอกเรื่องการตั้งครรภ์ให้กับสมาชิกภายในครอบครัว เพื่อนสนิท ตลอดจนญาติพี่น้องให้ทราบการยอมรับการตั้งครรภ์ของสามีจะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจ มีการยอมรับการตั้งครรภ์มากขึ้น เกิดความมั่นใจที่จะแสดงบทบาทการเป็นมารดาต่อไป ส่วนสามีที่ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์จะรู้สึกตกใจ รู้สึกโกรธ และไม่พอใจภรรยา ส่งผลให้ภรรยาขาดแหล่งสนับสนุนทางจิตใจ มีผลกระทบต่อ การเตรียมตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา

การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ความรู้สึกและพฤติกรรมของสามี ที่แสดงออกถึงการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ได้แก่ อาการคล้ายการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเรียกว่า กลุ่มอาการคูเวด (couvade syndrome) โดยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลง มีปัสสาวะบ่อย ท้องผูก ปวดศีรษะ เป็นต้น สามีบางรายมีอาการ ตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 ไปจนถึงไตรมาสที่ 3 แต่บางรายอาการจะลดลงหรือหายไปโดยไตรมาสที่ 1 ความกังวลต่อเศรษฐกิจ มักพบในสามีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ โดยสามีจะพยายามทำงานให้มากขึ้นเพื่อสะสมเงินเอาไว้เป็นค่าใช้จ่ายในการการตั้งครรภ์และการคลอด ความกังวลต่อความสามารถที่จะเป็นจริง สามีมักจะมีความรู้สึกว่าตนเองมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ การดูแลทารกหลังคลอด สามีมีความต้องการให้โรงพยาบาลจัดให้มีการสอนสามีเป็นรายบุคคล และรายกลุ่มเช่นเดียวกับที่สอนภรรยา

การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับภรรยา การตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อสัมพันธ์ภาพของสามีและภรรยาอย่างมาก เนื่องจากภรรยาจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม สามีบางคนไม่พอใจที่ภรรยามีอารมณ์หงุดหงิด เอาแต่ใจตนเอง มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ไม่ต้องการที่จะปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ของครอบครัวร่วมกับภรรยา ส่วนสามีที่วางแผนว่าจะมีบุตร จะรู้สึกรักภรรยามากขึ้นเพราะสามีมีบุตรให้กับครอบครัวได้ สามีกลุ่มนี้จะเห็นใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับภรรยาว่าเป็นสิ่งปกติ พยายามเรียนรู้วิธีปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและอารมณ์ของภรรยาในไตรมาสที่ 1 อาการคลื่นไส้ อาเจียนของภรรยาส่งผลให้สามีไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาได้เช่นเดิม โดยเฉพาะสามีที่ต้องการมีบุตรมาก จะลดการมีเพศสัมพันธ์ลงเนื่องจากกลัวว่าจะเกิดอันตรายกับทารกในครรภ์เกิดการแท้งตามมา

การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่บทบาทการเป็นบิดา การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่บทบาทการเป็นบิดา เริ่มมีการเตรียมตัวตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 และดำเนินต่อไปจนกระทั่งคลอด โดยการซักถามความรู้จากญาติที่อยู่ใกล้ชิดจากเพื่อนบ้าน อ่านหนังสือ ดูทีวี ฟังวิทยุ และนำมาปฏิบัติโดยดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือภรรยาตามความต้องการของภรรยา เตรียมค่าใช้จ่ายโดยการทำงานให้มากขึ้น ช่วยเหลือภรรยาจัดหาของใช้ที่จำเป็นสำหรับบุตร

2.7.7.2.2 ในไตรมาสที่ 2 การสร้างความสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ สามีที่ยอมรับการตั้งครรภ์ มักจะมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ ดังนี้

- แสดงความเป็นห่วงสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยซักถามภรรยาถึงการดิ้นของทารกในครรภ์ จัดหาอาหารที่มีประโยชน์มาให้ภรรยาเพื่อให้ทารกในครรภ์แข็งแรง ฝ้าสังเกตการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

- มีความรู้สึกตื่นเต้นต่อการดิ้นของทารกในครรภ์
- มีการสัมผัส ลูบหน้าท้องภรรยา สามีบางรายมีการจูบหน้าท้องของภรรยาพูดคุยกับทารกในครรภ์

การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเพศสัมพันธ์กับภรรยา ขนาดของครรภ์ที่ขยายใหญ่ขึ้น ทำให้สามีบางรายงดการมีเพศสัมพันธ์กับภรรยา เนื่องจากมีความเข้าใจผิดว่าจะทำให้เกิดอันตรายต่อภรรยาและทารกในครรภ์

2.7.7.2.3 ในไตรมาสที่ 3 สามีจะมีความพร้อมในการที่จะปฏิบัติบทบาทการเป็นบิดาในระดับหนึ่ง โดยมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถจะเป็นบิดาที่ดีของบุตรได้ สามีส่วนใหญ่จะรอคอยบุตรที่จะเกิดออกมา มีการเตรียมตั้งชื่อบุตร เตรียมค่าใช้จ่ายและการเลี้ยงดูบุตรไว้

แล้ว เตรียมสิ่งของต่างๆ ที่จะต้องนำมาโรงพยาบาลร่วมกับภรรยา มีการวางแผนที่จะพาภรรยาไปโรงพยาบาลให้ทันเวลา ไม่แน่ใจว่าตนเองจะสามารถให้ความช่วยเหลือภรรยาขณะเจ็บครรภ์คลอดก่อนนำส่งโรงพยาบาลได้หรือไม่ เนื่องจากสามีส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดของภรรยา

### 3. ภาวะความสุขกับการตั้งครรภ์

บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี มีความสุขคือคนที่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีบุคลิกภาพของบุคคลที่สมบูรณ์ มีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่เป็นสุข (happy disposition) บุคคลจะมีความพึงพอใจ มีความสุขถ้าเขามีความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับสิ่งที่ได้มาหากสองสิ่งนี้ไม่สมดุลบุคคลจะเกิดความทุกข์นั้นหมายถึงบุคคลไม่สามารถยอมรับประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ เป็นผลให้เกิดความเครียดทางจิตใจ<sup>(18)</sup>

ในหญิงตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ถือเป็นภาวะวิกฤติตามพัฒนาการของชีวิต เนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามปกติของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญหรือเป็นจุดที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิต และขณะเดียวกันการตั้งครรภ์อาจเป็นได้ทั้งภาวะวิกฤติตามสถานการณ์อันเกิดขึ้นอย่างกะทันหันเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง<sup>(4)</sup> ดังจะเห็นได้ว่าในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalence) ในความต้องการและไม่ต้องการที่จะมีบุตรทำให้เกิดความไม่มั่นใจในความต้องการและสิ่งที่ได้มา ซึ่งส่งผลต่อภาวะความสุขในขณะตั้งครรภ์ ดังที่ Paffenbarger กล่าวว่าเป็นการยากในการที่จะป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตใจในหญิงระยะตั้งครรภ์ เขาได้ศึกษาใน American Mental Hospital ซึ่งบันทึกข้อมูลจากคนไข้ที่เข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรกในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดแล้ว 6 เดือนและรายงานว่าอาการเริ่มแรกของการเจ็บป่วยทางจิตระยะตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์ 5 ต่อ 10,000 คนและสูงขึ้นในระยะหลังคลอด เป็น 19 ต่อ 10,000 คน ซึ่งอุบัติการณ์ของ psychosis กับ neurosis ในการสำรวจลักษณะคล้าย ๆ กันของ Pags และคณะ พบว่าการเจ็บป่วยทางจิตในระยะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดน้อยกว่าระยะหลังคลอดแต่การศึกษาทั้งสองอย่าง แสดงให้เห็นว่าในระยะตั้งครรภ์นั้น ควรจะมีการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต<sup>(49)</sup>

การตั้งครรภ์ไม่ได้ส่งผลกระทบทางบวกหรือลบแก่หญิงตั้งครรภ์เท่านั้นยังเกี่ยวข้องกับสามี ญาติ พี่น้อง และสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย ซึ่งสมาชิกเหล่านั้นจะตั้งมีการปรับตัว เปลี่ยนแปลงบทบาทและการดำเนินชีวิตเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ ความสามารถในการปรับตัวและ

เผชิญภาวะต่าง ๆ ในระหว่างการตั้งครรภ์จะแตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัว สามีและผู้ใกล้ชิดจะเป็นผู้ที่มึบทบาทสำคัญในการส่งเสริมช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถปรับตัวและปฏิบัติตนได้เหมาะสม ส่งเสริมให้เกิดความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะของความวิตกกังวล ความเครียด หรือวิตกไปได้ด้วยดี<sup>(4)</sup> ซึ่งจะทำให้ลดปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดได้ เพราะสภาพร่างกายและอารมณ์ของทารกมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ของมารดาขณะตั้งครรภ์<sup>(51)</sup> การมีอารมณ์ทางลบอันได้แก่ความเครียดและความวิตกกังวล รวมทั้งความซึมเศร้า จะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ได้ เช่น ภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ทารกมีความพิการแต่กำเนิด คลอดก่อนกำหนด<sup>(6) (52)</sup> และมีรายงานการวิจัยว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความสุขในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งก็คือการเกิดภาวะความเครียดส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย (low birthweight) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเกิดความเครียดขึ้นจะเกิดที่ศูนย์ความเครียดใน Hypothalamus ซึ่งจะกระตุ้นให้ neurosecretory cell หลั่ง CRH (Cortisol releasing hormone) และไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior pituitary) ให้หลั่ง ACTH ACTH จะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอก (Adrenal cortex) ให้หลั่ง Cortisol หรือฮอร์โมนเครียดออกมา<sup>(30)</sup> ซึ่งจะส่งผ่านไปยังทารก ทำให้มีผลต่อการหดตัวของมดลูกและมีผลต่อปริมาณของเลือดรวมทั้งออกซิเจนที่มาหล่อเลี้ยงทารกเป็นเหตุให้เกิดอันตรายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wadhwa และคณะ (อ้างใน ชมพูนุช โสภางรีย์) ที่กล่าวว่าแม้จะยังไม่มีความชัดเจนนัก ในความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของมารดากับผลที่กระทบไปยังทารกในครรภ์ แต่การมีระดับของ CRH และ ACTH สูงในขณะตั้งครรภ์ น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับทารกที่คลอดออกมา โดยเฉพาะการมีน้ำหนักตัวน้อยและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอัตราการตายคลอด (stillbirth) สูงขึ้น<sup>(53)</sup> ซึ่งในทางกลับกันการตายคลอด (stillbirth) ก็ส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของหญิงตั้งครรภ์เช่นกัน ดังการศึกษาของ Hughes PM และคณะ ที่ทำการศึกษาดังภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลแบบ cohort study ในหญิงตั้งครรภ์ 120 คน โดย 60 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดการตายคลอดของทารก เมื่อมีอายุครรภ์หลัง 18 สัปดาห์ในครรภ์ก่อน และอีก 60 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เกิดการตายคลอดของทารก ซึ่งจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม โดยใช้ Edinburgh postnatal depression scale ,Beck depression inventory และ Spielberger state-trait anxiety scale เป็นตัววัด ซึ่งศึกษาในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์, 6 เดือน และ 1 ปี พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติการตายคลอด (Stillbirth) ของทารกในครรภ์ก่อน มีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลแบบ state สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภาวะซึมเศร้ากับความวิตกกังวลจะส่งผลต่อมารดาและทารกในครรภ์<sup>(54)</sup>

การมีความสุขจึงถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อหญิงมีครรภ์ เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปอย่างปกติสมบูรณ์และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะวิกฤติ ซึ่งการที่มารดาทุกคนมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีในระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้จะทำให้ทั้งมารดาและทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### 4. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์

การที่หญิงตั้งครรภ์ จะมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้มากหรือน้อยย่อมเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม สารเคมีและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความเชื่อและวัฒนธรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ปัจจัยพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ จะมีอิทธิพลต่อหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ดังนี้

4.1.1 อายุ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี เรียกว่า มีการตั้งครรภ์วัยรุ่น (teenage pregnancy) มักจะมีปัญหาต่อการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ เช่น ขนาดของหน้าท้องที่ขยายใหญ่ขึ้น การมีฝ้าขึ้นบนใบหน้า การมีอารมณ์โกรธง่าย ความไม่พอใจต่อภาพลักษณ์ของการตั้งครรภ์ การยอมรับการตั้งครรภ์ ในรายที่ไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ มักจะมีผลต่อการเอาใจใส่สุขภาพขณะตั้งครรภ์ เช่น การได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะโลหิตจาง การที่กระดูกเชิงกรานยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ อาจทำให้มีการคลอดล่าช้า เนื่องจากศีรษะทารกในครรภ์ไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน การคลอดก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ การทำงานที่ไม่เป็นปกติในระยะคลอดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์แรกเมื่ออายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปี (elderly primigravidarum) จะต้องดูแลตนเองเกี่ยวกับการคลอดเป็นพิเศษ เพราะมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับช่องทางคลอดที่ยืดหยุ่นไม่ดี มีปัญหาคลอดบุตรพิการ เป็นต้น

4.1.2 ระดับการศึกษา ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีระดับการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองได้ดี เนื่องจากการศึกษา จะทำให้บุคคลมีโอกาสใช้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองถูกต้องเหมาะสมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

4.1.3 ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ภาวะสุขภาพก่อนและขณะตั้งครรภ์ การเจ็บป่วยหรือการผ่าตัดในอดีต อาจมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ หรือขณะคลอด

บุตรได้ เช่น โรคหัวใจ โรคภัยรอบด์ โรคไต เป็นต้น การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การติดเชื้อหัดเยอรมันขณะตั้งครรภ์ก่อน 2 เดือน จะทำให้ทารกมีความพิการทางหู และเป็นโรคหัวใจได้ ประวัติการตั้งครรภ์ที่มีการแท้งติดกัน 3 ครั้งขึ้นไป ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องก็อาจจะทำให้เกิดการแท้งซ้ำขึ้นอีกได้ การตั้งครรภ์ที่ห่างกันน้อยกว่า 1 ปี จะมีผลให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเกิดขึ้นได้ การคลอดหลายครั้งอาจทำให้เกิดภาวะรกเกาะต่ำ และตกเลือดในระยะหลังคลอดได้ ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์จะต้องตระหนักถึงภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

4.1.4 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีการแสดงออก โดยการแสดงความรัก ความห่วงใย ช่วยเหลือให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องแก่บุคคลอื่น ในสังคมไทยมีลักษณะของสังคมที่มีความผูกพันในเครือข่ายสังคมอย่างแน่นหนา การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญมากต่อหญิงตั้งครรภ์ เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม House ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้<sup>(5)</sup>

4.1.4.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกว่าได้ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การยอมรับจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ทำให้เกิดความอบอุ่น ความสบายใจ ซึ่งมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ได้อย่างเหมาะสม

4.1.4.2 การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับในพฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตามความเชื่อต่างๆ ต่อการตั้งครรภ์ ต่อการตั้งครรภ์ ทั้งในด้านที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม การได้รับข้อมูลย้อนกลับทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินตนเองกับหญิงตั้งครรภ์คนอื่นในสังคม ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

4.1.4.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกว่าได้รับข้อมูลที่มีประโยชน์ สามารถเป็นแนวทางในการปรับตัว และนำไปปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ จากบุคคลที่หญิงตั้งครรภ์ศรัทธา

4.1.4.4 การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกว่าได้ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ เงิน ตามความต้องการ เช่น อาหาร เสื้อผ้า ของใช้ทารก การแบ่งเบาภาระงานบ้านที่หญิงตั้งครรภ์ทำได้ไม่สะดวก บุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่หญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ครอบครัวสายตรง เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ชมรมสมาชิก ต่าง ๆ ตลอดจน กลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น การสนับสนุน

ทางสังคมมีผลต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ช่วยลดความเครียด ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีอาการที่มั่นคง มีพฤติ-กรรมสุขภาพในทางที่ดี

4.1.5 เจตคติต่อการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความคิดเห็นและความเชื่อต่อการตั้งครรภ์ในทางที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจย่อมปรับตัวและสามารถปฏิบัติตัวในขณะที่ตั้งครรภ์ได้ดี สามารถยอมรับการตั้งครรภ์และมีการเตรียมตัวเพื่อรับบทบาทการเป็นมารดาได้

4.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมของครอบครัว การตั้งครรภ์จะต้องมีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาเกี่ยวกับรายได้ที่ลดลงของครอบครัว มีปัญหาสามีที่ทอดทิ้งหรือชอบเล่นการพนัน ย่อมทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเครียดสูง ซึ่งมีผลกระทบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมด้านอารมณ์ของทารกในครรภ์ การที่การตั้งครรภ์ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมและครอบครัว ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลและมีปัญหาการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ในขณะที่ตั้งครรภ์ ไม่สามารถเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่ บทบาทการเป็นมารดาได้

4.3 ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการแท้ง การมีทารกตายในครรภ์ และการคลอดทารกที่มีความพิการหรือมีความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น บุตรปัญญาอ่อน การตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มักพบว่า ทารกในครรภ์จะมีความผิดปกติสูง ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีการให้คำปรึกษาก่อนการสมรส และการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาโรคธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์แรกทุกรายโดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์และในครรภ์หลังอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 สัปดาห์ นับว่ามีประโยชน์มากในการลดอุบัติเหตุการณ์เกิดโรค ทำให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความตระหนักและระมัดระวังโรคทางพันธุกรรมเพิ่มขึ้น

4.4 สารเคมีและสิ่งแวดล้อม ในการเจริญเติบโตของทารกจะดำเนินไปอย่างสมบูรณ์จำเป็นต้องมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโต โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะต้องระวังตนเองที่จะหลีกเลี่ยงการได้รับสารเคมี ซึ่งได้แก่ ยาต่างๆ รั้งสี บุหรี่ สารเสพติด ฯลฯ หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย เพราะมีผลต่อการสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของทารก เช่น การได้รับรังสีโดยไม่ทราบว่ามี การตั้งครรภ์ อาจมีผลทำให้เกิดความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ได้ การใช้ยาขับประจำเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือการทำงานในที่ที่มีสารพิษ เช่น ตะกั่ว สารปรอท ยาปราบศัตรูพืช ล้วนมีผลต่อทารกทั้งสิ้น

4.5 ความเชื่อและวัฒนธรรม ความเชื่อและวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในแต่ละชุมชน ย่อมส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์แตกต่างกันตามค่านิยม ความเชื่อของแต่ละสังคม ความเชื่อบางอย่างไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เช่น การไม่เตรียมของใช้ก่อนคลอด ความเชื่อที่พบได้บ่อย ๆ ได้แก่ การไม่รับประทานอาหารมากจะทำให้เด็กตัวโตคลอดยาก ห้ามรับประทานกล้วยแปด เพราะจะทำให้เด็กติดกัน ห้ามดูคนพิการ สิ่งของที่ไม่วางงาม เพราะจะทำให้จิตใจไม่สบาย ห้ามเตรียมเสื้อผ้า สำหรับเด็กก่อนคลอดเพราะจะทำให้เด็กตาย ให้ดื่มน้ำมะพร้าวมาก ๆ ลูกออกมาจะผิวสวย ตัวขาว มีไขมันติดตัวน้อย เวลาออกนอกบ้านให้ติดเข็มกลัดซ่อนปลาย เพื่อป้องกันภูติผีต่าง ๆ เป็นต้น

## 5. บุคลิกภาพกับความสุข

### 5.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพของ Han J. Eysenck <sup>(55)</sup>

Han J. Eysenck นักจิตวิทยาชาวอังกฤษเกิดที่เยอรมันแล้วไปอยู่ที่อังกฤษเขาศึกษาบุคลิกภาพโดยใช้ทฤษฎีและการทดลองเขามุ่งงานวิจัยมากมายซึ่งทำการศึกษาทั้งคนปกติและคนป่วยส่วนมากจะทำการศึกษาที่ Maudsley Hospital ซึ่งเป็น Institute of Psychiatry ในประเทศอังกฤษ

Eysenck เชื่อว่าทฤษฎีบุคลิกภาพส่วนมากมีความซับซ้อนและขาดรูปแบบ (form) อย่างมาก Eysenck พยายามสร้าง concept ที่ง่ายและชัดเจนตามหลักของวิทยาศาสตร์ จากผลดังกล่าวทำให้ ทฤษฎีของเขามี dimension ใหญ่เพียงเล็กน้อย Eysenck กล่าวว่า เป็นการดีที่ทฤษฎีที่ธรรมดาและชัดเจน ดีกว่าจะจับทุกสิ่งทุกอย่างแต่ใช้ทำนายไม่ได้หรือไม่ชัดเจน นอกจากนี้ Eysenck และ Cattell ยังไม่เป็นด้วยกับการบรรยายบุคลิกภาพด้วยวิธีแบบ qualities หลาย ๆ วิธีในสมัยก่อน แต่พวกเขาเห็นด้วยกับการวัดด้วยหลักทางวิทยาศาสตร์ Eysenck กล่าวว่า Taxonomy หรือการแบ่งพฤติกรรมแบบหยาบ ๆ เป็นขั้นแรกในการแบ่งบุคลิกภาพ แต่การใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ เป็นเครื่องมือในขั้นต่อไป

การวิเคราะห์องค์ประกอบ เป็นวิธีทางสถิติ ซึ่งใช้วิเคราะห์ตัวแปรทางจิตวิทยาการศึกษาหรือตัวแปรใด ๆ ก็ตามที่เราสามารถวัดหรือสังเกตมาได้ จากการศึกษาหลาย ๆ ครั้ง หลาย ๆ ด้าน ในคนจำนวนมากแล้วนำมาหาความสัมพันธ์ จะพบว่าบางตัวแปรมีสหสัมพันธ์กันสูงบางตัวแปรก็ไม่มีสหสัมพันธ์กันการที่ตัวแปรเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กันสูงย่อมแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวแปรเหล่านั้น มีบางสิ่งบางอย่างที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่นักวิเคราะห์องค์ประกอบต้องการทราบเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถเลือกเอาเฉพาะบางตัวแปรไปอธิบายหรือพยากรณ์สิ่งต่าง ๆ ได้



ในการประเมินบุคลิกภาพ Eysenck ใช้แบบสอบถาม การรายงานตนเอง (self-ratings) การรายงานจากคนอื่น การทำแบบทดสอบพฤติกรรม (Objective behavior test) การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิตใจ ประวัติส่วนตัว และประวัติต่าง ๆ ทั้งนี้ Eysenck เชื่อว่าแต่ละวิธีมีจุดอ่อนในตัวเอง เช่น การรายงานตนเอง (self-ratings) ผู้ตอบจะมี bias ในการตอบ ดังนั้นการที่จะประเมินใครสักคนควรจะทำให้ถูกวิธี และทุกรูปแบบเท่าที่จะสามารถรวบรวมได้

## 5.2 องค์ประกอบของบุคลิกภาพ

Eysenck กล่าวว่า บุคลิกภาพประกอบด้วย การแสดง และข้อกำหนดขององค์ประกอบที่มีอยู่ในคนทั่ว ๆ ไป ประกอบด้วย 4 ระดับคือ

5.2.1 การตอบสนองเชิงพฤติกรรม (Specific responses) เป็นพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือต่อประสบการณ์ชีวิตประจำวัน ซึ่งครั้งหนึ่งเคยสังเกตเห็นได้ อาจใช่หรือไม่ใช่ลักษณะเฉพาะของบุคคลก็ได้

5.2.2 การกระทำอันเป็นนิสัย (habitual responses) เป็นการตอบสนองเชิงพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นซ้ำ ภายใต้สถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันหรือเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นแล้วครั้งหนึ่ง ทุกคนจะมีพฤติกรรมโต้ตอบในลักษณะที่คล้ายกับครั้งแรก ๆ เป็นการจัดระบบต่ำสุด ปริมาณของการจัดระบบสามารถจัดได้ในรูปแบบของสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น เช่น วัตออกมาในรูปของโอกาสที่จะเป็นไปได้ (Probability) ที่พฤติกรรมจะคงเส้นคงวาในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ

5.2.3 ลักษณะของบุคลิกภาพ (Trait) เป็นการรวมพฤติกรรมในระดับการกระทำอันเป็นนิสัยขึ้น เป็นลักษณะบุคลิกภาพและเป็นกลุ่มของพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

5.2.4 แบบของบุคลิกภาพ (Type) เป็นการรวมลักษณะบุคลิกภาพขึ้นเป็นแบบของบุคลิกภาพการจัดแบบ ขึ้นอยู่กับค่าสหพันธ์ภายในที่สังเกตเห็นได้ของลักษณะนิสัยที่แตกต่างกันกลุ่มหนึ่ง

Lazerson กล่าวว่า Eysenck ใช้ factor analysis จากแบบสอบถามบุคลิกภาพในประชาชนทั่ว ๆ ไป พบลักษณะใหญ่ ๆ 3 แบบ คือ

1. Introversion-Extraversion
2. Neurticism – Stability
3. Psychoticism

สำหรับกลุ่มปกติแล้ว ใน 2 แบบแรก เป็นลักษณะพื้นฐานของบุคลิกภาพ และเป็นตัวชี้ให้เข้าใจถึงพฤติกรรมได้อย่างกว้างขวาง dimension ทั้ง 2 แบบเป็นอิสระจากกัน

Eysenck ได้บรรยายลักษณะของแบบบุคลิกภาพ ไว้ดังนี้

- บุคลิกภาพแบบชอบเก็บตัว (Introversion) คือบุคลิกภาพที่มีลักษณะเงียบเฉย ชอบเก็บตัว เบื่อ ไม่ชอบสังสรรค์กับคนอื่น ๆ มองเข้าสู่ตนเอง ชอบอ่านหนังสือ และค้นคว้าตามลำพังมากกว่าที่จะทำงานร่วมกับคนอื่นสนิทกับคนยากมีการเตรียมก่อนทำทำอะไรเต็มไปด้วยความระมัดระวังเกินไป ไม่ชอบกิจกรรมที่ตื่นเต้น โลกโผน ดำเนินชีวิตประจำวันด้วยความเคร่งขรึม ชอบความเป็นระเบียบเรียบร้อย ควบคุมความรู้สึกพอใจไม่พอใจไว้ได้มาก มีพื้นฐานอารมณ์ไม่เปลี่ยนแปลงง่าย คุ้นเคยถือ บางครั้งมองแต่ในแง่ร้าย ยึดถือแบบมาตรฐานจรรยาบรรณของสังคมมาก

- บุคลิกภาพแบบชอบแสดงตัว (Extraversion) คือบุคลิกภาพที่มีลักษณะการแสดงออกที่มีอหยาตย์ไมตรี ชอบเข้าสังคม มีเพื่อนมาก ชอบพูดคุยกับคนอื่น ไม่ชอบทำงานตามลำพัง ชอบทำกิจกรรมที่ให้ความตื่นเต้น ชอบเสียง ทำอะไรทันพลัน ค่อนข้างผลุนผลัน ชอบทำตลกขบขัน ไม่ชอบความจำเจ ไม่มีความกังวล ชอบทำตามตามสบาย เข้าไหนก็ได้ มักมองแต่ในแง่ดี ชอบสนุก ร่าเริง มีแนวโน้มที่จะแสดงความก้าวร้าวและความรู้สึกออกมาตรง ๆ ไม่ค่อยน่าเชื่อถือ

- บุคลิกภาพแบบที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism) คือบุคลิกภาพที่มีลักษณะอารมณ์รุนแรง อ่อนไหวง่าย คิดไม่จักจบ มีความรับผิดชอบเกินตัวรู้สึกวิตกกังวลต่อทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น แม้ในสถานการณ์ที่รู้ว่าไม่เป็นอันตราย ไม่สามารถทนต่อสภาวะที่มีความเครียดมาก ๆ ได้ และมักมีอาการที่แสดงออกมาทางร่างกาย

- บุคลิกภาพแบบที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Stability) คือบุคลิกภาพที่มีลักษณะที่มีสุขภาพจิตดี มีสุขภาพของอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและการกระทำที่ดี รวมทั้งมีการปรับตัวให้อยู่ในสภาพแวดล้อมได้ด้วยดี

Myers และ Veenhoven กล่าวว่าลักษณะของบุคลิกภาพ (trait) และพฤติกรรม (behavior) มีความสัมพันธ์กับภาวะความสุขโดยบุคคลพวกที่ชอบมองเข้าสู่ตัวเอง มองโลกในแง่ร้ายและพวกซึมเศร้า ซึ่งมักจะครุ่นคิดถึงเรื่องราวต่าง ๆ แยกตัว ซบเซา แต่บางรายก็หงุดหงิด โกรธ ใญ่จะถูกลังคมรังเกียจ และบุคคลเหล่านี้จะไม่เคยรู้สึกว่าจะมีความสุขหรือสนุกสนาน ซึ่งต่างกับบุคคลที่มีความสุขโดยสิ้นเชิง เพราะบุคคลเหล่านี้จะมีอิทธยาศัยไมตรี ชอบเข้าสังคม มีพลัง มีความคิดสร้างสรรค์ ไม่โลเล มีความหนักแน่นในอารมณ์<sup>(56) (57)</sup>

## 6. ความพึงพอใจในชีวิตสมรสกับภาวะความสุข<sup>(58)</sup>

คำว่า ความพึงพอใจในชีวิตสมรส (marital satisfaction) ความสุขในชีวิตสมรส (marital happiness) และการปรับตัวในชีวิตสมรส (marital adjustment) 3 คำนี้ มีการใช้แทนกันบ่อยมากในวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชีวิตสมรส การให้ความหมายของคำเหล่านี้ค่อนข้างจะเป็นเรื่องยากพอสมควร แต่ก็พอจะให้ความหมายได้โดยพิจารณาถึง 3 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ บรรทัดฐานทางสังคม (cultural norms) การประเมินตามความนึกคิดของตนเอง (subjective evaluation) และการใช้เครื่องชี้วัดเฉพาะลงไป (specific indices) ดังนี้ (Coleman)

บรรทัดฐานทางสังคม (cultural norms) บุคลิกจะประเมินความพึงพอใจในชีวิตสมรสของตนอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และพื้นฐานทางสังคมของเขา รวมทั้งขึ้นอยู่กับอิทธิพลของสื่อสารมวลชนโรงเรียนการสังเกตแบบอย่างจากคนอื่นรวมทั้งบิดามารดาของตน ความเชื่อทางศาสนา มาตรฐานจากกลุ่มเพื่อน และประสบการณ์ส่วนตัวที่มีกับเพศตรงข้าม ประสบการณ์การเรียนรู้เหล่านี้ทำให้บุคคลมีมาตรฐานที่แตกต่างกันไป ในเรื่องความพึงพอใจในชีวิตสมรสขึ้นอยู่กับบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมของบุคคลนั้น ๆ ดังนั้นความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของแต่ละฝ่ายในชีวิตสมรส ความเท่าเทียมกัน รวมทั้งความพึงพอใจในชีวิตสมรสจึงแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม แต่ละชุมชน และแต่ละบุคคล

การประเมินตามความนึกคิดของตนเอง (subjective evaluation) ความพึงพอใจในชีวิตสมรสขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของคนทีสมรสแล้ว ซึ่งเป็นการประเมินตามความนึกคิด (subjective) ของตนเอง สิ่งที่คนหนึ่งคิดว่าดีต่อชีวิตสมรสอาจเป็นสิ่งที่ไม่ดีในชีวิตสมรสของอีกคนหนึ่งก็ได้ การประเมินความพึงพอใจในชีวิตสมรสตามความคิดเห็นของตนเองนี้ มีผู้วิจัยพบว่าภรรยาที่มีความพึงพอใจที่ต่ำกว่าสามี (Schum)

เครื่องชี้วัดที่เฉพาะ (specific indices) เป็นการประเมินชีวิตสมรสโดยหาปัจจัยบางอย่างที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตสมรส เช่น งานวิจัยในช่วงแรก ๆ พบว่า สิ่งชี้วัดตัวหนึ่งที่มีความสำคัญมาก สามารถทำนายถึงความพึงพอใจในชีวิตสมรสได้ดี คือปัจจัยทางสังคมของบุคคล (Burgess and Wallin) แต่งานวิจัยในปัจจุบันมักคำนึงถึงสิ่งชี้วัดที่เป็นปัจจุบันมากกว่า และพบว่า สิ่งที่มีความสัมพันธ์กับชีวิตสมรส ได้แก่ ความรักความห่วงใย การบรรลุวุฒิภาวะทางอารมณ์ และบทบาททางเพศของแต่ละฝ่าย ซึ่งการระบุถึงเครื่องชี้วัดเฉพาะเจาะจงลงไปนั้น ทำให้วัดความพึงพอใจออกมาเป็นรูปเป็นร่าง (objective) ได้ชัดเจนขึ้น แต่ก็ยังมีปัญหาอยู่คือ เครื่องชี้วัดที่บอกว่าความพึงพอใจสำหรับคนหนึ่งอาจมีความหมายตรงข้ามในอีกฝ่ายหนึ่งได้

ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตสมรสนั้น ยังไม่มีการสรุปที่แน่นอนว่าควรประกอบด้วยความรู้สึกต่อชีวิตสมรสในด้านใดบ้าง ทั้งนี้เพราะความพึงพอใจนั้นเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทำให้ระยะเริ่มแรกของการศึกษาในเรื่องความพึงพอใจในชีวิตสมรส ความสำเร็จในชีวิตสมรส ความสุขและการปรับตัวในชีวิตสมรสนั้น ผู้ศึกษาส่วนใหญ่ได้ใช้คำต่าง ๆ เหล่านี้ปะปนกันและให้นิยามที่คล้ายคลึงกันมาก (Burr) ต่อมา Smart and Smart ได้อธิบายความสัมพันธ์ของคำต่าง ๆ เหล่านี้ไว้ โดยสรุปว่าการปรับตัวเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเมื่อประสบความสำเร็จแล้วจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจหรือความสุข อย่างไรก็ตามความหมายของความพึงพอใจในชีวิตสมรสนั้นยังคงแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ดังนี้

Hawkins ให้คำจำกัดความว่า ความพึงพอใจในชีวิตสมรส เป็นความรู้สึกส่วนบุคคลในความสุข ความพอใจและความสนุกสนานที่ได้รับจากคู่สมรสเมื่อพิจารณาชีวิตสมรสในด้านต่าง ๆ ทั้งหมด ความพึงพอใจนี้สามารถเปลี่ยนแปลงจากปริมาณมากที่สุดถึงน้อยที่สุดได้ตลอดช่วงเวลานึ่ง

Burr อธิบายว่าความพึงพอใจในชีวิตสมรสเป็นภาวะที่บุคคลแต่ละคนรับรู้ต่อระดับความสำเร็จในชีวิตตามเป้าหมายที่กำหนด หรือพึงปรารถนาในแง่มุมต่าง ๆ ที่บุคคลนั้นให้การเอา ใจใส่หรือคำนึงถึง

Roach อธิบายการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสัมพันธภาพในครอบครัวในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ว่าเป็นเรื่องที่น่าสนใจหรือไม่น่าสนใจเพียงใด ความพึงพอใจนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว

Rhine อธิบายว่าความพึงพอใจในชีวิตสมรสเป็นสภาวะการณที่เกิดขึ้นโดยคู่สมรส ในการมีปฏิสัมพันธ์ การพูดคุยสนทนา รวมตลอดทั้งรูปแบบของพฤติกรรมและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามช่วงชีวิตของบุคคล

Bahr อธิบายว่าความพึงพอใจในชีวิตสมรสเป็นระดับของความรู้สึกส่วนบุคคลในการประเมินคุณภาพของชีวิตสมรสโดยรวม เป็นระดับที่แสดงถึงความสมหวังตามความต้องการ ความคาดหวัง และความปรารถนาในชีวิตสมรส

Moor อธิบายว่า ความพึงพอใจในชีวิตสมรสนั้น จะต้องประกอบด้วยสัมพันธภาพ ที่มีพื้นฐานของเสรีภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ต่อดีของกันและกัน การร่วมมือร่วมใจกันของคู่สมรส และการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งประสบการณ์ต่างๆ ที่สนับสนุนให้เกิดปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น

ลักษณะของคู่สมรสที่มีความพึงพอใจในชีวิตสมรสนั้น มักจะเข้ากันได้ดีและมีความสุข เขาจะตอบรับเมื่อมีผู้ถามคำถาม เช่น “สมมติว่าคุณกลับเป็นโสดได้ใหม่ คุณจะเลือกแต่งงานกับคู่สมรสคนปัจจุบันของคุณไหม” อย่างไรก็ดี ชีวิตสมรสของคู่ที่ตอบรับคำถามข้างต้น ไม่จำเป็นต้องปราศจากความขัดแย้งใด ๆ เขาอาจมีความแตกต่างหรือขัดแย้งกันบ้าง แต่สิ่งที่พอใจมีมากกว่าสิ่งที่ไม่พอใจ หรือสิ่งที่ไม่พอใจกันและกันนั้นไม่สำคัญจนคู่สมรสมองข้ามเสียได้

ประวัติของการศึกษาเรื่องความพึงพอใจในชีวิตสมรสนั้น มีมาตั้งแต่ในช่วงปี 1930 งานวิจัยชิ้นแรก ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ ได้แก่งานของ Burgess and Cottrell ซึ่งศึกษาอยู่ที่ Chicago งานวิจัยของเขามีชื่อว่า Predicting Success or Failure in Marriage พิมพ์เมื่อปี 1939 กลุ่มตัวอย่างคู่สมรสจำนวน 526 คู่ ที่แต่งงานกันมาแล้วตั้งแต่ 1-6 ปี วิธีการศึกษาทำโดยให้กลุ่มตัวอย่างจัดระดับของความสุขในชีวิตสมรส โดยใช้สเกล 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีความสุขเลย จนถึงมีความสุขมากที่สุด จากนั้นก็นำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบวัดการปรับตัวในชีวิตสมรสขึ้นมา โดยใช้ข้อมูลในด้านต่าง ๆ ของสัมพันธภาพในชีวิตสมรส ที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสุขในชีวิตสมรส ได้แก่ การมีความเห็นคล้ายกันในเรื่องต่าง ๆ การมีความสนใจและมีกิจกรรมร่วม

กัน การแสดงความรักความห่วงใยต่อกันบ่อย ๆ และการไม่มีช่วงเวลาที่อยู่ห่างหรือไม่มีความสุข วัตถุประสงค์เป็นคะแนนรวมแล้วนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของการปรับตัวในชีวิตสมรส กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตัวบุคคล สังคม และปัจจัยทางด้านประชากรอื่น ๆ ในการวิจัยครั้งนั้น Burgess and Cottrell พบว่ามีปัจจัยบางตัวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการปรับตัวในชีวิตสมรส ปัจจัยสำคัญที่สุดก็คือ การมีความคล้ายคลึงกันของพื้นฐานทางครอบครัวของคู่สมรส โดยถ้ายิ่งมีความคล้ายคลึงกันมากเท่าใดก็ยิ่งมีการปรับตัวในชีวิตสมรสที่ดีมากยิ่งขึ้นเท่านั้น ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การแต่งงานกันในช่วงอายุ 22-30 ปี การคบหากันมานานก่อนแต่งงาน การเข้าสังคมเก่ง และระดับการศึกษาที่สูงของคู่สมรส เป็นต้น

ในช่วงเวลาใกล้เคียงกันนั้น ก็ได้ศึกษาถึงการปรับตัวในชีวิตสมรสใน California เมื่อปี 1938 งานวิจัยของเขาชื่อ Psychological Factors in Marital Happiness กลุ่มตัวอย่างของเขาเป็นคู่สมรสจำนวน 792 คู่ ซึ่งเป็นชนชั้นกลางใน Los Angeles ที่แต่งงานกันมาแล้วเฉลี่ย 11 ปี Terman ได้ให้ความสนใจมากเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านบุคลิกภาพที่มีผลต่อการปรับตัวในชีวิตสมรส เขาได้สร้างแบบวัดการปรับตัวในชีวิตสมรสขึ้นมาอีก ซึ่งวิธีการสร้างแตกต่างจากของ Burgess and Cottrell เขาใช้แบบวัดนี้แล้วสามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีความสุขในชีวิตสมรส จำนวน 300 คู่ กับไม่มีความสุข จำนวน 150 คู่ จากนั้นนำข้อมูลของทั้ง 2 กลุ่มมาเปรียบเทียบกันในด้านลักษณะทางบุคลิกภาพกับปัจจัยทางสังคมบางอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะบุคลิกภาพของภรรยาที่มีความสุขในชีวิตสมรสนั้น เป็นแบบมองโลกในแง่ดี ให้ความร่วมมือ มีอารมณ์ขัน มีความยืดหยุ่นได้ดี มีความมั่นใจในตัวเอง มีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ส่วนภรรยาที่ไม่มีความสุขพึงพอใจในชีวิตสมรสนั้น มีบุคลิกภาพแบบ ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ หวาดผวา รู้สึกต่ำต้อย ไม่รับฟังความคิดเห็นของคนอื่น อารมณ์โมโหร้าย ตื่นเต้น เกินเหตุ

ทั้งงานวิจัยของ Burgess and Cottrell และของ Terman นั้น เป็นที่น่าสนใจว่า ถึงแม้จะทำในสถานที่ที่ต่างกันและใช้วิธีการต่างกัน แต่ผลที่ได้นั้นก็มีความใกล้เคียงกันมาก งานวิจัยทั้ง 2 ชิ้น ต่างพบว่า คู่สมรสที่มีคะแนนการปรับตัวในชีวิตสมรสสูง หรือมีคะแนนของความพึงพอใจในชีวิตสมรสสูงนั้น เป็นบุคคลที่มีการปรับตัวได้ดีในสถานการณ์ต่าง ๆ บรรลุวุฒิภาวะ มีความมั่นคงทางอารมณ์ และมาจากครอบครัวที่พ่อแม่มีความสุขในชีวิตสมรส งานวิจัยของนักวิจัยคนอื่น

ๆ ที่ทำกันต่อมาในยุคหลัง ๆ ก็มีผลการวิจัยที่ตรงกันกับงานวิจัยทั้ง 2 ชิ้นนี้ เช่น งานวิจัยของ King, 1952; Locke, 1951; Karlsson, 1951; Burgess & Wallin, 1953

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยภายในประเทศ

เพ็ญศรี โพธิ์อุบล ศึกษาเปรียบเทียบภาพลักษณ์ของหญิงระยะตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของตนเองและสามีในแต่ละกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ โดยกลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์และสามีจำนวน 180 คู่ โดยหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร สุ่มเลือกมา 4 โรงพยาบาล พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาพลักษณ์ของหญิงระยะตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของตนเองเป็นไปในทางบวกในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยของภาพลักษณ์ของหญิงระยะตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของสามีเป็นไปในทางบวกในระดับมากและปานกลาง <sup>(16)</sup>

รวีวรรณ พงษ์เทพ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส สามารถทำนายความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ ได้ร้อยละ 48.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 <sup>(6)</sup>

นราภรณ์ ชาญชัย ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด และศึกษาปัจจัยที่มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรก และอายุครรภ์อยู่ในระยะไตรมาสที่ 3 (36-40 สัปดาห์) ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ ตลอดจนคลอดและกลับมาตรวจสุขภาพตามปกติ หลังคลอดแล้ว 1 เดือน ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 161 คน ในจำนวนนี้ผู้วิจัยสามารถติดตาม กลุ่มตัวอย่างได้ครบเพียง 156 คน คิดเป็นร้อยละ 96.89 พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ปัจจัยด้านอารมณ์และสังคม มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ

ซึ่มเศร่าในระยะตั้งครรรค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยด้านร่างกาย อารมณั และสังคมี ส่วนสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึ่มเศร่า ในระยะหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(38)</sup>

วารี นานา ศึกษาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอดระยะต้น โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,000 คน ที่มาทำการคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณั และโรงพยาบาลราชวิถี ณ เวลาที่ทำการศึกษา พบว่า หญิงหลังคลอดระยะต้น มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 20.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอดระยะต้นคือ ความกังวลว่าสามีจะให้ความสนใจหรือเอาใจใส่น้อยลงหรือถูกทอดทิ้ง ความกังวลในรูปร่างหลังคลอด ความกังวลในเรื่องความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร ความคาดหวังเพศบุตร อายุครรรค์ที่คลอด ความสัมพันธ์ในครอบครัว สภาพร่างกายและสภาพของบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01<sup>(59)</sup>

สุจิตรา เขียวชัยวัฒนากุล ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรรค์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและหญิงตั้งครรรค์ปกติ แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 80 ราย แต่ละกลุ่มแบ่งเป็นครรรค์แรก 40 ราย และครรรค์หลัง 40 ราย พบว่าหญิงตั้งครรรค์ปกติและหญิงตั้งครรรค์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีความวิตกกังวลแบบสเดทสูงกว่ำแบบเทรท ในหญิงตั้งครรรค์ปกติมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนในหญิงตั้งครรรค์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หญิงตั้งครรรค์ปกติและหญิงตั้งครรรค์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในท้องแรกมีความวิตกกังวลของการตั้งครรรค์ในเรื่องต่างๆ สูงกว่ำในท้องหลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(60)</sup>

ประวิตร ระเบียบ และคณะ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรรค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรรค์ ที่มีอายุครรรค์ 28-40 สัปดาห์ ที่มารับบริการฝากครรรค์ ที่แผนกฝากครรรค์ โรงพยาบาลของรัฐบาล ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 252 ราย พบว่า 1.การรับรู้ถึงความร้ายแรงของปัญหาสุขภาพ และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. อุปสรรคในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3. การได้รับคำแนะนำจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับการดูแล



แลตนเองในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4. อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(61)</sup>

จิวรรณ อัครวิเชียร และคณะ ศึกษาการใช้ยาของสตรีมีครรภ์ ทั้งที่ซื้อใช้เองและได้รับจากแพทย์ และเพื่อศึกษาถึงกลุ่มความเสี่ยงของยาต่อทารกในครรภ์ ที่สตรีมีครรภ์ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มาตรวจครรภ์ ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน 2539 ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 302 ราย โดยทำการสัมภาษณ์ถึงการซื้อยาใช้เองระหว่างตั้งครรภ์ และทำการบันทึกการสั่งใช้ยาโดยแพทย์จากเวชระเบียน พบว่าสตรีมีครรภ์ร้อยละ 22.2 เคยซื้อยารับประทานเองในระหว่างตั้งครรภ์<sup>(62)</sup>

#### งานวิจัยในต่างประเทศ

Graney ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ ผลจากการศึกษาพบว่า ความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุ ถ้าได้มีการเข้าร่วมใน กิจกรรมทางสังคมมาก ผู้สูงอายุก็จะมีความสุขมาก<sup>(18)</sup>

Fordyce ได้พัฒนาโครงการเพื่อเพิ่มความสุข การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ สึกเป็นสุข และความพึงพอใจในชีวิตกับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่เข้าเรียน วิชาจิตวิทยาการปรับตัว มีจำนวน 202 คน อายุเฉลี่ย 23.2 ปี ประกอบด้วยการศึกษา 3 การ ศึกษา ทั้งสามการศึกษาได้สมมติฐานว่า นักศึกษาในวิทยาลัยชุมชนจะมีความสุขเพิ่มขึ้น ถ้าพวกเขาสามารถปรับพฤติกรรมและทัศนคติของเขาให้ใกล้เคียงกับคุณลักษณะของบุคคลที่มีความสุข กลุ่มทดลองมีความสุขเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และผลการศึกษายังพบอีกว่า โครงการนี้ยังสามารถเพิ่มและรักษาความสุขให้คงอยู่ได้ต่อไปในอนาคต<sup>(18)</sup>

Shin & Johnson ศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดความสุข เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบทาง ทฤษฎีของความสุข โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นชาย 263 คน หญิง 403 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประเมินตนเอง ที่พัฒนาโดยศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยมิชิแกน โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินเกี่ยวกับความสุขตามความเข้าใจของแต่ละคน

ผลจากการศึกษาด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า สาเหตุหลักของความสุขคือ การประเมินทางบวกเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิต และการเปรียบเทียบเกี่ยวกับคุณลักษณะของเหตุการณ์ในชีวิต กับบุคคลอื่น และเปรียบเทียบกับอดีต<sup>(18)</sup>

Emmon ได้ศึกษาถึงลักษณะบุคลิกภาพด้านความพยายามว่า จะส่งผลต่อความสุขอย่างไร ลักษณะของการวิจัยเป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านความพยายามส่วนบุคคลและความสุข ซึ่งความสุขนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ อารมณ์ทางบวก อารมณ์ทางลบ และความพึงพอใจในชีวิต ผลการวิจัยพบว่าอารมณ์เชิงบวกจะเชื่อมโยงอย่างมากกับความหมายการเห็นคุณค่าในตนเอง และการประสบความสำเร็จ ส่วนอารมณ์ในเชิงลบ จะเชื่อมโยงกับการไม่ประสบความสำเร็จในอนาคต นอกจากนี้จึงพบว่า ความพยายามยังเป็นตัวทำนายที่เข้มที่สุุดต่อความพึงพอใจในชีวิต<sup>(63)</sup>

Francis และคณะ ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับภาวะความสุข ของนักศึกษาในเยอรมัน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาใน University of Wurzburg จำนวน 331 คน ใช้แบบสอบถาม The Oxford Happiness Inventory (OHI), The Francis Scale of Attitude toward Christianity และ Eysenck Personality Questionnaire ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับภาวะความสุข ในนักศึกษาเยอรมัน<sup>(64)</sup>

Canals และคณะ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ของหญิงในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งศึกษาถึงบุคลิกภาพ โดยใช้ Eysenck Personality Questionnaire, ความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire for Adults (STAI) และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา ที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 96 คน ที่มีความต้องการในการมีบุตร พบว่าบุคลิกภาพแบบ neurotic มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญ และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างความวิตกกังวลแบบ State และ Trait ของหญิงตั้งครรภ์ ในช่วงเวลาที่ศึกษา<sup>(65)</sup>

Tsou และ Liu ศึกษาถึงภาวะความสุขกับขอบเขตของความพึงพอใจในคนไต้หวัน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นคนไต้หวัน อายุ 20-64 ปี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified two-stage sampling พบว่าผู้ที่มีรายได้สูง จะมีภาวะความสุขอยู่ในระดับสูง และส่งผลต่อความพึงพอใจใน

อาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่แต่งงานแล้วมีภาวะความสุขและความพึงพอใจมากกว่าผู้ที่ยังไม่แต่งงาน รวมทั้งการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตสมรสและความพึงพอใจในอาชีพ และลักษณะของบุคลิกภาพ (personal characteristics) มีผลต่อความแตกต่างกันของภาวะความสุขและความพึงพอใจในแต่ละบุคคล <sup>(66)</sup>



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive design)

#### ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample selection)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ หญิงตั้งครรภ์

ประชากรตัวอย่าง (Samples Population) คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ จากหน่วยฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือเป็นหญิงครรภ์ที่ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูด การอ่านและสามารถเข้าใจภาษาไทยได้อย่างถูกต้อง, ไม่มีประวัติเป็นโรคจิตหรือโรคประสาท และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ จากหน่วยฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกประชากรตัวอย่าง สุ่มเลือกโดยวิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบ Simple random sampling ด้วยการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วันละ 10 คน จากจำนวนทั้งหมดประมาณวันละ 180 คน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนด (ช่วงเวลาประมาณ 3 เดือน) ตั้งแต่วันจันทร์-วันศุกร์ ในช่วงเวลา 8.00-12.00น. (หน่วยรับฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในเวลาราชการให้บริการระหว่างเวลา 8.00น.-12.00น.) โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หากจับฉลากได้ตัวอย่างที่ไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จะทำการจับฉลากจากรายชื่อใหม่อีกครั้งหนึ่ง

**ขนาดตัวอย่าง (Sample Size)** คำนวณโดยการใช้สูตรคำนวณของ Yamane<sup>(67)</sup> ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0.05

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ประชากรทั้งหมดที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์

ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2545

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

$$n = \frac{64,009}{1 + 64,009(0.05)^2}$$

$$n = 398$$

จากจำนวนประชากรทั้งหมด 64,009 คน คำนวณตัวอย่างประชากรได้กลุ่มตัวอย่าง 398 คน เพื่อให้ครอบคลุมความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้น ในตัวอย่างที่ศึกษา(Sampling Error) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างมากขึ้น 10% ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้คือ 438 คน

### ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม – มีนาคม พ.ศ.2547

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบสอบถาม ซึ่งมีทั้งหมด 5 ส่วน  
ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้ส่วนบุคคล, รายได้ของครอบครัว, สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว, สถานภาพสมรส, รูปแบบชีวิตคู่ และลักษณะครอบครัว สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย มีจำนวนทั้งหมด 9 ข้อใหญ่

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์, อายุครรภ์ (สัปดาห์), ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อน, ประวัติการคลอดครั้งก่อน, อาการของการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อน(ครรภ์ก่อน), อาการของการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อน (ครรภ์ปัจจุบัน), โรคประจำตัว, การใช้ยาหรือสารเสพติดขณะตั้งครรภ์, ความกังวลเกี่ยวกับภาวะการตั้งครรภ์, สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และ ความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย มีจำนวนทั้งหมด 11 ข้อใหญ่

**ส่วนที่ 3** แบบวัดความสุข มีชื่อว่า The Oxford Happiness Questionnaire (OHQ) โดย Peter Hills และ Michael Argyle<sup>(68)</sup> พัฒนาจากแบบวัดความสุข The Oxford Happiness Inventory (OHI) โดย Argyle, Martin และ Crossland<sup>(12)</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบของความสุข ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) อารมณ์ทางบวก (positive affect) และการไม่มีอารมณ์ทางลบ (negative affect)

**ลักษณะแบบสอบถาม** ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก จำนวน 17 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 26 ให้คะแนน 6 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 5 = เห็นด้วย, 4 = ค่อนข้างเห็นด้วย, 3 = ค่อนข้างไม่เห็นด้วย, 2 = ไม่เห็นด้วย, 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และคำถามเชิงลบจำนวน 12 ข้อ คือ ข้อ 1, 5, 6, 10, 13, 14, 19, 23, 24, 27, 28, 29 มีคำตอบเป็นระดับคะแนน 6 ระดับ ให้คะแนนกลับกัน ค่าคะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 29 - 174 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดย ใช้ค่า  $Range = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / 3$  แบ่งระดับภาวะความสุขเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความสุขระดับต่ำ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนในแบบวัดภาวะความสุขอยู่ในช่วง คะแนนต่ำสุด ถึง คะแนนต่ำสุด + Range
- หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนในแบบวัดภาวะความสุขสูงกว่า คะแนนต่ำสุด + Range ถึง คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของค่า Range

- หนึ่งตั้งครรภที่มีภาวะความสุขระดับสูง คือ หนึ่งตั้งครรภที่ได้คะแนนในแบบวัดภาวะความสุขสูงกว่า คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของค่า Range ถึง คะแนนสูงสุด

### การหาค่าความตรง (Validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

Peter Hills และ Michael Argyle<sup>(18)</sup> นำแบบวัดความสุขที่มีความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้ในนักศึกษาของ Oxford Brookes University รวมทั้งเพื่อนและญาติของนักศึกษาเหล่านั้น มีอายุระหว่าง 13-68 ปี (Mean=30.9, SD.=12.9) จำนวน 172 คน ชาย 66 คน หญิง 99 คน และอีก 7 คนไม่ได้ระบุเพศ นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดย Cronbach's alpha ได้เท่ากับ 0.91

ในส่วนของผู้วิจัยได้นำแบบวัดความสุข (OHQ) ที่แปลเป็นภาษาไทยและปรับภาษาในข้อคำถามให้สอดคล้องกับหนึ่งตั้งครรภซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ต้องการจะศึกษาเรียบร้อยแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์จิตแพทย์ 4 ท่าน, นักภาษาศาสตร์ประยุกต์ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า Validity ของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.83-1.00 และรวมทั้งชุดเท่ากับ 0.89 นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้วไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในหนึ่งตั้งครรภโดยใช้ Cronbach's Alpha ได้ค่า Reliability ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.81

**ส่วนที่ 4** แบบทดสอบวัดบุคลิกภาพใช้ The Maudsley Personality Inventory (MPI) โดย H.J. Eysenck แปลโดย ประจิตต์ ประจักษ์จิตต์ (อ้างใน สุรีย์ ห้วยธาร)<sup>(55)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 48 ข้อ ใช้แบ่งบุคลิกภาพออกเป็น 2 มิติที่อิสระต่อกัน อย่างละ 24 ข้อ ดังนี้<sup>(9)</sup>

มิติที่ 1 วัดลักษณะบุคลิกภาพแบบแสดงตัวและเก็บตัว (Extraversion – Introversion) ใช้คำย่อว่า Scale – E

มิติที่ 2 วัดลักษณะบุคลิกภาพประเภทไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ และมีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism – Stability) ใช้คำย่อว่า Scale-N และได้บุคลิกภาพเป็น 4 แบบ คือ

1. บุคลิกภาพที่ชอบแสดงตัว (Extrovert) คือ บุคลิกภาพที่มีคะแนนใน Scale-E มากกว่า หรือเท่ากับกลุ่มมาตรฐาน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ซึ่งมีลักษณะการแสดงออกที่มี อัจฉริยะ ไม่ตรี ชอบสังคม เป็นต้น

2. บุคลิกภาพที่ชอบเก็บตัว (Introvert) คือ บุคลิกภาพที่มีคะแนนใน Scale-E ต่ำกว่ากลุ่มมาตรฐาน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ซึ่งมีลักษณะเงียบเฉย ชอบเก็บตัว ไม่ชอบเข้าสังคม เป็นต้น
3. บุคลิกภาพที่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neurotic) คือ บุคลิกภาพที่มีคะแนนใน Scale-N มากกว่า หรือเท่ากับกลุ่มมาตรฐาน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ซึ่งมีลักษณะอารมณ์รุนแรง อ่อนไหวง่าย เป็นต้น
4. บุคลิกภาพที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Stable) คือ บุคลิกภาพที่มีคะแนนใน scale-N ต่ำกว่ากลุ่มมาตรฐาน โดยคิดค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ซึ่งมีลักษณะที่มีสุขภาพจิตดี คือมีสภาพอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและการกระทำดี ปรับตัวอยู่ในสภาพแวดล้อมได้ดี

#### การตรวจให้คะแนน

การตรวจให้คะแนนเป็นไปตามคู่มือที่กำหนดไว้ในแต่ละ scale โดยจะมีค่าสูงสุด 48 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน ถ้าผู้ตอบตรงกับ scale ไต scale หนึ่ง ในแต่ละข้อลงในช่อง “ใช่” , “ไม่ใช่” จะได้ข้อละ 2,0 คะแนน แต่ถ้าตอบในช่อง “?” จะได้ข้อละ 1 คะแนน และทั้งฉบับถ้าผู้ใดตอบลงในช่อง “?” นี้มากกว่า 10 ข้อ ถือว่าคำตอบในฉบับนั้นไม่สามารถนำมาประเมินผลได้ ให้ทำการทดสอบซ้ำโดยผู้ทดสอบอ่านให้ผู้รับการทดสอบฟัง แล้วให้ตอบที่ละข้อจนจบ

#### การหาค่าความตรง (Validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

Bending (อ้างใน สุริย์ ห้วยธาร) ได้หาค่าความตรงของแบบทดสอบ (validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่า ใน scale วัดด้านแสดงตัว-เก็บตัว มีค่าความตรง = 0.64-0.78 <sup>(55)</sup>

ประจิตต์ ประจักษ์จิตต์ (อ้างใน สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์) หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการทดสอบ test-retest กับกลุ่มนักเรียนนายเรืออากาศ จำนวน 59 นาย ได้ค่าความเที่ยงของ scale-E = 0.91 และ scale-B = 0.90 <sup>(69)</sup>

เบญจพร ปรีชาพันธ์ (อ้างใน สุริย์ ห้วยธาร) หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธี test-retest กับนิสิตปริญญาโท สาขาบริหารงานบุคคล เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลบริษัทปูนซีเมนต์ไทย และเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลของธนาคารพาณิชย์ต่างๆ จำนวน 54 คน ได้ว่า Reliability scale-E = 0.97 และ scale - N = 0.98 <sup>(55)</sup>



**ส่วนที่ 5** แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตสมรส (Marital Satisfaction scale) โดย Roach et al. (1981) แปลโดย ไชยยันต์ สุขบาล (2538)<sup>(58)</sup> ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 46 ข้อ ใช้วัดความรู้สึก ความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อชีวิตสมรสในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านลักษณะของคู่สมรส ชีวิตสมรส และสัมพันธภาพระหว่างกันและกัน

**ลักษณะของแบบสอบถาม** ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 25 ข้อ คือ 1, 2, 3, 6, 9, 11, 12, 15, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 35, 36, 38, 43, 45 และ 46 ให้คะแนน 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4 = เห็นด้วย, 3 = ไม่แน่ใจ, 2 = ไม่เห็นด้วย, 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และคำถามเชิงลบ จำนวน 21 ข้อ คือ 4, 5, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 17, 19, 23, 25, 30, 31, 34, 37, 39, 40, 41, 42 และ 44 มีค่าคำตอบเป็นระดับคะแนน 5 ระดับ ให้คะแนนกลับกัน ค่าคะแนนที่ได้ อยู่ระหว่าง 46-230 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่า Range = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด) / 3 แบ่งระดับความพึงพอใจในชีวิตสมรสเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสมรสระดับต่ำ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนในแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตสมรส อยู่ในช่วง คะแนนต่ำสุด ถึง คะแนนต่ำสุด + Range
- หญิงตั้งครรภ์ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสมรสระดับปานกลาง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนในแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตสมรสสูงกว่า คะแนนต่ำสุด + Range ถึง คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของค่า Range
- หญิงตั้งครรภ์ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสมรสระดับสูง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนในแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตสมรสสูงกว่า คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของค่า Range ถึง คะแนนสูงสุด

#### **การหาค่าความตรง (Validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability)**

ค่าความตรงตามสภาพการณ์ 0.78 และ 0.73 เมื่อใช้คู่กับแบบวัดการปรับตัวในชีวิตสมรส (Locke & Wallace Marital Adjustment Scale) และแบบวัดปัญหาครอบครัว (Marriage Problem Checklist) ตามลำดับ

ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ Cronbach' Alpha ได้เท่ากับ 0.95

## การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเสนอเรื่องขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มารับฝากครรภ์ จากหน่วยฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ได้รับการสุ่มให้เป็นตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 438 คน

ติดต่อประสานงานกับทางหน่วยบริการรับฝากครรภ์ ตึกภปร. ชั้น8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดของวันและเวลา ในการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่วันจันทร์-วันศุกร์ ในช่วงเวลา 8.00-12.00น. ประมาณเดือนตุลาคม 2546 เป็นต้นไป จนกระทั่งเก็บข้อมูลได้ครบ ตามช่วงเวลาที่กำหนด

ดำเนินการสุ่มเลือกตัวอย่างด้วยตนเองจากวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Simple random sampling ด้วยการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วันละ 10คน จากจำนวนทั้งหมดประมาณวันละ180 คน หากจับฉลากได้ตัวอย่างที่ไม่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ในsamples จะนำชื่อนั้นออกและทำการจับฉลากใหม่

ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเรื่องการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย แจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์, แบบวัดความสุข (OHQ) , แบบทดสอบบุคลิกภาพ (MPI)และ แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตสมรส (MSS) กับกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในช่วงระหว่างรอการตรวจและหลังตรวจเสร็จแล้ว จากนั้นผู้วิจัยตรวจดูความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละชุด ก่อนเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับมาและนำแบบสอบถามมาตรวจให้คะแนนและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ในการวิจัยครั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดย ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Window ซึ่งดำเนินการวิเคราะห์เป็นขั้นตอนดังนี้<sup>(70) (71)</sup>

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าพิสัยในการบรรยายลักษณะประชากร
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) คือ unpaired T-test และ ANOVA ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ และพิจารณาค่าความแตกต่างรายคู่ด้วย Scheffe' method
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมอัน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต สมรส และลักษณะบุคลิกภาพกับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient
4. ใช้สถิติ Stepwise Multiple Regression Analysis โดยนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์มาหาความสัมพันธ์



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะความสุข และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ และทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จากที่ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 438 คน เก็บรวบรวมได้ 438 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยายโดยแบ่งเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับภาวะความสุข ความพึงพอใจในชีวิตสมรส และลักษณะบุคลิกภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ปัจจัยทางจิตสังคม อันได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตสมรส และลักษณะบุคลิกภาพ ที่มีความเกี่ยวข้องกับ ภาวะความสุข ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 4 ผลการศึกษาปัจจัยร่วมที่เป็นตัวพยากรณ์ภาวะความสุข ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์  
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อายุ (n=438)</b>		
15-20 ปี	42	9.6
21-25 ปี	123	28.1
26-30 ปี	135	30.8
31-35 ปี	91	20.8
> 35 ปี	47	10.7
Mean =27.89 , SD = 5.4		
<b>ระดับการศึกษา (n=438)</b>		
ไม่เกินกว่าประถมศึกษา	111	25.3
มัธยมศึกษา	162	37.0
อนุปริญญาและปศ.	63	14.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	102	23.3
<b>อาชีพ (n=438)</b>		
หน่วยงานราชการ	37	8.4
กิจการส่วนตัว	38	8.7
รับจ้าง	152	34.7
พนักงานบริษัท	106	24.2
แม่บ้าน	105	24.0

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>รายได้เฉลี่ยส่วนบุคคล (n=438)</b>		
ไม่มีรายได้	70	16.0
< 5000	87	19.9
5000-10000	194	44.3
10001-15000	40	9.1
15001-20000	27	6.2
> 20000	20	4.6
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (n=438)</b>		
< 10000	139	31.7
10000-15000	132	30.1
15001-20000	62	14.2
20001-25000	25	5.7
25001-30000	30	6.8
>30000	50	11.4
<b>สถานะทางเศรษฐกิจ (n=438)</b>		
มีเงินออม	88	20.1
มีหนี้สิน	65	14.8
พอมีพอใช้	285	65.1
<b>สถานภาพสมรส (n=438)</b>		
อยู่ด้วยกัน	426	97.3
แยกกันอยู่	12	2.7
<b>เคยใช้ชีวิตสมรสมาก่อน (n=438)</b>		
ใช่	59	13.5
ไม่ใช่	379	86.5

**ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาที่สมรส (n=438)</b>		
< 4	195	44.5
4-6	110	25.1
>6	133	30.4
<b>ลักษณะครอบครัว (n=438)</b>		
อยู่ด้วยกันสองสามีภรรยา	199	45.4
อยู่ด้วยกันเฉพาะพ่อ แม่ ลูก	92	21.0
อยู่ร่วมกับเครือญาติ	147	33.6

จากตารางที่ 1 แสดงลักษณะของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ อยู่ใน ช่วง 26-30 ปี มีจำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 21-25 ปี มีจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1 โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ  $27.89 \pm 5.4$

รายได้เฉลี่ยส่วนบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท มีจำนวน 194 คน คิดเป็น ร้อยละ 44.3 รองลงมาได้รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 มีจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 19.9 รายได้ เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่มีน้อยกว่า 10,000 บาท มีจำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7 รองลง มาครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 10,000-15,000 บาท มีจำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 30.1 สถานภาพทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่พอมีพอใช้ มีจำนวน 285 คน คิดเป็นร้อยละ 65.1 รองลงมาคือ มีเงินออม จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 20.1

สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส จำนวน 426 คน คิดเป็น ร้อยละ 97.3 รองลงมาคือแยกกันอยู่มีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ชีวิต สมรสมีจำนวน 379 คน คิดเป็นร้อยละ 86.5

ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา มีจำนวน 162 คน คิดเป็น ร้อยละ 37.0 รองลงมาคือไม่เกินกว่าระดับชั้นประถมศึกษา มีจำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 25.3

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเดิมคือ รับจ้าง มีจำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมาประกอบอาชีพพนักงานบริษัท มีจำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2

ระยะเวลาในการสมรส ส่วนใหญ่น้อยกว่า 4 ปี มีจำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 44.5 รองลงมาสมรสมากกว่า 6 ปีขึ้นไป มีจำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4

ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันสองสามีภรรยา มีจำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 45.4 รองลงมาคืออยู่รวมกับเครือญาติ มีจำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 33.6

**ตารางที่ 2** แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ลักษณะการตั้งครรภ์ (n=438)</b>		
ครรภ์แรก	238	54.2
ครรภ์ที่สอง	151	34.5
ครรภ์ที่สาม	41	9.4
ครรภ์ที่สี่	6	1.4
ครรภ์ที่ห้า	2	0.5
<b>อายุครรภ์ปัจจุบัน (n=438)</b>		
ไตรมาส ที่1(1-13 สัปดาห์)	63	14.4
ไตรมาส ที่2(14-26 สัปดาห์)	123	28.1
ไตรมาส ที่3(27 สัปดาห์ขึ้นไป)	252	57.5
Mean = 25.92 , SD = 9.20		
<b>ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อน (n=200)</b>		
ไม่มีปัญหา	155	77.5
มีปัญหา	45	22.5
- แท้ง	40	88.9
- มีบุตรยาก	4	8.9
- ท้องนอกมดลูก	1	2.2



ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝาก  
ครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ประวัติการคลอดครั้งก่อน (n=200)</b>		
ไม่มีปัญหา (คลอดปกติ)	147	73.5
มีปัญหา	53	26.5
- คลอดโดยการผ่า	38	71.7
- คลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย	15	28.3
<b>ระยะเวลาในการตั้งครรภ์ (n=200)</b>		
ไม่มีปัญหา (ครบกำหนด)	171	85.5
มีปัญหา	29	14.5
- คลอดก่อนกำหนด	12	41.4
- คลอดเกินกำหนด	17	58.6
<b>อาการและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ครั้งก่อน (n=200)</b>		
ไม่มี	73	36.5
มี	127	63.5
- ปัสสาวะบ่อย	68	49.6
- แพ้ท้องมากกว่าปกติ	38	27.7
- ภาวะโลหิตจาง	22	16.1
- บวม	12	8.7
- ตกเลือด	10	7.3
- ความดันโลหิตสูง	3	2.2
- เบาหวานขณะตั้งครรภ์	2	1.4
- ครรภ์เป็นพิษ	1	0.7

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝาก  
ครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อาการและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ปัจจุบัน</b>		
<b>(n=438)</b>		
ไม่มี	91	20.8
มี	347	79.2
- ปัสสาวะบ่อย	217	62.5
- แพ้ท้องมากกว่าปกติ	75	21.6
- ภาวะโลหิตจาง	67	19.3
- บวม	31	8.9
- ตกเลือด	12	3.4
- ความดันโลหิตสูง	3	0.8
- เบาหวานขณะตั้งครรภ์	10	2.8
- โรคตับ และอื่น ๆ	10	2.8

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝาก  
ครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว (n=438)</b>		
ไม่มี	369	84.3
มี	69	15.7
- โรคภูมิแพ้	16	23.1
- โรคหอบหืด	10	14.5
- โรคโลหิตจาง	10	14.5
- โรคเบาหวาน	8	11.6
- โรคไทรอยด์เป็นพิษ	5	7.2
- โรคปวดศีรษะ	4	5.7
- โรคกระเพาะอาหาร	3	4.3
- โรคหัวใจ	3	4.3
- ภาวะความดันโลหิตสูง	3	4.3
- ต่อมไทรอยด์ และอื่นๆ	8	11.6

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝาก  
ครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>การใช้ยา หรือสารเสพติด (n=438)</b>		
ไม่มี	425	97.0
มี	13	3.0
- ดื่มชา หรือกาแฟ	10	76.9
- เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์	2	15.4
- สูบบุหรี่	2	15.4
- ยานอนหลับ	1	7.7
<b>ความคาดหวังเกี่ยวกับเพศของบุตร (n=438)</b>		
ไม่มี	284	64.8
มี	154	35.2
- ชาย	75	48.7
- หญิง	79	51.3
<b>ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังคลอด (n=438)</b>		
ไม่มี	298	68
มี	140	32
- รู้สึกอขายในรูปร่างที่มีการเปลี่ยนแปลง	19	13.6
- กลัวว่ารูปร่างจะไม่เป็นอย่างเดิม	121	86.4
<b>ความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร (n=438)</b>		
ไม่มี	36	8.2
มี	402	91.8
- สุขภาพและความแข็งแรงของบุตร	391	97.2
- รูปร่างหน้าตาของบุตร	51	12.7
- การแท้ง	75	18.6
- ความกังวลอื่น ๆ เกี่ยวกับบุตร	2	0.9

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝาก  
ครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด (n=438)</b>		
ไม่มี	11	2.5
มี	427	97.5
- ความปลอดภัยของตนเองและบุตรขณะคลอด	392	91.8
- ความเจ็บปวดขณะคลอด	174	40.7
- การแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมขณะคลอด	25	5.8
- การกระทำของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลขณะคลอด	4	0.9
<b>สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (n=438)</b>		
ไม่แตกต่างจากเดิม	214	48.9
ดีขึ้นกว่าเดิม	209	47.7
แย่ลงกว่าเดิม	10	2.3
ไม่แน่ใจ	5	1.1
<b>ความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ (n=438)</b>		
ไม่มีปัญหา	415	94.7
มีปัญหา	23	5.3
- มีปัญหากับบิดา หรือมารดาของสามี	7	30.4
- มีปัญหากับ บิดา มารดาของตนเอง	8	34.8
- มีปัญหากับญาติทางสามี	9	39.1
- มีปัญหากับญาติของตน	1	4.3

จากตารางที่ 2 แสดงลักษณะของปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ พบว่า ลักษณะครรภ์ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก มีจำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 54.2 อายุครรภ์ปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในไตรมาสที่ 3 คือตั้งแต่ 27 เดือนขึ้นไป มีจำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 โดยอายุครรภ์เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ  $25.92 \pm 9.2$  สัปดาห์

ประวัติการตั้งครรภ์ในครั้งก่อนส่วนใหญ่ไม่พบปัญหา มีจำนวน 155 คนคิดเป็นร้อยละ 77.5 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือการแท้งบุตรมีจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 ประวัติการคลอดครั้งก่อนส่วนใหญ่ปกติไม่มีปัญหา มีจำนวน 147 คนคิดเป็นร้อยละ 43.5 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือคลอดโดยการผ่า มีจำนวน 38 คนคิดเป็นร้อยละ 71.7

ระยะเวลาในการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ครบกำหนด มีจำนวน 171 คนคิดเป็นร้อยละ 85.5 ส่วนใหญ่ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ คลอดเกินกำหนด มีจำนวน 17 คนคิดเป็นร้อยละ 58.6 อาการและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ส่วนใหญ่เป็นปัญหา มีจำนวน 137 คนคิดเป็นร้อยละ 68.5 โดยปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือปัสสาวะบ่อยมีจำนวน 68 คนคิดเป็นร้อยละ 49.6

อาการและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นปัญหา มีจำนวน 347 คน คิดเป็นร้อยละ 79.2 โดยปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือปัสสาวะบ่อยมีจำนวน 217 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5

โรคประจำตัวส่วนใหญ่ไม่พบ มีจำนวน 369 คิดเป็นร้อยละ 84.3 ส่วนในกลุ่มที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้มากที่สุดมีจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1

การเข้ายาหรือสารเสพติด ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ มีจำนวน 422 คน คิดเป็นร้อยละ 96.3 ส่วนในกลุ่มที่มีการใช้ ส่วนใหญ่จะเป็นการดื่มชา กาแฟ มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5

ความคาดหวังเกี่ยวกับเพศของบุตร ส่วนใหญ่ไม่ได้คาดหวัง มีจำนวน 284 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 ในกลุ่มที่คาดหวังมีความคาดหวังในเพศชาย และหญิงใกล้เคียงกัน 48.7 และ 51.3 ตามลำดับ

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดส่วนใหญ่จะเป็นเรื่อง ความปลอดภัยของตนเอง และบุตร ขณะคลอดจำนวน 392 คน คิดเป็นร้อยละ 91.8 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังคลอดซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบมีจำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 68 ส่วนที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่คือ กลัวว่ารูปร่างจะไม่เป็นอย่างเดิม จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 86.4 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร พบว่าส่วนใหญ่วิตกกังวล มีจำนวน 402 คน คิดเป็นร้อยละ 91.8 ซึ่งส่วนใหญ่จะวิตกกังวลเกี่ยวกับ สุขภาพ และความแข็งแรงของบุตรมีจำนวน 391 คน คิดเป็นร้อยละ 97.2 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการ

คลอด พบว่าส่วนใหญ่วิตกกังวล มีจำนวน 427 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 โดยส่วนใหญ่จะเป็นเรื่อง  
ความปลอดภัยของตนเองและบุตรขณะคลอด มีจำนวน 392 คน คิดเป็นร้อยละ 91.8

สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส พบว่าส่วนใหญ่ไม่แตกต่างไปจากเดิม มีจำนวน 214 คน คิด  
เป็นร้อยละ 48.9 ส่วนใน ความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา มีจำนวน  
415 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ ระดับภาวะความสุข ความพึงพอใจในชีวิตสมรส และลักษณะบุคลิกภาพ  
ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย ของระดับภาวะความสุข ความพึงพอใจในชีวิตสมรส รวมถึงลักษณะบุคลิกภาพของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวแปร (N = 438)	จำนวน	ร้อยละ
<b>ภาวะความสุข</b>		
ปานกลาง (77-125 คะแนน)	187	42.7
มาก (126-174 คะแนน)	251	57.3
Mean = 127.76 , SD = 14.7 Range = 49		
<b>ความพึงพอใจในชีวิตสมรส</b>		
น้อย (46-107คะแนน)	284	64.8
ปานกลาง (108-168 คะแนน)	151	34.5
มาก (169-230 คะแนน)	3	.7
Mean = 100.39 ,SD = 22.56 Range = 62		
<b>บุคลิกภาพ Scale E</b>		
บุคลิกภาพเก็บตัว (mean=20.10±3.57)	213	48.6
บุคลิกภาพแสดงตัว (mean=29.77±3.67)	225	51.4
Mean = 25.06, SD = 6.04		
<b>บุคลิกภาพ Scale N</b>		
บุคลิกภาพมั่นคงในสภาวะอารมณ์ (34.17±5.61)	208	47.5
บุคลิกภาพหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ (17.14±5.46)	230	52.5
Mean = 26.08, SD = 10.15		



จากตารางที่ 3 พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะความสุขอยู่ในระดับมาก คือ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 126-174 คะแนน จำนวน 251 คน คิดเป็นร้อยละ 57.3 โดยคะแนนภาวะความสุขเฉลี่ยเท่ากับ  $127.76 \pm 14.7$  ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในชีวิตสมรสอยู่ในระดับน้อย คือ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 46-107 คะแนน มีจำนวน 284 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 โดยคะแนนความพึงพอใจในชีวิตสมรสเฉลี่ยเท่ากับ  $100.39 \pm 22.56$

ในด้านบุคลิกภาพ Scale E มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $25.06 \pm 6.04$  โดยมีคะแนนเฉลี่ยของบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introvert) เท่ากับ  $20.10 \pm 3.57$  และมีคะแนนเฉลี่ยของบุคลิกภาพแบบแสดงตัว (Extrovert) เท่ากับ  $29.77 \pm 3.67$  ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว มีจำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 ส่วนบุคลิกภาพแบบเก็บตัว มีจำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 ในด้านบุคลิกภาพ Scale N มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $26.08 \pm 10.15$  โดยมีคะแนนเฉลี่ยของบุคลิกภาพแบบมั่นคงในสภาวะอารมณ์ (Stable) เท่ากับ  $34.17 \pm 5.61$  และมีคะแนนเฉลี่ยของบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ (Neurotic) เท่ากับ  $17.14 \pm 5.46$  ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีบุคลิกภาพหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ มีจำนวน 230 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 ส่วนบุคลิกภาพมั่นคงในสภาวะอารมณ์ มีจำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5

**ตอนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความพึงพอใจในชีวิต สมรส และลักษณะบุคลิกภาพ ที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะความสุข ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

**ตารางที่ 4** ตารางแสดงผลการทดสอบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุขกับปัจจัย ส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการทดสอบค่า t-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD	t	P
<b>เคยใช้ชีวิตสมรสมาก่อน (n=438)</b>					
ใช่	59	125.9	14.6	1.00	.314
ไม่ใช่	379	128.0	15.4		
<b>สถานภาพสมรส (n=438)</b>					
อยู่ด้วยกัน	426	128.5	14.2	1.6	.124
แยกกันอยู่	12	115.8	25.4		

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 ตารางแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุขกับปัจจัย ส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยวิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD	F	P
<b>อายุ (n=438)</b>					
15-20 ปี	42	122.1	15.3	4.3	.002**
21-25 ปี	123	126.2	12.6		
26-30 ปี	135	127.1	15.2		
31-35 ปี	91	132.1	14.8		
> 35 ปี	47	129.9	15.3		
<b>ระดับการศึกษา (n=438)</b>					
ไม่เกินกว่าประถมศึกษา	111	124.7	12.2	6.3	.000**
มัธยมศึกษา	162	126.7	14.9		
อนุปริญญาและปกศ.	63	127.3	16.5		
ปริญญาตรีขึ้นไป	102	132.9	14.5		
<b>อาชีพ (n=438)</b>					
หน่วยงานราชการ	37	132.0	16.2	1.0	.360
กิจการส่วนตัว	38	128.1	12.4		
รับจ้าง	152	127.7	14.2		
พนักงานบริษัท	106	127.9	15.1		
แม่บ้าน	105	126.1	15.2		

ตารางที่ 5 (ต่อ) ตารางแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุขกับ  
ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยวิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD	F	P
<b>รายได้เฉลี่ยส่วนบุคคล (n=438)</b>					
ไม่มีรายได้	70	124.2	14.5	5.8	.000**
<5000	87	125.5	14.3		
5000-10000	194	126.8	13.9		
10001-15000	40	136.3	14.8		
15001-20000	27	134.0	12.5		
> 20000	20	132.7	17.3		
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (n=438)</b>					
< 10000	139	127.5	14.1	5.8	.000**
10001-15000	132	128.4	12.2		
15001-20000	62	126.8	15.8		
20001-25000	25	132.9	14.4		
25001-30000	30	132.8	17.0		
> 30000	30	134.1	15.8		
<b>สถานะทางเศรษฐกิจ (n=438)</b>					
มีเงินออม	88	133.3	14.1	10.2	.000**
มีหนี้สิน	65	123.2	15.5		
พอมีพอใช้	285	127.0	14.2		

ตารางที่ 5 (ต่อ) ตารางแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุขกับ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างต่างกัน ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยวิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD	F	P
<b>ระยะเวลาที่สมรส (n=438)</b>					
< 4	195	127.2	15.3	.301	.124
4-6	110	128.6	14.8		
>6	133	127.8	13.7		
<b>ลักษณะครอบครัว (n=438)</b>					
อยู่ด้วยกันสองสามีภรรยา	199	128.8	15.3	1.36	.257
อยู่ด้วยกันเฉพาะพ่อ แม่ ลูก	92	127.8	13.4		
อยู่ร่วมกับเครือญาติ	147	126.2	14.5		

ตารางที่ 6 ตารางแสดง การทดสอบค่าความต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขระหว่าง กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยวิธีของ Scheffe'

อายุของหญิง ตั้งครรภ์	Mean	อายุ 15-20 ปี	อายุ 21-25 ปี	อายุ 26-30 ปี	อายุ 31-35 ปี	อายุ 35 ปี ขึ้นไป
อายุ 15-20 ปี	122.1	-				
อายุ 21-25 ปี	126.2	4.11	-			
อายุ 26-30 ปี	127.1	5.01	.90	-		
อายุ 31-35 ปี	132.1	10.03*	5.92	5.03	-	
อายุ 35 ปี ขึ้นไป	129.9	7.79	3.68	2.79	-2.24	-

\* p < 0.05

ตารางที่ 7 ตารางแสดง การทดสอบค่าความต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุขระหว่าง  
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรง  
พยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยวิธีของ Scheffe'

ระดับการศึกษาของ หญิงตั้งครรภ์	Mean	ไม่เกินกว่า ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	อนุปริญญา และปศ.	ปริญญาตรี ขึ้นไป
ไม่เกินกว่าประถมศึกษา	111	-			
มัธยมศึกษา	162	1.98	-		
อนุปริญญาและปศ.	63	2.58	.60	-	
ปริญญาตรีขึ้นไป	102	8.23*	6.25*	5.65	-

\*  $p < 0.05$

ตารางที่ 8 ตารางแสดง การทดสอบค่าความต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุขระหว่าง  
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้เฉลี่ยส่วนบุคคลแตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์  
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยวิธีของ Scheffe'

รายได้เฉลี่ยส่วน บุคคล	Mean	ไม่มี รายได้	น้อยกว่า 5,000 บาท	5,000 - 10,000 บาท	10,001 - 15,000 บาท	15,001 - 20,000 บาท	มากกว่า 20,000 บาท
ไม่มีรายได้	124.2	-					
น้อยกว่า 5,000	125.5	1.36	-				
5,000 -10,000	126.8	2.65	1.29	-			
10,001 -15,000	136.3	12.16*	10.80*	9.51*	-		
15,001 -20,000	134.0	9.79	8.43	7.13	-2.38	-	
มากกว่า 20,000	132.7	8.49	7.13	5.83	-3.68	-1.30	-

\*  $p < 0.05$

ตารางที่ 9 ตารางแสดง การทดสอบค่าความต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุระหว่าง  
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวแตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝาก  
ครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยวิธีของ Scheffe'

รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัว	Mean	น้อยกว่า 10,000 บาท	10,001 - 15,000 บาท	15,001 - 20,000 บาท	20,001 - 25,000 บาท	25,001 - 30,000 บาท	มากกว่า 30,000 บาท
น้อยกว่า 10,000	127.5	-					
10,001 -15,000	128.4	4.59	-				
15,001 -20,000	126.8	3.35	-1.24	-			
20,001 - 25,000	132.9	9.44	4.85	6.09	-		
25,001 -30,000	132.8	9.32	4.73	5.96	-1.13	-	
มากกว่า 30,000	134.1	10.58*	5.99	7.23	1.14	1.27	-

\*  $p < 0.05$

ตารางที่ 10 ตารางแสดง การทดสอบค่าความต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุระหว่าง  
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์  
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยวิธีของ Scheffe'

สถานะทางเศรษฐกิจ	Mean	มีเงินออม	มีหนี้สิน	พอมี พอใช่
มีเงินออม	133.3	-		
มีหนี้สิน	123.2	-10.14*	-	
พอมี พอใช่	127.0	-6.33*	3.81	-

\*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง รายได้ของครอบครัว สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน

โดยปัจจัยทางด้านอายุที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.002 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่าในกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 31-35 ปี จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่สูงกว่ากลุ่มอายุระหว่าง 15-20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยด้านการศึกษาที่แตกต่างกันจะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่สูงกว่า กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และกลุ่มที่มีการศึกษาไม่เกินกว่าระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รายได้ของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่าในกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่สูงกว่า กลุ่มที่ไม่มีรายได้ , มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท และกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่าในกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่ต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า 30,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่าในกลุ่มที่มีหนี้สิน จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่ต่ำกว่ากลุ่มที่พอมือพอใช้ และกลุ่มที่มีเงินออม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตารางที่ 11 ตารางแสดงผลการทดสอบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุขกับปัจจัยเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ที่แตกต่างกัน ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการทดสอบค่า t-test

ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	จำนวน (คน)	Mean	SD	t	p
<b>ลักษณะการตั้งครรภ์ (n=438)</b>					
ครรภ์แรก	238	126.6	14.0	1.49	.137
ครรภ์ที่สองขึ้นไป	200	128.7	15.2		
<b>อาการและภาวะแทรกซ้อนของการตั้ง</b>					
<b>ครรภ์ปัจจุบัน (n=438)</b>					
ไม่มี	91	128.6	15.2	6.38	.513
มี	347	127.5	14.6		
<b>โรคประจำตัว (n=438)</b>					
ไม่มี	369	128.2	14.4	1.62	.106
มี	69	125.1	15.7		
<b>การैया หรือสารเสพติด (n=438)</b>					
ไม่มี	422	128.2	14.5	3.63	.000**
มี	13	113.4	15.1		
<b>ความคาดหวังเกี่ยวกับเพศของบุตร(</b>					
<b>n=438)</b>					
ไม่มี	284	127.9	14.2	.469	.640
มี	154	128.0	15.5		

ตารางที่ 11 (ต่อ) ตารางแสดงผลการทดสอบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุขกับปัจจัย  
 เกี่ยวกับการตั้งครุฑที่แตกต่างกัน ของหญิงตั้งครุฑ ที่มาฝากครุฑ ณ โรงพยาบาล  
 จุฬาลงกรณ์ โดยการทดสอบค่า t-test

ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครุฑ	จำนวน (คน)	Mean	SD	t	p
<b>ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่าง</b>					
<b>หลังคลอด (n=438)</b>					
ไม่มี	298	128.8	14.6	2.17	.03*
มี	140	125.5	14.7		
- รู้สึกอายในรูปร่างที่มีการเปลี่ยนแปลง	19				
- กลัวว่ารูปร่างจะไม่เป็น อย่างเดิม	121				
<b>ความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร (n=438)</b>					
ไม่มี	36	131.5	18.2	1.3	.20
มี	402	127.4	14.3		
- สุขภาพและความแข็งแรง ของบุตร	391				
- รูปร่างหน้าตาของบุตร	51				
- การแท้ง	75				
- ความกังวลอื่นๆ เกี่ยวกับ บุตร	2				

ตารางที่ 11 (ต่อ) ตารางแสดงผลการทดสอบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุขกับปัจจัย  
 เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ที่แตกต่างกัน ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาล  
 จุฬาลงกรณ์ โดยการทดสอบค่า t-test

ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	จำนวน (คน)	Mean	SD	t	p
<b>ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด</b>					
<b>(n=438)</b>					
ไม่มี	11	127.3	13.8	.118	.908
มี	427	127.7	14.7		
- ความปลอดภัยของตนเอง และบุตรขณะคลอด	392				
- ความเจ็บปวดขณะคลอด	174				
- การแสดงพฤติกรรมไม่ เหมาะสมขณะคลอด	25				
- การกระทำของเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลขณะคลอด	4				
<b>ความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ</b>					
<b>(n=438)</b>					
ไม่มีปัญหา	415	128.6	13.9	4.26	.000**
มีปัญหา	23	111.7	18.3		

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

ตารางที่ 12 ตารางแสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุขกับปัจจัย เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ที่แตกต่างกัน ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ โดยวิธี One-way ANOVA

ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	จำนวน (คน)	Mean	SD	F	p
<b>อายุครรภ์ปัจจุบัน (n=438)</b>					
ไตรมาส ที่ 1 (1-13 สัปดาห์)	63	126.4	15.0	.375	.687
ไตรมาส ที่ 2 (14-26 สัปดาห์)	123	128.4	14.5		
ไตรมาส ที่ 3 (27 สัปดาห์ขึ้นไป)	252	127.7	14.7		
<b>สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (n=438)</b>					
ไม่แตกต่างจากเดิม	214	126.3	13.6	25.7	.000**
ดีขึ้นกว่าเดิม	209	131.1	13.4		
แย่ลงกว่า	10	96.4	13.3		
ไม่แน่ใจ	5	110.0	18.8		

\*\* p < 0.01

ตารางที่ 13 ตารางแสดง การทดสอบค่าความต่างรายคู่ ของคะแนนเฉลี่ยภาวะความสุขระหว่าง กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝาก ครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยวิธีของ Scheffe'

สัมพันธภาพระหว่าง คู่สมรส	Mean	ไม่แตกต่าง จากเดิม	ดีขึ้น กว่าเดิม	แย่ลง กว่าเดิม	ไม่แน่ใจ
ไม่แตกต่างจากเดิม	126.3	-			
ดีขึ้นกว่าเดิม	131.1	4.83*	-		
แย่ลงกว่าเดิม	96.4	-29.93*	-34.75*	-	
ไม่แน่ใจ	110.0	-16.32*	-21.15*	13.6	-

\* p < 0.05

จากตารางที่ 11,12 และ13 พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ การใช้ยา หรือสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังการคลอด ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ จะมีคะแนนภาวะความสุขที่ต่างกั น

โดยการใช้ยา หรือสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนภาวะความสุขที่ต่างกั น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยาหรือสารเสพติดจะมีคะแนนภาวะความสุขที่สูงกว่า กลุ่มที่ใช้ยา หรือสารเสพติด

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังการคลอดที่ต่างกั น จะมีคะแนนภาวะความสุขที่ต่างกั น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้วิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังการคลอด จะมีคะแนนภาวะความสุขที่สูงกว่า กลุ่มที่วิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังการคลอด

สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่ต่างกั นจะมีคะแนนภาวะความสุขที่ต่างกั น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Scheffe' พบว่ากลุ่มที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีขึ้น จะมีคะแนนภาวะความสุขที่สูงกว่า กลุ่มที่สัมพันธ์ภาพไม่ต่างไปจากเดิม แย่ลง และไม่แน่ใจ

สัมพันธ์ภาพระหว่างเครือญาติที่ต่างกั นจะมีคะแนนภาวะความสุขที่ต่างกั น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขพบว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเครือญาติ จะมีคะแนนภาวะความสุขที่สูงกว่า กลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเครือญาติ ส่วนปัจจัยบุคคลด้านอื่นๆ ที่ต่างกั นไม่พบว่ามีคะแนนภาวะความสุขที่ต่างกั น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 14 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม กับภาวะความสุข ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ปัจจัยทางจิตสังคม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กับภาวะความสุข (r)
ความพึงพอใจในชีวิตสมรส	-.160
บุคลิกภาพ Scale E	.248**
บุคลิกภาพ Scale N	-.420**

\*\* p < 0.01

จากตารางที่ 14 พบว่า บุคลิกภาพ Scale E ซึ่งแบ่งเป็นด้าน Extrovert กับ Introvert และบุคลิกภาพ Scale N ซึ่งแบ่งเป็นด้าน Neurotic กับ Stable มีความสัมพันธ์กับ คะแนนภาวะความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และไม่พบว่าความพึงพอใจในชีวิตสมรสมีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าบุคลิกภาพ Scale E มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนภาวะความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้น (ความกล้าแสดงออก) ทำให้คะแนนของภาวะความสุขเพิ่มมากขึ้น และพบว่าบุคลิกภาพ Scale N มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนภาวะความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้น (ลักษณะความหวั่นไหวทางด้านอารมณ์) ทำให้คะแนนภาวะความสุขลดลง

**ตอนที่ 4 ผลการศึกษาปัจจัยร่วมที่เป็นตัวพยากรณ์ภาวะความสุข ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

ตารางที่ 15 แสดงผลการศึกษาปัจจัยร่วมที่เป็นตัวพยากรณ์ภาวะความสุข ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบ stepwise (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	T	p-value
บุคลิกภาพ Scale N	.420	.176	-.449	-7.11	.000
การมีปัญหาลัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	.496	.246	-26.90	-6.65	.000
บุคลิกภาพ Scale E	.525	.275	.40	3.96	.000
รายได้ของครอบครัว	.538	.289	1.08	2.86	.004

จากตารางที่ 15 พบว่า บุคลิกภาพ Scale N การมีปัญหาลัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส บุคลิกภาพ Scale E และรายได้ของครอบครัว สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะความสุข ของหญิงตั้งครรภ์ได้ 28.2% โดยคะแนนบุคลิกภาพ Scale N ที่เพิ่มขึ้น เป็นตัวทำนายคะแนนภาวะความสุขที่ลดลง และคะแนนบุคลิกภาพ Scale E ที่เพิ่มขึ้น เป็นตัวทำนายคะแนนภาวะความสุขที่เพิ่มขึ้น คะแนนการมีปัญหาลัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่เพิ่มขึ้น เป็นตัวทำนายคะแนนภาวะความสุขที่ลดลง และคะแนนรายได้ของครอบครัวที่เพิ่มขึ้น เป็นตัวทำนายคะแนนภาวะความสุขที่เพิ่มขึ้น

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดย

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และปัจจัยเกี่ยวกับจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วยบุคลิกภาพ และความพึงพอใจในชีวิตสมรสของหญิงตั้งครรภ์ กับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

#### สมมติฐานการวิจัย

-

#### วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design) การวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive design)
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ หญิงตั้งครรภ์

ประชากรตัวอย่าง (Samples Population) คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ จากหน่วยฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือเป็นหญิงครรภ์ที่ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูด การอ่านและสามารถเข้าใจภาษาไทยได้อย่างถูกต้อง, ไม่มีประวัติเป็นโรคจิตหรือโรคประสาท และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม



กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ จากหน่วยฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกประชากรตัวอย่าง สุ่มเลือกโดยวิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบ Simple random sampling ด้วยการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วันละ 10 คน จากจำนวนทั้งหมดประมาณวันละ 180 คน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนด(ช่วงเวลาประมาณ 3 เดือน) ตั้งแต่วันจันทร์-วันศุกร์ ในช่วงเวลา 8.00-12.00น.(หน่วยรับฝากครรภ์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในเวลาราชการให้บริการระหว่างเวลา 8.00น.-12.00น.) โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หากจับฉลากได้ตัวอย่างที่ไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จะทำการจับฉลากจากรายชื่อใหม่อีกครั้งหนึ่ง

3. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งมี 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้ส่วนบุคคล, รายได้ของครอบครัว, สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว, สถานภาพสมรส, รูปแบบชีวิตคู่และลักษณะครอบครัว สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย มีจำนวนทั้งหมด 9 ข้อใหญ่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์, อายุครรภ์ (สัปดาห์), ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อน, ประวัติการคลอดครั้งก่อน, อาการของการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อน (ครรภ์ก่อน), อาการของการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อน (ครรภ์ปัจจุบัน), โรคประจำตัว, การใช้ยาหรือสารเสพติดขณะตั้งครรภ์, ความกังวลเกี่ยวกับภาวะการตั้งครรภ์, สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และ ความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย มีจำนวนทั้งหมด 11 ข้อใหญ่

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสุข มีชื่อว่า The Oxford Happiness Questionnaire (OHQ) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบของความสุข ประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) อารมณ์ทางบวก (positive affect) และการไม่มีอารมณ์ทางลบ (negative affect)

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบวัดบุคลิกภาพใช้ The Maudsley Personality Inventory (MPI) แบ่งบุคลิกภาพออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ บุคลิกภาพแบบมั่นคงในสภาวะอารมณ์ (Stable) บุคลิกภาพแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ (Neurotic) บุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introvert) และบุคลิกภาพแบบแสดงออก (Extrovert) ประกอบด้วยข้อคำถาม 48 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตสมรส (Marital Satisfaction Scale) ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 46 ข้อ ใช้วัดความรู้สึก ความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อชีวิตสมรสในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านลักษณะของคู่สมรส ชีวิตสมรส และสัมพันธภาพระหว่างกัน และกัน

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเสนอเรื่องขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มารับฝากครรภ์ จากหน่วยฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ได้รับการสุ่มให้เป็นตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 438 คน

ติดต่อประสานงานกับทางหน่วยบริการรับฝากครรภ์ ตึก ภปร. ชั้น 8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดของวันและเวลา ในการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่วันจันทร์-วันศุกร์ ในช่วงเวลา 8.00-12.00น. ประมาณเดือนตุลาคม 2546 เป็นต้นไป จนกระทั่งเก็บข้อมูลได้ครบ ตามช่วงเวลาที่กำหนด พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ โดยผ่านการคัดเลือก และคัดออกตามเกณฑ์ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยในการบรรยายลักษณะประชากร
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) คือ T-test และ F-test ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ และพิจารณาค่าความแตกต่างรายคู่ด้วย Scheffe' method
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมอันได้แก่ความพึงพอใจในชีวิตสมรส และลักษณะบุคลิกภาพ กับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient
4. ใช้สถิติ Stepwise Multiple Regression Analysis โดยนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์มาหาความสัมพันธ์

### สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 : ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอข้อมูลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ อยู่ในช่วง 26-30 ปี มีจำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 21-25 ปี มีจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1 โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ  $27.89 \pm 5.4$

รายได้เฉลี่ยส่วนบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท มีจำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 44.3 รองลงมาได้มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 มีจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 19.9 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท มีจำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7 รองลงมาครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 10,000-15,000 บาท มีจำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 30.1 สถานภาพทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่พอมีพอใช้ มีจำนวน 285 คน คิดเป็นร้อยละ 65.1 รองลงมาคือมีเงินออม จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 20.1

สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส จำนวน 426 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 รองลงมาคือแยกกันอยู่มีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ชีวิตสมรสมีจำนวน 379 คน คิดเป็นร้อยละ 86.5

ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา มีจำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 37.0 รองลงมาคือไม่เกินกว่าระดับชั้นประถมศึกษา มีจำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 25.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเดิมคือ รับจ้าง มีจำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมาประกอบอาชีพพนักงานบริษัท มีจำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2

ระยะเวลาในการสมรส ส่วนใหญ่น้อยกว่า 4 ปี มีจำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 44.5 รองลงมาสมรสมากกว่า 6 ปีขึ้นไป มีจำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4

ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันสองสามีภรรยา มีจำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 45.4 รองลงมาคืออยู่ร่วมกับเครือญาติ มีจำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 33.6

ส่วนใหญ่อายุ อยู่ในช่วง 25-30 ปี มีจำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5 รองลงมาอายุมากกว่า 30 ปี มีจำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ  $27.89 \pm 5.4$  รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่มากกว่า 10000 บาท มีจำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 38.1 รองลงมาได้รายได้น้อยกว่า 5000 มีจำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10000-15000 บาท มีจำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 44.3 รองลงมาครอบครัวมีรายได้น้อยกว่า 10000 มีจำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 35.8 สถานภาพทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่พอมีพอใช้ มีจำนวน 285 คน คิดเป็นร้อยละ 65.1 รองลงมาคือมีเงินออมจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 20.1

สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส จำนวน 426 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 รองลงมาคือแยกกันอยู่มีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ชีวิตสมรสมีจำนวน 379 คน คิดเป็นร้อยละ 86.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา มีจำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 49.4 รองลงมาคือต่ำกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษา มีจำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 25.3 ซึ่งเท่ากับระดับอนุปริญญาขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเดิมคือ รับจ้าง มีจำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมาประกอบอาชีพพนักงานบริษัท มีจำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2 ระยะเวลาในการสมรส ส่วนใหญ่น้อยกว่า 4 ปี มีจำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 44.5 รองลงมาสมรสมากกว่า 6 ปีขึ้นไป มีจำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันสองสามีภรรยา มีจำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 45.4 รองลงมาคืออยู่ร่วมกับเครือญาติ มีจำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 33.6

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ พบว่า ลักษณะครรภ์ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก มีจำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 54.2 อายุครรภ์ปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในไตรมาสที่ 3 คือ ตั้งแต่ 27

เดือนขึ้นไป มีจำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 โดยอายุครรภ์เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ  $25.92 \pm 9.2$  สัปดาห์

ประวัติการตั้งครรภ์ในครั้งก่อนส่วนใหญ่ไม่พบปัญหา มีจำนวน 155 คนคิดเป็นร้อยละ 77.5 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือการแท้งบุตรมีจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 ประวัติการคลอดครั้งก่อนส่วนใหญ่ปกติไม่มีปัญหา มีจำนวน 147 คนคิดเป็นร้อยละ 43.5 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือคลอดโดยการผ่า มีจำนวน 38 คนคิดเป็นร้อยละ 71.7

ระยะเวลาในการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ครบกำหนด มีจำนวน 171 คนคิดเป็นร้อยละ 85.5 ส่วนใหญ่ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ คลอดเกินกำหนด มีจำนวน 17 คนคิดเป็นร้อยละ 58.6 อาการและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ส่วนใหญ่เป็นปัญหา มีจำนวน 137 คนคิดเป็นร้อยละ 68.5 โดยปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือปัสสาวะบ่อยมีจำนวน 68 คนคิดเป็นร้อยละ 49.6

อาการและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นปัญหา มีจำนวน 347 คน คิดเป็นร้อยละ 79.2 โดยปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือปัสสาวะบ่อยมีจำนวน 217 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5

โรคประจำตัวส่วนใหญ่ไม่พบ มีจำนวน 369 คิดเป็นร้อยละ 84.3 ส่วนในกลุ่มที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้มากที่สุดมีจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1

การใช้ยาหรือสารเสพติด ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ มีจำนวน 422 คน คิดเป็นร้อยละ 96.3 ส่วนในกลุ่มที่มีการใช้ ส่วนใหญ่จะเป็นการดื่มชา กาแฟ มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5

ความคาดหวังเกี่ยวกับเพศของบุตร ส่วนใหญ่ไม่ได้คาดหวัง มีจำนวน 284 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 ในกลุ่มที่คาดหวังมีความคาดหวังในเพศชาย และหญิงใกล้เคียงกัน 48.7 และ 51.3 ตามลำดับ

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดส่วนใหญ่จะเป็นเรื่อง ความปลอดภัยของตนเอง และบุตร ขณะคลอดจำนวน 392 คน คิดเป็นร้อยละ 91.8 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังคลอดซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบมีจำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 68 ส่วนที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่คือ กลัวว่ารูปร่างจะไม่เป็นอย่างเดิม จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 86.4 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร พบว่าส่วนใหญ่วิตกกังวล มีจำนวน 402 คน คิดเป็นร้อยละ 91.8 ซึ่งส่วนใหญ่จะวิตกกังวลเกี่ยวกับ สุขภาพและความแข็งแรงของบุตรมีจำนวน 391 คน คิดเป็นร้อยละ 97.2 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด พบว่าส่วนใหญ่วิตกกังวล มีจำนวน 427 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 โดยส่วนใหญ่จะเป็นเรื่อง ความปลอดภัยของตนเองและบุตรขณะคลอด มีจำนวน 392 คน คิดเป็นร้อยละ 91.8

สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส พบว่าส่วนใหญ่ไม่แตกต่างไปจากเดิม มีจำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 48.9 ส่วนใน ความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา มีจำนวน 415 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7

ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวแรก มีจำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 54.2 อายุครอบครัวปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในไตรมาสที่ 3 คือตั้งแต่ 27 เดือนขึ้นไป มีจำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 โดยอายุครรภ์เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ  $25.92 \pm 9.2$  สัปดาห์ ประวัติการตั้งครรภ์ในครั้งก่อนส่วนใหญ่ไม่พบปัญหา มีจำนวน 155 คนคิดเป็นร้อยละ 77.5 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือการแท้งบุตรมีจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 ประวัติการคลอดครั้งก่อนส่วนใหญ่ปกติไม่มีปัญหา มีจำนวน 147 คนคิดเป็นร้อยละ 43.5 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือคลอดโดยการผ่า มีจำนวน 38 คนคิดเป็นร้อยละ 71.7 ระยะเวลาในการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ครบกำหนด มีจำนวน 171 คนคิดเป็นร้อยละ 85.5 ส่วนใหญ่ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ คลอดเกินกำหนด มีจำนวน 17 คนคิดเป็นร้อยละ 58.6 อาการและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ส่วนใหญ่เป็นปัญหา มีจำนวน 137 คนคิดเป็นร้อยละ 68.5 โดยปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือปัสสาวะบ่อยมีจำนวน 68 คนคิดเป็นร้อยละ 49.6 อาการและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นปัญหา มีจำนวน 347 คน คิดเป็นร้อยละ 79.2 โดยปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือปัสสาวะบ่อยมีจำนวน 217 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ไม่พบ มีจำนวน 369 คิดเป็นร้อยละ 84.3 ส่วนในกลุ่มที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้มากที่สุดมีจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1 การไ้ยาหรือสารเสพติด ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ มีจำนวน 422 คน คิดเป็นร้อยละ 96.3 ส่วนในกลุ่มที่มีการใช้ ส่วนใหญ่จะเป็นการดื่มชา กาแฟ มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 ความคาดหวังเกี่ยวกับเพศของบุตร ส่วนใหญ่ไม่ได้คาดหวัง มีจำนวน 284 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 ในกลุ่มที่คาดหวังมีความคาดหวังในเพศชาย และหญิงใกล้เคียงกัน 48.7 และ 51.3 ตามลำดับ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องความปลอดภัยของตนเอง และบุตร ขณะคลอดจำนวน 392 คน คิดเป็นร้อยละ 91.8 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังคลอดซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบมีจำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 68 ส่วนที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่คือ กลัวว่ารูปร่างจะไม่เป็นอย่างเดิม จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 86.4 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร พบว่าส่วนใหญ่วิตกกังวล มีจำนวน 402 คน คิดเป็นร้อยละ 91.8 ซึ่งส่วนใหญ่จะวิตกกังวลเกี่ยวกับ สุขภาพและความแข็งแรงของบุตรมีจำนวน 391 คน คิดเป็นร้อยละ 97.2 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด พบว่าส่วนใหญ่วิตกกังวล มีจำนวน 427 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 โดยส่วนใหญ่จะเป็นเรื่อง ความปลอดภัยของตนเองและบุตรขณะคลอด มีจำนวน 392 คน คิดเป็นร้อยละ 91.8 สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส พบว่าส่วนใหญ่ไม่แตกต่างไปจากเดิม มี

จำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 48.9 ส่วนใน ความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา มีจำนวน 415 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7

ตอนที่ 2 : ผลการวิเคราะห์ระดับภาวะความสุข ความพึงพอใจในชีวิตสมรสและ ลักษณะบุคลิกภาพของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะความสุขอยู่ในระดับมาก คือ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 126-174 คะแนน จำนวน 251 คน คิดเป็นร้อยละ 57.3 โดยคะแนน ภาวะความสุขเฉลี่ยเท่ากับ  $127.76 \pm 14.7$  ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในชีวิตสมรสอยู่ในระดับน้อย คือมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 46-107 คะแนน มีจำนวน 284 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 โดยคะแนนความพึงพอใจในชีวิตสมรสเฉลี่ยเท่ากับ  $100.39 \pm 22.56$

ในด้านบุคลิกภาพ Scale E มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $25.06 \pm 6.04$  โดยมีคะแนนเฉลี่ยของบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introvert) เท่ากับ  $20.10 \pm 3.57$  และมีคะแนนเฉลี่ยของบุคลิกภาพแบบแสดงตัว (Extrovert) เท่ากับ  $29.77 \pm 3.67$  ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว มีจำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 ส่วนบุคลิกภาพแบบเก็บตัว มีจำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 ในด้านบุคลิกภาพ Scale N มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $26.08 \pm 10.15$  โดยมีคะแนนเฉลี่ยของบุคลิกภาพแบบมั่นคงในสภาวะอารมณ์ (Stable) เท่ากับ  $34.17 \pm 5.61$  และมีคะแนนเฉลี่ยของบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ (Neurotic) เท่ากับ  $17.14 \pm 5.46$  ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีบุคลิกภาพหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ มีจำนวน 230 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 ส่วนบุคลิกภาพมั่นคงในสภาวะอารมณ์ มีจำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะความสุขอยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 315 คน คิดเป็นร้อยละ 71.9 รองลงมามีภาวะความสุขอยู่ในระดับมาก มีจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 โดยคะแนนภาวะความสุขเฉลี่ยเท่ากับ  $127.76 \pm 14.7$  ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในชีวิตสมรสอยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 316 คน คิดเป็นร้อยละ 72.1 รองลงมามีความพึงพอใจในชีวิตสมรสอยู่ในระดับน้อย มีจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 14.6 โดยคะแนนความพึงพอใจในชีวิตสมรสเฉลี่ยเท่ากับ  $100.39 \pm 22.56$  ในด้านบุคลิกภาพ Scale E คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $25.06 \pm 6.04$  ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว มีจำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 ส่วนบุคลิกภาพแบบเก็บตัว มีจำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 ในด้านบุคลิกภาพ Scale N คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $26.08 \pm 10.15$  ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีบุคลิกภาพหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ มีจำนวน 230 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 ส่วนบุคลิกภาพมั่นคงในสภาวะอารมณ์ มีจำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5

ตอนที่ 3 : ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครุฑ ปัจจัยทางจิตสังคม อันได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตสมรสและลักษณะบุคลิกภาพ ที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะความสุขของหญิงตั้งครุฑ โดยเสนอข้อมูลเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง รายได้ของครอบครัว สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน

โดยปัจจัยทางด้านอายุที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.002 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่าในกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 31-35 ปี จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่สูงกว่ากลุ่มอายุระหว่าง 15-20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยด้านการศึกษาที่แตกต่างกันจะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่สูงกว่า กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และกลุ่มที่มีการศึกษาไม่เกินกว่าระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รายได้ของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่าในกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่สูงกว่า กลุ่มที่ไม่มีรายได้, มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท และกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่าในกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่ต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า 30,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่าในกลุ่มที่มีหนี้สิน จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่ต่ำกว่ากลุ่มที่พอมีพอใช้ และกลุ่มที่มีเงินออม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



โดยปัจจัยทางด้านอายุที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่าในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 30 ปี จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่สูงกว่า กลุ่มอายุที่น้อยกว่า 25 และกลุ่มอายุระหว่าง 25-30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ปัจจัยด้านการศึกษาที่แตกต่างกันจะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไปจะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่สูงกว่า กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และกลุ่มที่มีการศึกษาที่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, รายได้ของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่าในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่ต่ำกว่า กลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท และกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, รายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่าในกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่ต่ำกว่า กลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 10,000-15,000 บาท และกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe' พบว่าในกลุ่มที่มีหนี้สิน จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่ต่ำกว่ากลุ่มที่พอมีพอใช้ และกลุ่มที่มีเงินออม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ การใช้ยา หรือสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังการคลอด ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน

โดยการใช้ยา หรือสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของคะแนนภาวะความสุขพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยาหรือสารเสพติดจะมีคะแนนภาวะความสุขที่สูงกว่า กลุ่มที่ใช้ยาหรือสารเสพติด



3. จากการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม อันได้แก่ ระดับความพึงพอใจในชีวิตสมรส และลักษณะบุคลิกภาพซึ่งแบ่งเป็น บุคลิกภาพ Scale E และบุคลิกภาพ Scale N กับภาวะความสุข พบว่า บุคลิกภาพ Scale E ซึ่งแบ่งเป็นด้าน Extrovert กับ Introvert และบุคลิกภาพ Scale N ซึ่งแบ่งเป็นด้าน Neurotic กับ Stable มีความสัมพันธ์กับ คะแนนภาวะความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และไม่พบว่าความพึงพอใจในชีวิตสมรสมีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าบุคลิกภาพ Scale E มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนภาวะความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้น (ความกล้าแสดงออก) ทำให้คะแนนของภาวะความสุขเพิ่มมากขึ้น และพบว่าบุคลิกภาพ Scale N มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนภาวะความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้น (ลักษณะความหวั่นไหวทางด้านอารมณ์) ทำให้คะแนนภาวะความสุขลดลง

ตอนที่ 4 : ผลการศึกษาปัจจัยร่วมที่เป็นตัวพยากรณ์ภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า บุคลิกภาพ Scale N การมีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส บุคลิกภาพ Scale E และรายได้ของครอบครัว สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะความสุข ของหญิงตั้งครรภ์ได้ 28.2% โดยคะแนนบุคลิกภาพ Scale N ที่เพิ่มขึ้น เป็นตัวทำนายคะแนนภาวะความสุขที่ลดลง และคะแนนบุคลิกภาพ Scale E ที่เพิ่มขึ้น เป็นตัวทำนายคะแนนภาวะความสุขที่เพิ่มขึ้น

คะแนนการมีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่เพิ่มขึ้น เป็นตัวทำนายคะแนนภาวะความสุขที่ลดลง และคะแนนรายได้ของครอบครัวที่เพิ่มขึ้น เป็นตัวทำนายคะแนนภาวะความสุขที่เพิ่มขึ้น

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ พบประเด็นสำคัญนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. ภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 438 คน ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขอยู่ในระดับมาก คือ มีจำนวน 251 คน คิดเป็นร้อยละ 57.3 ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนสุขภาพของ Gordon<sup>(72)</sup> ที่กล่าวถึงแบบแผนการรับรู้ตนเอง

และอัตมโนทัศน์ ซึ่งเป็นความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อตนเอง ในข้อหนึ่ง ที่กล่าวว่า การตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เพราะสามารถตั้งครรภ์ได้ และลูกถือเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้จิตใจเบิกบานและเข้มแข็งในขณะตั้งครรภ์ แม้จะพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกจะเป็นไปในลักษณะของความวิตกกังวล อารมณ์หวั่นไหว ระวังและกลัว<sup>(36)</sup> โดยเฉพาะการมีอารมณ์ฉุนเฉียวง่ายไม่อดทน และมีหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากที่ในระยะนี้จะมี ความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalence) ต่อทารกในครรภ์ เนื่องจากยังไม่มีความรู้สึกว่ามีทารก อยู่ในครรภ์จึงเกิดความสับสนระหว่างความพึงพอใจที่กำลังจะมีทารกกับความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และอิสระภาพ แต่เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินไปจนถึงช่วงไตรมาสที่ 2 หญิงตั้งครรภ์จะเริ่มรู้สึกถึงการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ ซึ่งการที่มีความรู้สึกว่าเด็กดิ้นนี้เอง ที่ทำให้ความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายที่มีต่อทารกหมดไป ในระยะนี้ หญิงตั้งครรภ์จะมีอารมณ์คงที่มากขึ้น มีความรักและผูกพันกับทารกในท้อง

และเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 3 หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกภาคภูมิใจมากขึ้นที่กำลังจะเป็นแม่ แม้ว่าในขณะเดียวกันจะเกิดความวิตกกังวลต่อสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น ดังที่ Williams และคณะ (อ้างใน นราภรณ์ ชาญชัย)<sup>(39)</sup> กล่าวว่า เนื่องจากใกล้คลอดทำให้วิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยทั้งตนเองและบุตร แต่ความวิตกกังวลเหล่านี้ เกิดจากความรักและความห่วงใยที่มีต่อลูก สอดคล้องกับ Ballou<sup>(37)</sup> ที่กล่าวว่า การเคลื่อนไหวของทารกในไตรมาสที่ 3 ทำให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่ามีทารกในครรภ์คือส่วนหนึ่งของชีวิตของเธอ บทบาทความเป็นแม่จะเริ่มก่อตัวขึ้นและพัฒนาต่อไปจนกระทั่งคลอดบุตร ซึ่งจะนำไปสู่ความรัก ความผูกพันที่มีต่อทารกที่คลอดออกมา

ผลจากการศึกษา อาจกล่าวได้ว่าบทบาทความเป็นแม่ที่เริ่มก่อตัวขึ้น และพัฒนาต่อไปจนกระทั่งคลอดบุตร ซึ่งจะนำไปสู่ความรัก ความผูกพันที่มีต่อทารกที่คลอดออกมา เป็นสิ่งที่ทำให้ทุกช่วงขณะของการตั้งครรภ์แฝงไปด้วยความสุข ทำให้พบว่าภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง

2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง รายได้ของครอบครัว และสถานะทางเศรษฐกิจ

### 2.1 อายุ

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านอายุ พบว่า อายุที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.002 โดยพบว่า กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 31-35 ปี จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขสูงกว่ากลุ่มอายุระหว่าง 15-20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ Mercer <sup>(73)</sup> ที่กล่าวว่าพบทาบทาการเป็นมารดาเป็นงานหนัก ผู้ที่มีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้นจึงจะสามารถกระทำทาบทาการได้ดี การที่หญิงตั้งครรภ์ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพและทาบทาการใหม่ถือว่าเป็นเกณฑ์ประเมินที่สำคัญที่สุดของบุคคลในการมีวุฒิภาวะ และมีความรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ ซึ่ง Hurlock <sup>(6)</sup> กล่าวว่าอายุ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยบ่งชี้วุฒิภาวะของหญิงตั้งครรภ์

สอดคล้องกับ Holmes และ Margiera <sup>(74)</sup> ที่กล่าวว่า สิ่งที่มีความสัมพันธ์กันวุฒิภาวะทางอารมณ์โดยตรงคืออายุ ซึ่งช่วงอายุที่เหมาะสมสำหรับการตั้งครรภ์คืออายุระหว่าง 20-30 ปี เนื่องจากมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มักจะไม่มี ความพร้อมในการเป็นมารดา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับวัฒนา ศรีพจนารถ <sup>(5)</sup> ที่กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี มักจะมีปัญหาต่อการปรับตัว ต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ เช่น ขนาดของหน้าท้องที่ขยายใหญ่ขึ้น การมีฝ้าขึ้นบนใบหน้า การมีอาการไอระคาย ความไม่พอใจต่อภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลถึงสภาวะจิตใจ ซึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยมีความรู้สึกในด้านลบมากกว่าด้านบวก

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Oppentreim (อ้างใน Priest) <sup>(49)</sup> ที่กล่าวว่าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือยังมีวุฒิภาวะไม่พร้อมมักจะมีความรู้ในเรื่องการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรเพียงเล็กน้อย และนั่นถือเป็นความเสี่ยงอย่างยิ่งหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้มักจะมีสัมพันธภาพกับบุคคลอย่างไม่มั่นคง ขาดพ่อแม่มาคอยสนับสนุนและช่วยเหลือ และมักกลัวโรงพยาบาล กลัวเรื่องการตรวจร่างกาย โดยเฉพาะการฉีดยาและที่สำคัญคือจะให้ความสำคัญกับรูปร่างหน้าตาเป็นอย่างมาก ทำให้พวกเธอรู้สึกไม่มีความสุขที่รูปร่างหน้าตาไม่ดึงดูดความสนใจเหมือนเก่า ซึ่งตรงกันข้ามกับหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากขึ้น ซึ่งมีวุฒิภาวะพร้อมที่จะมีบุตร ทำให้พวกเธอมีความสุขกับการตั้งครรภ์มากกว่า สอดคล้องกับ Bobak และ Jensen (อ้างใน สุจิตรา เขียวชัย วัฒนากุล) <sup>(60)</sup> ที่กล่าวว่า อายุของมารดาที่ต่ำกว่า หรือเท่ากับ 16 ปี เป็นคุณลักษณะที่เป็นภาวะ

เสียงและจากการศึกษาของดาราวรรณ ธรรมรักษ์ (อ้างใน รวีวรรณ พงษ์เทพ) <sup>(6)</sup> พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ครอบครัวไม่ยอมรับมากที่สุดมีอายุระหว่าง 16-20 ปี และร้อยละ 99 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ครอบครัวไม่ยอมรับได้พยายามทำแท้งมาแล้ว แต่ไม่เป็นผล และจากการศึกษาของวันเพ็ญกุลนริศ <sup>(75)</sup> พบว่า หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์มีความไม่พร้อมในการมีบุตรถึงร้อยละ 52 โดยส่วนใหญ่มีเหตุผลว่าตนเองมีอายุน้อย รายได้ต่ำ ไม่มีความรู้ในการเลี้ยงดูทารก คุมกำเนิดพลาด และไม่ทราบว่าตั้งครรภ์เมื่อใด ดังนั้นเมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นจึงอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความกลัว วิตกกังวล และสับสนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สำหรับวัยรุ่นหญิงที่จำเป็นต้องแต่งงานเพื่อแก้ปัญหาจากการตั้งครรภ์ อาจรู้สึกผิดหรือวิตกกังวลในขณะที่หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้แต่งงานนอกจากจะรู้สึกผิด โกรธ และอับอายแล้ว ยังมีความรู้สึกเหมือนติดกับหาทางออกไม่ได้ ถูกทอดทิ้งจากสังคมและกลุ่มเพื่อน ว้าเหว่ โดดเดี่ยวการมีอารมณ์ทางลบเหล่านี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยมีภาวะความสุขอยู่ในระดับต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า

## 2.2 ระดับการศึกษา

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและกลุ่มที่มีการศึกษาไม่เกินกว่าระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Stanley และ Copans (อ้างใน รวีวรรณ พงษ์เทพ) <sup>(6)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ และผลของความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์และหญิงตั้งครรภ์เอง พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้กรณีการ อักษรสกุล (อ้างใน รวีวรรณ พงษ์เทพ) <sup>(6)</sup> ได้กล่าวว่า การศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสิ่งแวดล้อมทางสังคม ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลที่สมสถานภาพทางเศรษฐกิจหรือชั้นทางสังคมแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะระดับการศึกษาเป็นดัชนีหนึ่งที่ใช้วัดฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ในหญิงตั้งครรภ์การศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความแตกต่างในการดำรงชีวิต ดังที่วัฒนา ศรีพจนารด <sup>(5)</sup> กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองได้ดี เนื่องจากการศึกษาจะทำให้บุคคลมีโอกาสใช้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่ให้ความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มากกว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ดังเช่น การศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับการใช้บริการฝากครรภ์ของอมรพันธ์ ประทุมทิพย์ (อ้างใน

รวีวรรณ พงษ์เทพ) <sup>(6)</sup> ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูงจะเข้ารับการบริการฝากครรภ์มากกว่าสตรีที่มีการศึกษาค่ำ ซึ่งผลที่ตามมาคือหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการบริการฝากครรภ์ จะมีความรู้ในการปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม ปัญหาที่จะเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ จึงมีน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เข้ารับการบริการฝากครรภ์

จากการศึกษาของ Buesching และคณะ (อ้างใน วัฒนิน แสงหิรัญ) <sup>(76)</sup> ถึงการดำเนินของอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอด ในหญิงตั้งครรภ์จาก Office of Family Practice (OFP) ใน University of Illinois College of Medicine จำนวน 57 คน พบว่า หนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ คือ ระดับการศึกษา และรายได้

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าระดับการศึกษา เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความรู้ทัศนคติ รายได้ และสถานะเศรษฐกิจ เป็นต้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของแต่ละคนต่างกัน เช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ และเหตุการณ์ในชีวิตเหล่านี้เองที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของหญิงตั้งครรภ์

### 2.3 รายได้เฉลี่ยส่วนบุคคล

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านรายได้เฉลี่ยส่วนบุคคล พบว่า รายได้เฉลี่ยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่าในกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีรายได้, มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท และกลุ่มที่มารายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีความเกี่ยวเนื่องมาจากระดับการศึกษา ดังที่ ทศนีย์ สังขวรรณ <sup>(77)</sup> กล่าวว่า การได้รับการศึกษาค่ำ จะทำให้มีรายได้น้อยลงด้วยหรืออาจมีรายได้ไม่แน่นอน หรืออาจไม่มีรายได้เลย แต่อาศัยรายได้เฉพาะสามเือนั้น โดยเฉพาะในรายที่ออกจากงานเมื่อตั้งครรภ์ จึงมีความวิตกกังวล หรือความเครียด อันเนื่องมาจากสถานะทางเศรษฐกิจ

สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ อารีกุล <sup>(47)</sup> ที่พบว่า ปัญหาเรื่องการเงินเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจเพราะมารดาที่มีฐานะทางการเงินไม่ดีจะมีความวิตกกังวลในเรื่องนี้มาก เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการคลอด การเลี้ยงดูบุตร และในบางครั้ง การตั้งครรภ์หรือการมีบุตรเล็ก ๆ ทำให้ต้องหยุดงาน ทำให้มีปัญหาระยะเงินมากยิ่งขึ้น ทำให้กระทบต่อสถานะทางจิตใจ คือมีความสุขลดลง เนื่องจาก เมื่อมีการตั้งครรภ์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานและอาชีพของหญิงตั้งครรภ์ได้ ทำให้ทำงานได้ไม่เต็มความสามารถ นอกจากนี้แล้วยังสูญเสียเวลาในการทำงาน และยังมีสิ่งที่จะต้องสูญเสียในรูปของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

จากการตั้งครุภัณฑ์อีกหลายประการ เช่น ค่าฝากครุภัณฑ์ ตรวจครุภัณฑ์ และค่าอาหารบำรุงร่างกาย และค่าคลอด เป็นต้น จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

จากผลการศึกษาจึงอาจกล่าวได้ว่ารายได้ส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีปัญหาเรื่องรายได้ส่วนบุคคล จะมีระดับภาวะความสุขมากกว่ากลุ่มที่มีปัญหาในด้านรายได้ส่วนตัว

#### 2.4 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านรายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัวที่แตกต่างกันของหญิงครรภ์ จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่าในกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่ต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า 30,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Israel (อ้างใน ทศนีย์ สังขวรรณ)<sup>(77)</sup> ที่กล่าวว่า ความพร้อมด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่ออารมณ์ในด้านดีของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจภายในครอบครัว มีอิทธิพลต่อหญิงตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ<sup>(6)</sup>

ซึ่งในขณะนี้ จะต้องมีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น วัฒนา ศรีพจนารถ<sup>(5)</sup> กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาเกี่ยวกับรายได้ที่ลดลงของครอบครัว มีปัญหาสามมีที่ทอดทิ้งหรือชอบเล่นการพนัน ย่อมทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะความเครียดสูง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง หงุดหงิดง่าย ไม่สนใจการตั้งครรภ์เท่าที่ควร ตลอดจนขาดการเตรียมพร้อมต่อบทบาทการเป็นมารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์และคลอดจนไปจนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์

#### 2.5 สถานะทางเศรษฐกิจ

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่าในกลุ่มที่มีหนี้สิน จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความสุขที่ต่ำกว่ากลุ่มที่พอมือพอใช้ และกลุ่มที่มีเงินออม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทั่วไปแล้วหญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะในทางเศรษฐกิจดี การตั้งครรภ์จะมีผลกระทบต่ออารมณ์ในด้านดีต่อทารก แต่หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอกับรายจ่ายหรือค่าจ้างที่ได้รับไม่สม่ำเสมอ มี



ปัญหาต้องอยู่คนเดียวถูกสามีทอดทิ้ง ไม่สามารถที่จะหารายได้มาเลี้ยงตัวเองได้เพียงพอ จะมีความกังวลต่อค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับตนเองและทารกในครรภ์ ทำให้เกิดความเครียดและเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าตนเองต้องการมีทารกหรือไม่ การรับรู้ต่อบทบาทการเป็นมารดาจึงเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้จะเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ทำให้คนต้องแข่งขันกันสูงขึ้น รวมทั้งในเรื่องเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีความมั่นคงของรายได้ สามารถจ่ายค่ารักษาได้เต็มที่ และสามารถดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความพร้อม จะเห็นความสำคัญของการป้องกันสุขภาพ เมื่อรู้ว่าตัวตั้งครรถ์จะเริ่มมาฝากครรภ์ ทำให้มีความสุขกับการตั้งครรถ์

ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมปานกลาง ในกลุ่มนี้เรียกได้ว่าเกือบจะมีความมั่นคงของรายได้ อาจจะมีหนี้สินบ้างหรือมีรายได้เก็บเพียงเล็กน้อย ความสามารถในการดูแลสุขภาพจะขึ้นอยู่กับรายได้ จะรีบฝากครรภ์ตั้งแต่นั้น ๆ เช่นเดียวกัน มีการวางแผนเกี่ยวกับอนาคตการเลี้ยงดูและการศึกษาของทารก ฐานะทางเศรษฐกิจจึงส่งผลกระทบต่ออารมณ์ทั้งทางด้านลบและทางด้านบวก

ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ กลุ่มนี้จะเสี่ยงต่อการผันแปรของรายได้ค่อนข้างมาก รวมทั้งขาดอำนาจและทักษะการต่อรองต่าง ๆ ทางสังคม ต้องคืนรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดจนต้องมองข้ามความสำคัญของการดูแลสุขภาพ ถ้ามีการตั้งครรถ์เกิดขึ้น มักมาฝากครรภ์ล่าช้า อนาคตของการเลี้ยงดูทารกเป็นสิ่งที่ไม่มีความแน่นอน ภาวะอารมณ์ในหญิงตั้งครรถ์ที่มีฐานะในระดับนี้ จึงมีอารมณ์ทางลบเป็นส่วนใหญ่ เช่น วิตกกังวล เครียด ท้อแท้ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hallingshead และคณะ<sup>(78)</sup> พบว่า การเจ็บป่วยทางจิตพบมากในคนที่มีภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำและจากการศึกษาของ Surasak<sup>(79)</sup> พบว่า ฐานะเศรษฐกิจที่ต่ำเป็นสาเหตุหนึ่งของความผิดปกติทางจิตในหญิงหลังคลอด

3. ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรถ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรถ์ ได้แก่ การใช้ยา หรือสารเสพติด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังคลอด สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ

### 3.1 การใช้ยาหรือสารเสพติด

จากการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรถ์ทางด้านการใช้ยาหรือสารเสพติดพบว่าการใช้ยาและสารเสพติดของหญิงตั้งครรถ์ที่แตกต่างกันจะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยาหรือสารเสพติดจะมีคะแนนภาวะความสุขที่สูงกว่า กลุ่มที่ใช้ยาหรือสารเสพติด ซึ่ง Gossop และ Grant<sup>(80)</sup> ได้กล่าวไว้ในหนังสือ

ของ WHO ว่าสังคมในทุก ๆ ส่วนของทุกมุมโลกมีการใช้สารเสพติดทั้งสิ้น เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ความเศร้าเสียใจ และเพิ่มความสุขพร้อมทั้งการตื่นตัวเมื่อเสพ จากคำกล่าวข้างต้นเป็นตัวที่อาจบ่งชี้ให้เห็นว่า หนิงตั้งครมที่มีการใช้ยาและสารเสพติดนั้น อาจมีปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก เช่น มีความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ฯลฯ และเมื่อมีการใช้ยาหรือสารเสพติดจะทำให้มีความสุขมากขึ้น มีความตื่นตัวมากขึ้น เพราะการมีอารมณ์ทางลบ เช่น ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าจะทำให้บุคคลรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ แยกตัว และครุ่นคิดเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ เป็นต้น<sup>(26)</sup> และทำให้สามารถนอนหลับง่ายขึ้น เมื่อมีการใช้ยานอนหลับหรือดื่มเครื่องดื่มที่มี Alcohol เนื่องจาก Alcohol มีผลช่วยให้เริ่มต้นการหลับง่ายขึ้น (sleep initiation) ซึ่งเป็นความเข้าใจผิด ทั้งนี้เนื่องจาก Alcohol จะลด rapid eye movement sleep (REM sleep) ลด deep sleep (stage 4 non REM sleep) เพิ่ม sleep fragmentation ทำให้หลับไม่สนิทและมีการตื่นนอนในช่วงการหลับบ่อย ๆ

จากการศึกษาของ Anthenelli และ Schuckit<sup>(82)</sup> แห่ง San Diego Veterans Affairs Medical Center พบว่าการใช้ยาและสารเสพติดเป็นสัญญาณบอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีอาการของความวิตกกังวล (anxiety) และความซึมเศร้า (depression) ซึ่งสอดคล้องกับ Hostetter และ Andolsek<sup>(83)</sup> ที่กล่าวว่าผลของความวิตกกังวลของหนิงตั้งครม ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขณะตั้งครม คือ การเอาใจใส่ดูแลสุขภาพลดลง, มีพฤติกรรมที่คิดว่าจะทำให้ความเครียดลดลง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า การใช้ยานอนหลับ เป็นต้น ซึ่ง Kuczkowski<sup>(84)</sup> แห่งมหาวิทยาลัย UCSD, USA. กล่าวว่า 90% ของหนิงที่ใช้สารเสพติดอยู่ในวัยของการตั้งครมและสาเหตุของการใช้ยาหรือสารเสพติดในหนิงตั้งครมมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้าน physiology

นอกจากนี้ Alcohol เป็น Substance ที่มีฤทธิ์เป็น CNS Depressant เหมือนยาในกลุ่ม Benzodiazepine โดย positive reinforcement คือ ทำให้เกิดความรู้สึก Euphoria ภายหลังจากดื่ม นอกจากนี้ Alcohol ทำให้เกิด negative reinforcement ใช้ลดความวิตกกังวลในหลายสภาวะการณณ์ ลดความกลัว กลัดกลุ้ม หรือ Conflict ชั่วคราว<sup>(81)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับ McGrath และคณะ<sup>(80)</sup> ที่กล่าวถึงการบำบัดรักษาความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครม โดยการใช้ psychotropic drug เช่น Benzodiazepine และ antidepressants ในการบำบัดรักษา การใช้ Alcohol ซึ่งมีผลของการทำงานคล้ายกับ Benzodiazepine จึงทำให้อารมณ์ทางลบของหนิงตั้งครมลดลงได้

จากผลการศึกษาจึงอาจกล่าวได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการใช้ยาและสารเสพติด อาจเป็นเพราะมีความขัดแย้งหรือคับข้องทางสภาวะจิตใจ เช่นความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้หาทางออกโดยการ ใช้สารเสพติด และทำให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ มีภาวะความสุขในระดับต่ำกว่าผู้ที่ไม่ใช้สาร หรือในทางกลับกัน การใช้สารเสพติดอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ มีภาวะความสุขอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบอัตราส่วนจากประชากรหญิงตั้งครรภ์ที่ทำการศึกษาทั้งหมดแล้ว จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ยาและสารเสพติดมีจำนวนน้อย คือมีเพียงร้อยละ 3 ของประชากรทั้งหมดที่ทำการศึกษาในครั้งนี้

### 3.2 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังคลอด

จากการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ทางด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังคลอด พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังคลอดที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้วิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังคลอดจะมีคะแนนภาวะความสุขสูงกว่ากลุ่มที่วิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังคลอดสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของหญิงในระยะตั้งครรภ์ของ ทศนีย์ สังขวรรณ (77) พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดจากหญิงตั้งครรภ์เป็นอันดับที่ 4 คือการกลัวว่าสัดส่วนของร่างกายจะเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับปัญหาของหญิงระยะตั้งครรภ์ พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อหญิงระยะตั้งครรภ์ คือ ภาพลักษณ์ (Body Image) โดยหญิงระยะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ได้ ดังที่ Hawkins และ Higgins (10) กล่าวว่า สิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อหญิงระยะตั้งครรภ์คือภาพลักษณ์โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มักจะมีกรรับรู้เกี่ยวกับร่างกายตนเองบิดเบือนไปจากความเป็นจริงถ้าการรับรู้ห่างไกลจากความเป็นจริงมาก จะทำให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจ ซึ่งความขัดแย้งนี้อาจมีผลทำให้เกิดความผิดปกติของจิตใจและฆ่าตัวตายได้ (86)

จากการศึกษาของ Moore (41) พบว่า ภาพลักษณ์ของหญิงระยะตั้งครรภ์ที่เป็นชาวอเมริกันมักจะเป็นไปในทางลบ และภาพลักษณ์เป็นไปในทางลบมากขึ้น เมื่อการตั้งครรภ์เด่นชัดขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ Fawcett (16) พบว่าภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อตนเองทั้งระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอด จะส่งผลต่อสภาพจิตใจ คือ เป็นเหตุให้เกิดอารมณ์เศร้า และวิตกกังวลได้ และ Priest (49) กล่าวว่า การที่หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังคลอด อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิดโรคจิตได้

ง่ายและยังส่งผลกระทบต่อร่างกายอีกด้วย และจากการศึกษาของ วารี นานา<sup>(59)</sup> เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอดระยะต้น พบว่า ความกังวลรูปร่างหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอดระยะต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับ Olds และคณะ (อ้างใน Myers)<sup>(56)</sup> กล่าวว่า เนื่องจากสภาพรูปร่างเป็น predisposing factor อย่างหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้าจึงทำให้หญิงหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการสูญเสียสภาพการและรูปร่างของตนระยะหลังคลอดใหม่จะมีความรู้สึกสูญเสียมากเพราะจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ผิวหนังยืดขยาย ร่องรอยของความเหี่ยวยุบปรากฏอยู่ทำให้สูญเสียการนับถือตนเอง (self esteem) ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงสภาพรูปร่างและชีวิตในสังคม

### 3.3 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

จากการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ทางด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่า กลุ่มที่มีสัมพันธภาพดีขึ้น จะมีคะแนนภาวะความสุขที่สูงกว่ากลุ่มที่สัมพันธภาพไม่แตกต่างจากเดิม แยก และไม่แน่ใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ Caplan<sup>(87)</sup> ที่กล่าวว่า ระยะตั้งครรภ์เป็นระยะที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤติได้ง่าย ส่วนหนึ่ง เป็นผลจากมีความอ่อนแอของอีโก้ (Ego) สามีเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการที่จะช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ของภรรยา โดยให้การช่วยเหลือสนับสนุนในภาวะที่ภรรยาเกิดความวิตกกังวลทางจิตใจจนกระทั่งอีโก้ที่อ่อนแอสามารถแข็งแรงได้ อันเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของหญิงระยะตั้งครรภ์ให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด ทรงพร จันทองพัฒน์<sup>(4)</sup> กล่าวว่า ในขณะที่ตั้งครรภ์ การมีสัมพันธภาพอันดีระหว่างสามีและภรรยา ถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเพราะจะส่งผลต่อการเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ ในทางตรงข้ามครอบครัวที่ไม่มีความสุข มีเรื่องทะเลาะกันเกือบตลอดเวลาจะส่งผลให้มีเจตคติไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ ซึ่ง Priest<sup>(49)</sup> กล่าวว่า การที่สามีให้ความเอาใจใส่ ดูแล แก่หญิงตั้งครรภ์ เช่น การซื้ออาหารที่ชอบมาฝาก การช่วยถือของ พาไปฝากครรภ์ การนั่งเล่นกับลูกในครรภ์ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้สภาวะจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ดีขึ้นเพราะในช่วงเวลานี้ หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการที่จะได้รับความเอาใจใส่จากสามี ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่สำคัญมากที่สุดของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้น การที่มีสัมพันธภาพแย่ง หรือการที่หญิงตั้งครรภ์ไม่แน่ใจในสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จึงกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึก ทำให้มีภาวะความสุขต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นของคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาศ สง่าเนตรเพชร<sup>(88)</sup>

พบว่า ปัจจัยทางด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

### 3.4 สัมพันธภาพระหว่างเครือญาติ

จากการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ทางด้านสัมพันธภาพระหว่างเครือญาติพบว่า สัมพันธภาพระหว่างเครือญาติที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์จะมีคะแนนภาวะความสุขที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่า กลุ่มที่ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพกับเครือญาติจะมีคะแนนภาวะความสุขที่สูงกว่ากลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับเครือญาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากระยะการตั้งครรภ์นั้นเป็นระยะของการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลใหม่ คนในสังคมของหญิงตั้งครรภ์อื่น ได้แก่ สามีย ลูก ญาติ ทั้งฝ่ายตนเองและฝ่ายของสามีจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อหญิงตั้งครรภ์ ดังที่ รวีวรรณ พงษ์เทพ<sup>(6)</sup> ที่กล่าวว่าครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ เพราะลักษณะของครอบครัวที่แตกต่างกันจะทำให้การดำรงชีวิตของหญิงตั้งครรภ์แตกต่างกัน โดย จากการศึกษาของ Richardson อ่างใน พิศมัย เพิ่มกระโทก<sup>(89)</sup> พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ประเมินความสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม อันได้แก่ ญาติ สามี และลูก ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปใน 2 ลักษณะ ลักษณะแรก คือ เกิดความสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาขึ้น เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นไปตามคาดหวังของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะพยายามเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ให้เป็นไปในทางที่คาดหวัง ซึ่งต้องใช้ความพยายามอย่างมาก และก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้น ความสัมพันธ์อีกลักษณะหนึ่งที่พบคือเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะช่วยเหลือและสนับสนุน ความสัมพันธ์เช่นนี้เป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ เนื่องจากระยะตั้งครรภ์เป็นระยะที่ หญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะพึ่งพาผู้อื่น ระบบการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นนี้จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ได้ดี ซึ่งส่งผลต่อร่างกายและจิตใจในระหว่างตั้งครรภ์ ดังที่ การศึกษาของ ทศนิษฐ์ สังขวรรณ<sup>(77)</sup> พบว่า การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดหรือญาติจะช่วยลดความเครียดได้ เพราะจะรู้สึกว่ามีที่ปรึกษาและห่วงใย สอดคล้องกับ Ballou<sup>(36)</sup> กล่าวว่า ในระยะตั้งครรภ์มารดาของหญิงตั้งครรภ์เป็นบุคคลที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้ที่เป็นต้นแบบและคอยให้ความช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ได้มากที่สุด สัมพันธภาพระหว่างมารดาของหญิงตั้งครรภ์กับหญิงตั้งครรภ์เองจะส่งผลต่อการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับทารกในครรภ์ จนกระทั่งคลอด จากการศึกษาของ Jan และคณะ (อ่างใน วัฒนีสว่างหรือ)<sup>(76)</sup> พบว่า การมีความตึงเครียดสูงและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความสัมพันธ์กับการมีความไม่สมดุลทางอารมณ์สูง อย่างมีนัยสำคัญและ Bobak & Jensen (อ่างใน สุจิตรา

เจ็ชชัชวัฒนากุล)<sup>(60)</sup> กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติขาดการสนับสนุนหรือขาดการช่วยเหลือจากทางบ้าน ถือเป็นหญิงที่มีภาวะเสี่ยง

จากผลการศึกษาจึงอาจกล่าวได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติกับหญิงตั้งครรภ์ ถือเป็นสิ่งสำคัญ ที่ส่งผลต่อภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์

#### 4. ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์ได้แก่ลักษณะบุคลิกภาพ

พบว่า บุคลิกภาพ Scale E ซึ่งแบ่งเป็นด้าน Extrovert กับ Introvert และบุคลิกภาพ Scale N ซึ่งแบ่งเป็นด้าน Neurotic กับ Stable มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า บุคลิกภาพ Scale E มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนภาวะความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้น หมายถึง มีบุคลิกภาพชอบแสดงตัว กล้าแสดงออก มีอัธยาศัยไมตรี และชอบสังคม เป็นต้น และการมีบุคลิกภาพแบบ extrovert นี้ ทำให้คะแนนของภาวะความสุขเพิ่มมากขึ้น และพบว่าบุคลิกภาพ Scale N มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนภาวะความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นหมายถึงมีบุคลิกภาพที่ไม่มีความมั่นคงในอารมณ์โดยอ่อนไหวง่าย เป็นต้น และการมีบุคลิกภาพแบบ Neurotic นี้ทำให้คะแนนของภาวะความสุขลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brebner และคณะ<sup>(90)</sup> ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของภาวะความสุขกับบุคลิกภาพ โดยใช้ค่า Range และ multiple regression ในการวัดลักษณะบุคลิกภาพ และวัดภาวะความสุข โดยใช้แบบสอบถาม 3 ชนิด คือ 1.The Oxford Happiness Inventory (OHI), 2. The Personal State Questionnaire(version 5) และ The Life Orientation และจากการศึกษาพบว่าบุคลิกภาพแบบ Extrovert และ Neurotic เป็นตัวหลักในการพยากรณ์ภาวะความสุข และสอดคล้องกับ Cheng และ Furnham<sup>(91)</sup> ที่ศึกษาตัวทำนายภาวะความสุข และความเข้มเศร้าอันได้แก่ ลักษณะบุคลิกภาพ การเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และข้อมูลทั่วไป ในวัยรุ่น 234 คน โดยใช้แบบวัดภาวะความสุข The Oxford Happiness Inventory (OHI)และใช้ Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)วัดบุคลิกภาพ พบว่า บุคลิกภาพแบบแสดงตัว(Extrovert) มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.45$ ) และบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ (Neurotic) มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = -0.43$ ) และจากการศึกษาของ Hayes และ Joseph<sup>(92)</sup> ที่พบว่า Extrovert และ Neurotic เป็นตัวพยากรณ์ภาวะความสุขที่วัดโดย The Oxford Happiness

Inventory (OHI) ได้ดีที่สุดในส่วนของการทำนายความสุขในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ DeNeve และ Cooper <sup>(93)</sup> ที่ศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับบุคลิกภาพที่มีความสุข โดยศึกษาแบบ meta analysis พบว่าลักษณะบุคลิกภาพแบบ Neurotic เป็นตัวที่มีอำนาจในการทำนายสูง ในเรื่องความสุขในชีวิต ภาวะความสุข และอารมณ์ทางลบ ส่วนบุคลิกภาพแบบ Extrovert เป็นตัวทำนายอารมณ์ทางบวก

นอกจากนี้ Hills และ Argyle <sup>(94)</sup> ยังได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพและภาวะความสุข ซึ่งพบว่าภาวะความสุขมีความเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพทั้งแบบ Extrovert และ Neurotic ซึ่งบุคลิกภาพแบบ Extrovert ถือเป็นตัววัดภาวะความสุขที่เป็นที่ทราบโดยทั่วไป เพราะการที่ค่าคะแนนใน Scale E เพิ่มขึ้น หมายถึงค่าคะแนนตกอยู่ในช่วงของบุคลิกภาพแบบแสดงตัว ซึ่งเป็นตัวทำนายภาวะความสุขที่เพิ่มขึ้น แต่การศึกษาในปัจจุบันจาก meta analysis พบว่าบุคลิกภาพแบบ Neurotic มีความสำคัญมากกว่าในการทำนายภาวะความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นประเด็นที่ถูกมองข้ามในอดีต โดยคะแนนใน Scale N ที่เพิ่มขึ้น เป็นตัวทำนายภาวะความสุขที่ลดลง เพราะค่าคะแนนที่มากขึ้นจะตกอยู่ในช่วงของบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ อย่างไรก็ตามการอธิบายแนวคิดในลักษณะค่อนข้างเข้าใจยาก เพราะเป็นการอธิบายความสัมพันธ์ของภาวะความสุข (ซึ่งถือเป็นด้านบวก) กับการมีความหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ (ซึ่งถือเป็นด้านลบ) จึงแก้ไขโดยเปลี่ยนมาเป็นการอธิบายความสัมพันธ์ของภาวะความสุขกับการมีความมั่นคงทางอารมณ์ (Stable) ซึ่งเป็นด้านตรงกันข้ามกับ Neurotic แทน และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของการมีภาวะความสุขกับการมีบุคลิกภาพแบบมั่นคงทางอารมณ์ โดยใช้ The Oxford Happiness Inventory (OHI) ทำให้พบว่าการมีความมั่นคงทางอารมณ์ (Emotional stability) มีความสัมพันธ์กับภาวะความสุข มากกว่าการมีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว และมีอำนาจในการทำนายภาวะความสุขได้มากกว่า Extrovert เมื่อมีการทดสอบแบบ multiple regression

และจากการศึกษาของ และจากการศึกษาของ Canals และคณะ <sup>(65)</sup> ถึงความเกี่ยวข้องระหว่างความวิตกกังวลกับบุคลิกภาพในขณะตั้งครรภ์พบว่า บุคลิกภาพแบบ Neurotic มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

1. เนื่องจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรจำนวนมาก ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยคนไข้จะต้องกระทำตามขั้นตอนต่างๆ ตามที่เจ้าหน้าที่กำหนด ดังนั้นจึงมีช่วงเวลากำกัฏ ในการที่จะสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็สามารถอธิบายรายละเอียดในการทำแบบสอบถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบได้อย่างทั่วถึง พร้อมทั้งเก็บแบบสอบถามได้ครบถ้วน เพื่อความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูล

2. ในการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกประชากรตัวอย่าง (Samples Population) หนึ่งในนั้นคือการที่ประชากรตัวอย่างจะต้องไม่มีประวัติเป็นโรคจิตหรือโรคประสาท เนื่องจากหากประชากรตัวอย่างมีโรคทาง psychotic รุนแรง อาจทำให้ผลที่ได้จากการวัดภาวะความสุขคลาดเคลื่อน จึง exclude ออก โดยได้ข้อมูลจาก medical record และจากการตอบข้อคำถามในเรื่องนี้จากแบบสอบถาม ซึ่งอาจยังไม่ละเอียดนัก เนื่องจากไม่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ เนื่องจากเวลาจำกัดและทำการศึกษาใน OPD

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในประเด็นของ ความต้องการในการมีบุตรของหญิงตั้งครรภ์และสามีเพิ่มเติม เพราะในเรื่องของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนา นอกจากจะมีความเกี่ยวข้องกับภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์แล้ว ยังเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ในปัจจุบันจำนวนมาก เพื่อที่จะหาแนวทางป้องกันและแก้ไขต่อไป

2. ควรมีการศึกษาผลกระทบที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะความสุขที่แตกต่างกัน ทั้งในแง่ของผลที่เกิดกับมารดาหลังคลอด และทารก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายการอ้างอิง

1. ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คำขวัญองค์การอนามัยโลก [ออนไลน์]. 2541 [28 เม.ย. 2546] . [2screens]. แหล่งที่มา : [http:// whodoc.moph.go.th/tpoem.html](http://whodoc.moph.go.th/tpoem.html)
2. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับจำนวนประชากร [ออนไลน์]. 2545[28 เม.ย. 2546].[4screens].แหล่งที่มา : <http://www.dola.go.th/cgi-bin/people...>
3. พิชัย เจริญพานิช. สูติศาสตร์พื้นฐานและปัญหา. กรุงเทพฯ : 21 เซ็นจูรี , 2540.
4. ทรงพร จันทรพัฒน์. การพยาบาลภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์. สงขลา : เทมการพิมพ์ , 2543.
5. วัฒนา ศรีพจนารถ. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ : แบบแผนสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์ , 2543.
6. รวิวรรณ พงษ์เทพ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2534.
7. Kroger SW. Psychosomatic obstetrics , gynecology and endocrinology. Illinois : Charles C. Thomas , 1962.
8. Sable MR, Wilkinson DS. Impact of perceived stress, major life events and pregnancy attitudes on low birth weight. Fam Plann Perspect. 2000 ; 32 : 288-94.
9. ประชาน รัชตจรรย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจกับการติดตามแอมเฟตามีนของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2544.
10. Hawkins JW , Higgins LP. Maternity and gynecological nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott , 1977.
11. Myers DG. Psychology. 4<sup>th</sup> ed. New York : Von Hoffmann Press , 1995.
12. Argyle M , Martin M. The psychology cause of happiness. In : StackF , Argyle M , SchwarzN , editors. Subjective well-being. Oxford : Pergamon Press , 1991. pp.77-95.
13. Argyle M. The psychology of happiness. London : Methuen & Co.Ltd , 1987.
14. Waterman AS. Two Conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. J Pers Soc Psychol 1993; 64 : 678-91.

15. Pauerstein CJ. Clinical obstetrics. New York : John Wiley and Sons , 1987.
16. เพ็ญศรี โพธิ์อุบล. การเปรียบเทียบภาพลักษณ์ของหญิงระยะตั้งครรภ์ ตามการรับรู้ของตนเองและสามี วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
17. Glatzer W. Happiness : Classic theory in the light of current research. J Happiness Studies [online] 2000 [2003 Apr 20] ; 1 : [11 screens]. Available from : <http://www.kluweronline.com/issn/1389-4978/contents>
18. ดวงพร หิรัญรัตน์. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สต่อความสุขของเด็กในสถานกำพร้า วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2543.
19. McGill VJ. The idea of happiness. 2<sup>nd</sup> ed. New York : Institute for philosophical research , 1968.
20. Kenny AN. Aristotle on the perfect life. Oxford : Oxford University Press , 1995.
21. Watson D , Clark LA , McIntyre CW , Hamaker S. Affect , personality and social activity. J Pers Soc Psychol 1992 ; 63 : 1011-25.
22. King LA. Why happiness is good for you : A commentary on Fredrickson. Prevention and treatment [online] 2000 [2003 Apr 21] ; 3 : [4 screens]. Available from : <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030004.c.html>
23. Myers DG. The funds , friends and faith of happy people. Am Psychol 2000 ; 55 : 56-67.
24. Hills P, Argyle M. Positive moods derived from leisure and their relationship to happiness and personality. Pers Individ Dif 1998 ; 25 : 523-35.
25. ดวงใจ กสานติกุล. Mood disorder. ใน : บุรณี กาญจนถวัลย์ , นันทิกา ทวิชาชาติ , บรรณาธิการ. พฤติกรรมมนุษย์และความคิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2545 , pp. 107-110.
26. รวิวรรณ นิเวศพันธุ์. Anxiety disorder. ใน : บุรณี กาญจนถวัลย์ , นันทิกา ทวิชาชาติ , บรรณาธิการ. พฤติกรรมมนุษย์และความคิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2545. pp. 84-87.
27. ศันสนีย์ ฉัตรคุปต์. การเรียนรู้อย่างมีความสุข : สารเคมีในสมองกับความสุขและการเรียนรู้. กรุงเทพฯ ฯ : สยามสปอร์ต ซินดิเคท , 2544.
28. Dawson T. Nervous systems. In : Campbell NA , Reece JB , Mitchell LG. Editors. Biology. 5<sup>th</sup> ed. California : Benjamin/Cummings ; 1999. pp. 970-986.

29. สี่มา ชัยสวัสดิ์. ชีววิทยา เล่ม 3. กรุงเทพฯ : แมท เซ็นเตอร์ , 2523.
30. Dawson T. Chemical signals in animals. In : Campbell NA , Reece JB , Mitchell LG. Editors. Biology. 5<sup>th</sup> ed. California : Benjamin/Cummings ; 1999. pp. 900-909.
31. Previc FH. Dopamine and the origins of human intelligence. Brain cogn. 1999 ; 41 : 229-350.
32. Wong William. The hormones of Happiness [ออนไลน์]. 2547 [9 มีค.2547]. [3 screens].แหล่งที่มา : [http://www.life-enthusiast.com/news/s\\_wong1.htm](http://www.life-enthusiast.com/news/s_wong1.htm).
33. พิชัย เจริญพานิช. แก่นแท้ของสูติศาสตร์ ปัญหาและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ดีฟวิ้ง , 2531.
34. Dawson T. Animal reproduction. In : Campbell NA , Reece JB , Mitchell LG. editors. Biology. 5<sup>th</sup> ed. California: Benjamin/Cummings ; 1999. pp. 928-930.
35. Assali NS. Biology of gestation : The maternal organism. New York : Academic Press, 1968.
36. ชนพร ศนิบุตร. การพยาบาลมารดาและทารกในครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ดวงกลม, 2543.
37. Ballou JW. The psychology of pregnancy. Massachusetts : Lexington Books , 1978.
38. Baker AA. Psychiatric disorders in obstetrics. Oxford : Blackwell Scientific Publications, 1967.
39. นราภรณ์ ชาญชัย. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2533.
40. Martin LL. Health care of women. Philadelphia : J.B. Lippincott , 1978.
41. Moore ML. Realities in childbearing. Philadelphia : W.B. Saunders , 1978.
42. Lerch C , Bliss JV. Maternity nursing. 3<sup>rd</sup> ed. Saint Louis : C.V. Mosby , 1978
43. Sakala EP. Obstetrics and gynecology. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : Lippincott , 2000.
44. Lionel BG. Pregnancy. New York : Harper and Row , 1975.
45. ชีระพร วุฒยวนิช, ชีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุรณ์. ตำราสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : พี.บี.ฟอเรน บুকส เซ็นเตอร์ , 2541.

46. Cruikshank DP , Wigton TR , Hays PM. Maternal physiology in pregnancy. Cite : Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, editors. Obstetrics : Normal and problem pregnancies. 3<sup>rd</sup> ed. New York : Academic press , 1992.
47. พรทิพย์ อารีย์กุล. การพยาบาลมารดาในระยะตั้งครรภ์. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์ , 2543.
48. Burrough A. Maternity nursing. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : W.B. Saunders , 1992.
49. Priest RG. Psychological disorders in obstetrics and gynaecology. London : Butterworths , 1985.
50. LipKin GB. Psychosocial aspects of maternal-child nursing. St. Louis : C.V. Mosby , 1974.
51. อุ่นเรือน อำไพพิศตร. ความเครียดของมารดาขณะตั้งครรภ์. วารสารกรมสุขภาพจิต. 2541 ; 5 : 82-5.
52. Creasy RK , Herron MA. Prevention of preterm birth. Semin : Perinatol , 1981.
53. ชมพูนุช โสภากาจารย์. รูปแบบของความวิตกกังวลของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์และผลต่อทารกแรกเกิด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2543 ; 12 : 25-32.
54. Hughes PM, Turtor P , Evans CDH. Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy : cohort study. BMJ. 1999 ; 318 : 1721-24.
55. สุรีย์ ห้วยธาร. บุคลิกภาพกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2535.
56. Myers DG. The pursuit of happiness. New York : Avon , 1992.
57. Veenhoven R. The utility of happiness. Soc Indic Res 1988 ; 20. 337-54.
58. ไชยยันต์ สุขบาล. การรับรู้ถึงความรัก ความหวังใจจากสามีกับความพึงพอใจในชีวิตสมรสของภรรยาในสังคมชนบท อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2538.
59. วารี นานา. ปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอดระยะต้น วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2543.
60. สุธิตรา เชี่ยวชัยวัฒนากุล. ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง เปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ปกติ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2536.

61. ประวิตร ระเบียบ, สุรี โอภาสศิริวิทย์, สุรศักดิ์ หลาบมาลา, มาลี เลิศมาลีวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2534 ; 21 : 21-32.
62. วิวรรณ อัครวิเชียร, เจนจิรา เจริญใจ, สุชาติพิศ ทิพรส, อภรณ์ ไชยคำ. การสำรวจการใช้ยาในสตรีที่มารับบริการตรวจครรภ์ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2540 ; 12 : 83-87.
63. Emmons RA. Personal strivings : an approach to personslity and subjective well-being. J Pers Soc Psychol 1986 ; 51 : 1058-68.
64. Francis LJ, Ziebertz HG, Lewis CA. The relationship between religion and happiness among German students. Pastoral Psychol 2003;51:273-283.
65. Canals J, Esparo G, Fernandez-Ballart JD. How anxiety levels during pregnancy are linked to personality dimensions and sociodemographic factors. Pers Individ Dif 2002;33:253-9.
66. Tsou MW, Liu JT. Happiness and domain satisfaction in Taiwan. J Happiness studies [online] 2001[2001 Apr 24] ;2:[20 screens]. Available from : <http://journals.kluweronline.com/>
67. อุทุมพร จามรมาน. การสุ่มตัวอย่างทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ฟีนี ฟับบลิชซิ่ง , 2531
68. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. Pers Individ Dif 2002 ; 33 : 1073-82.
69. สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. การศึกษาเปรียบเทียบภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่เป็นญาติและผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2544.
70. กัลยา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร , 2546.
71. อวยพร เรื่องตระกูล. สถิติการศึกษานำ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครู ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2539.
72. Gordon M. Nursing diagnosis : Process and application. 3<sup>rd</sup> ed. St.Louis : C.V. Mosby , 1994.
73. Mercer RT. A Theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. Nurs Res 1981 ; 30 : 73-7.

74. Holmes J , Margieral. Maternity nursing. New York : Macmillan publishing , 1987.
75. วันเพ็ญ กุลนริศ. ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ภาวลักษณะ สัมพันธภาพของคู่สมรส กับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาของหญิงวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์ วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล , 2530.
76. วัฒนีย์ แสงหิรัญ. ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลราชวิถี วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2536.
77. ทศนีย์ สังขวรรณ. ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอด วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2522.
78. Hollingshead AB, Redlich FE. Social and Mental Illness. New York : John Wiley & Sons , 1958.
79. Surasak T. Epidemiology of Maternal mortality in Thailand. Thai J Obstet Gynaecal 1994 ; 6 : 79-90.
80. Gossop M , Grant M. Preventing and controlling drug abuse. Geneva : World Health Organization , 1990.
81. สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. Alcohol – related disorder. ใน : บุรณี กาญจนถวัลย์ , นันทิกา ทวิชาชาติ , บรรณาธิการ. พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2545. pp. 200-209.
82. Anthenelli RM , Schuckit MA. Affective and anxiety disorders and alcohol and drug dependence : diagnosis and treatment. J Addict Dis 1993 ; 12 : 73-87.
83. Hostetter H, Andolsek KM. Psychosocial issues in pregnancy. In: Kathryn MA, editor. Obstetric care : standard of prenatal , intrapartum , and postpartum management. Philadelphia : Lea & Febiger ; 1990. pp. 537-540.
84. Kuczkowski M. A. Anesthetic implications of drug abuse in pregnancy. J Clin Anesth 2003 ; 15 : 382-94.
85. McGrath C, Buist A, Norman TR. Treatment of anxiety during pregnancy : effects of psychotropic drug treatment on the developing fetus. Drug Saf 1999 ; 20 : 71-86.
86. Wilson D. Changing the body image. Nurs Mirror. 1981 ; 152 : 2885-88.
87. Caplan G. An Approach to community mental health : New York : Grune and stratton , 1961.

88. สุมาศ สว่างเนตรเพชร. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ของมารดาในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2541.
89. พิศมัย เพิ่มกระโทก. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2532.
90. Brebner J, Donaldson J, Kirby N, Ward L. Relationships between happiness and personality. Pers Individ Dif 1995;19 : 251-258.
91. Cheng H, Furnham A. Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. Pers Individ Dif 2002 ; 33 : 1050-1056.
92. Hayes N, Joseph S. Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. Pers Individ Dif 2003;34:723-727.
93. DeNeve KM, Cooper H. The happy personality : A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. Psychol Bull 1998;124:197-229.
94. Hills P, Argyle M. Emotional stability as a major dimension of happiness . Pers Individ Dif 2001 ; 31 : 1357-1364.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ก.  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ  
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผ่าน บาลโพธิ์  
หัวหน้าภาควิชาภาคนงานสอนภาษาอังกฤษสำหรับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี  
สถาบันภาษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย  
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร  
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์  
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข.  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

### การวิจัยเรื่อง ภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัย ให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับ ภาวะความสุข และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งจะส่งผลต่อทารกหลังคลอด หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านตอบ ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ แบบวัดความสุข แบบทดสอบวัดบุคลิกภาพ และแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตสมรส สำหรับวิธีตอบแบบสอบถามให้ท่านเป็นผู้ประเมินและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ การเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะไม่ได้ผลประโยชน์ใดๆ ทั้งสิ้น โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง จะกระทำได้เฉพาะกรณีที่เป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาว กัญฐิกา ชัยสวัสดิ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกนาคาครุฑ กรุงเทพมหานคร ชั้นล่าง โทร.02-2564298 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

สถาบันวิจัยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง ภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 2546

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านคำชี้แจงจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในหญิงตั้งครรภ์

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปของการสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่า จะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงนาม ..... พยาน  
(.....)

ลงนาม ..... พยาน  
(.....)

ลงนาม ..... ผู้วิจัย  
( นางสาวกัญญิกา ชัยสวัสดิ์ )

ในกรณีที่ผู้ยินยอมยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม ..... ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย  
(.....)

ลงนาม ..... พยาน  
(.....)

ลงนาม ..... พยาน  
(.....)

ลงนาม ..... ผู้วิจัย  
( นางสาวกัญญิกา ชัยสวัสดิ์ )

**หมายเหตุ :** ผู้ยินยอมมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

## แบบสอบถาม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

1. ปัจจุบันอายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
3. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> รับราชการ	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท	<input type="checkbox"/> แม่บ้าน
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
4. รายได้ของท่านเฉลี่ย (บาท / เดือน)
 

<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5,000 บาท
<input type="checkbox"/> 5,000 – 10,000 บาท	<input type="checkbox"/> 10,001 – 15,000 บาท
<input type="checkbox"/> 15,001 – 20,000 บาท	<input type="checkbox"/> มากกว่า 20,000 บาท
5. รายได้ของครอบครัว เฉลี่ย (บาท/เดือน)
 

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 10,000 บาท	<input type="checkbox"/> 10,000 – 15,000 บาท
<input type="checkbox"/> 15,001– 20,000 บาท	<input type="checkbox"/> 20,001 – 25,000 บาท
<input type="checkbox"/> 25,001 – 30,000 บาท	<input type="checkbox"/> มากกว่า 30,000 บาท
6. สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว
 

<input type="checkbox"/> มีเงินออม
<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน
<input type="checkbox"/> พอใช้
7. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> อยู่ด้วยกัน
<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
<input type="checkbox"/> หย่าร้าง / ม่าย

## 8. รูปแบบชีวิตคู่

8.1 ท่านแต่งงานหรือใช้ชีวิตคู่ครั้งนี้ เป็นครั้งที่เท่าใด

- ครั้งแรก  ครั้งที่สอง
- มากกว่าสองครั้ง

8.2 ระยะเวลาที่อยู่กับคู่ชีวิตคนปัจจุบัน

- น้อยกว่า 1 ปี  1-3 ปี
- 4-6 ปี  7-9 ปี
- มากกว่า 10 ปี

## 9. ลักษณะครอบครัว

- อยู่ด้วยกันสองสามีภรรยา
- อยู่ด้วยกันเฉพาะพ่อ แม่ ลูก
- อยู่ร่วมกับเครือญาติ

## ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

1. ลำดับที่ของการตั้งครรภ์

- ครรภ์แรก (ทำข้อ 2 แล้วข้ามไปข้อ 6)  ครรภ์หลัง ลำดับที่ .....

2. ขณะนี้มีอายุครรภ์ .....สัปดาห์

3. ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อน

- ไม่มีปัญหา  เคยแท้ง
- มีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุ  เคยท้องนอกมดลูก
- อื่น ๆ ระบุ .....

4. ประวัติการคลอดครั้งก่อน

4.1 วิธีการคลอด

- คลอดเองปกติ  คลอดโดยการผ่า
- คลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย

4.2 ระยะเวลาในการตั้งครรภ์

- ครบกำหนด  ก่อนกำหนด
- คลอดเกินกำหนด

5. อาการของการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อน (ครรภ์ก่อน)
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> แพ้ท้องมากกว่าปกติ | <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง     |
| <input type="checkbox"/> บวม                | <input type="checkbox"/> โรคไตขณะตั้งครรภ์   |
| <input type="checkbox"/> ปัสสาวะบ่อย        | <input type="checkbox"/> ภาวะโลหิตจาง        |
| <input type="checkbox"/> ตกเลือด            | <input type="checkbox"/> เบาหวานขณะตั้งครรภ์ |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....   |  |
6. . อาการของการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อน (ครรภ์ปัจจุบัน)
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> แพ้ท้องมากกว่าปกติ | <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง     |
| <input type="checkbox"/> บวม                | <input type="checkbox"/> โรคไตขณะตั้งครรภ์   |
| <input type="checkbox"/> ปัสสาวะบ่อย        | <input type="checkbox"/> ภาวะโลหิตจาง        |
| <input type="checkbox"/> ตกเลือด            | <input type="checkbox"/> เบาหวานขณะตั้งครรภ์ |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....   |  |
7. โรคประจำตัว (ครรภ์ปัจจุบัน)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ            | <input type="checkbox"/> ภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษ      |
| <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด           | <input type="checkbox"/> ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน          | <input type="checkbox"/> โรคไต                       |
| <input type="checkbox"/> โรคทางจิตหรือประสาท | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....            |
8. การใช้ยาหรือสารเสพติดขณะตั้งครรภ์
- ไม่ใช่
- ใช่
- สูบบุหรี่
  - ดื่มเหล้า / แอลกอฮอล์ / ยาแดงเหล้า
  - ใช้ยานอนหลับ หรือสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
  - ดื่มน้ำชาหรือกาแฟ
  - อื่น ๆ ระบุ.....
9. ความกังวลเกี่ยวกับภาวะการตั้งครรภ์
- 9.1 คุณคาดหวังให้บุตรเป็นเพศใด
- |                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ชาย        | <input type="checkbox"/> หญิง |
| <input type="checkbox"/> เพศใดก็ได้ |                               |



## 9.2 ภาพลักษณ์ (Body Image) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- รู้สึกอับอายในรูปร่างที่มีการเปลี่ยนแปลง
- กลัวว่ารูปร่างจะไม่สามารถกลับไปเหมือนเดิม
- ไม่มีความกังวลในเรื่องนี้
- อื่น ๆ ระบุ.....

## 9.3 ความกังวลเกี่ยวกับบุตรในครรภ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- สุขภาพและความแข็งแรงของบุตร
- การแท้ง
- รูปร่าง หน้าตาของบุตร
- ไม่มีความกังวลในเรื่องนี้
- อื่น ๆ ระบุ.....

## 9.4 ความกังวลเกี่ยวกับการคลอด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ความปลอดภัยของตนเอง และบุตรขณะคลอด
- ความเจ็บปวดขณะคลอด
- การแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมขณะคลอด
- อื่น ๆ ระบุ.....

## 10. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

- ไม่แตกต่างจากเดิม
- ดีขึ้นกว่าเดิม
- แย่ลง
- อื่น ๆ ระบุ.....

## 11. ความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ

- ไม่มีปัญหา
- มีปัญหาเกี่ยวกับพ่อหรือแม่สามี
- มีปัญหาเกี่ยวกับพ่อหรือแม่ของตนเอง
- มีปัญหาเกี่ยวกับพี่น้องฝ่ายสามี
- มีปัญหาเกี่ยวกับพี่น้องของตนเอง
- อื่น ๆ ระบุ.....

ตอนที่ 3 แบบวัดภาวะความสุขในขณะตั้งครรภ์

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อ ที่	ท่านมีความเห็นอย่างไรต่อข้อความต่อไปนี้	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ฉันไม่รู้สึกลึกลับเป็นพิเศษกับการตั้งครรภ์						
2	ฉันให้ความสำคัญกับผู้คนรอบตัวเป็นอย่างมาก						
3	การตั้งครรภ์เป็นรางวัลของชีวิต						
4	ฉันมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่						
5	.....						

ติดต่อได้ที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### ตอนที่ 4 แบบทดสอบวัดบุคลิกภาพ (MPI)

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความเป็นไป ความรู้สึกและการกระทำของท่าน แต่ละคำตอบจะมีช่องว่างข้างท้ายให้ท่านตอบว่า “ใช่” “ไม่แน่ใจ” หรือ “ไม่ใช่”

ให้ท่านลองอ่านและตัดสินใจที่ละข้อ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตามที่ท่านเคยปฏิบัติหรือรู้สึกอยู่เสมอมา โดยทำเครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่องว่างข้างท้ายคำถามของแต่ละข้อ ถ้าท่านเห็นว่าตัดสินใจไม่ได้จริง ก็ให้ทำเครื่องหมายในช่องว่างที่มี “?” แต่ให้ทำเช่นนี้ได้เมื่อไม่แน่ใจจริงๆ เท่านั้น

โปรดทำอย่างรวดเร็ว โดยไม่ต้องใช้เวลาคิดแต่ละข้อนานเกินไป ขอให้ท่านตอบทันทีเมื่อท่านอ่านจบประโยค คือให้ตอบตามความรู้สึกแรกที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องคิดต่อไปอีก คำตอบของท่านไม่มีผิดหรือถูก และไม่ใช่วัดเชาว์ปัญญา หรือความสามารถ แต่เป็นการดูวิธีการปฏิบัติตามปกติสัปดาห์ๆ ไปเท่านั้น

เมื่อท่านเข้าใจคำแนะนำแล้วโปรดลงมือทำได้ ให้ทำอย่างรวดเร็วและโปรดตอบทุกข้อ

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ (?)	ไม่ใช่
1	ท่านรู้สึกเป็นสุขที่สุดที่ได้ร่วมในการทำงานที่ต้องใช้ความรวดเร็ว			
2	บางครั้งท่านรู้สึกเป็นสุข บางครั้งเศร้าโดยไม่มีเหตุผล			
3	ท่านมักใจลอยในเวลาที่ท่านต้องการมีสมาธิ			
4	ในการคบเพื่อนใหม่ท่านมักเป็นฝ่ายทำความรู้จักกับเขาก่อน			
5	.....			

ติดต่อได้ที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เพื่อวัดความพึงพอใจในชีวิตสมรส

ข้อที่	ท่านมีความเห็นอย่างไรต่อข้อความต่อไปนี้	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	ท่านสามารถเข้าใจสามีของท่านได้เสมอ					
2.	ถ้าท่านไม่ได้สมรสกับสามีคนนี้ ชีวิตของท่านคงจะไม่มี ความสุข					
3.	ท่านมีความมั่นใจว่า ท่านจะสามารถทำให้ชีวิตสมรส ของท่านราบรื่นอยู่เสมอ					
4.	ท่านวิตกกังวลมากเกี่ยวกับชีวิตสมรสของท่าน					
5.	.....					

ติดต่อได้ที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกัญฐิกา ชัยสวัสดิ์ เกิดวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2524 ที่จังหวัดกรุงเทพฯ สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 จากโรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ครุศาสตร์บัณฑิต สาขามัธยมศึกษา-วิทยาศาสตร์ วิชาเอกชีววิทยา จากคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2544 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2545 ที่อยู่ปัจจุบัน 144/706 หมู่บ้าน บ้านฟ้าลาถุน ถ.รังสิต-นครนายก ต.ประชาธิปัตย์ อําเภอัญบุรี ปทุมธานี โทรศัพท์ 02-5498449, 02-5498188



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย