

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

สุนันทา ศรีมำคำ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

สุนันtha ศรีมาคำ

นางสาวสุนันtha ศรีมาคำ

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรัสศรี ชีระกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี,

D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี,

D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

ประธานหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)

วันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2560

สุนันทา ศรีมาคำ

นางสาวสุนันทา ศรีมาคำ

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์กนกพร นทีชนสมบัติ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ศรีสมร ภูมณสกุล,

D.N.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี,

D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรัสศรี ชีระกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์ปิยะมิตร ศรีธรา,

พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์ทั่วไป, อ.ว. อายุรศาสตร์

โรคหัวใจ

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรัสศรี ชีระกุลชัย ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำชี้แนะอย่างดีจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกพร นทีชนสมบัติ ที่ให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ ดร.ปรานี ป้องเรือ อาจารย์ ดร.ทศพร วงษ์บุญทูลักษณ์ และคุณนัทธทัย วรรณทิพย์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกสูติกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ และหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ทุกคน และขอขอบคุณมิตรไมตรีจิตจากเพื่อนร่วมรุ่นหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจที่ดีมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณคุณพ่อและคุณแม่ พี่ชาย ญาติพี่น้อง ท่านคณาจารย์ ตลอดจนเพื่อนสนิท ที่ให้การสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจสำคัญเสมอมา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุนันทา ศรีมาคำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์
THE FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN PREGNANT WOMEN WITH NAUSEA AND
VOMITING DURING THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY

สุนันทา ศรีมาคำ 5736234 RAMY/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จรัสศรี ชีระกุลชัย, Ph. D. (NURSING), จันทิมา ขนบดี, D.S.N.
(MATERNAL AND CHILD NURSING)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของเฟอ์รานและคณะ (2005) เป็นแนวทางในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 85 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 94.19$, $\text{SD} = 12.64$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .24, -.48, -.43, .40$, และ $.36$, $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนรายได้ครอบครัว และการวางแผนการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อช่วยในการวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ อาการคลื่นไส้ อาเจียน/ สตรีตั้งครรภ์

THE FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN PREGNANT WOMEN WITH NAUSEA AND VOMITING DURING THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY

SUNANTHA SRIMAKAM 5736234 RAMY/M

M.N.S. (MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: JARATSRI THEERAKULCHAI, Ph.D. (NURSING),
CHANTIMA KHANOBDEE, D.S.N. (MATERNAL AND CHILD NURSING)

ABSTRACT

This descriptive study was to examine the factors related to quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy. Conceptual model of health - related quality of life (Ferrans et al., 2005) was used as the conceptual framework for this study. The samples consisted of 85 pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester who attended prenatal clinics at Ramathibodi Hospital and Sunpasittiprasong Hospital from June 2016 to October 2016. The samples were selected by purposive sampling based on inclusion criteria. Instruments used to collect data were The Personal Data Questionnaire, The Anxiety Inventory Form X-I, The Rhodes Index of Nausea and Vomiting Form II, Social Support Questionnaire, Perception of Health Questionnaire and WHOQOL-BREF-THAI. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation. According to the findings, the sample had moderate level of quality of life (mean = 94.19, SD = 12.64). Level of education, stress, severity of nausea and vomiting, social support and health perception were significantly correlated with quality of life ($r = .24, -.48, -.43, .40$ and $.36, p < .05$ respectively). Family income and pregnancy planning were not correlated with quality of life. The findings of the present study suggest that nurses should assess level of education, stress, severity of nausea and vomiting, social support and health perception of the pregnant women to provide proper care and improve the quality of life of pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy.

KEY WORDS: QUALITY OF LIFE / NAUSEA AND VOMITING / PREGNANT WOMEN

150 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	9
คำถามการวิจัย	10
สมมติฐานการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
ขอบเขตของการวิจัย	11
นิยามตัวแปร	11
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	13
อาการคลื่นไส้ อาเจียนของสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก	13
แนวคิดคุณภาพชีวิต	22
คุณภาพชีวิตสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์	29
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนใน ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สถานที่เก็บข้อมูล	45
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	46
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล	58
การวิเคราะห์ข้อมูล	59
บทที่ 4 ผลการวิจัย	61
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	66
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	77
ข้อจำกัดในการวิจัย	78
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	78
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	80
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	95
บรรณานุกรม	111
ภาคผนวก	123
ประวัติผู้วิจัย	150

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	62
4.2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ	63
4.3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนรวมและคะแนนรายด้าน	64
4.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)	65

สารบัญภาพ

แผนภาพ	หน้า
1.1 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา	9
2.1 แบบจำลองกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (conceptual model of health - related quality of life)	26

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์แม้เป็นระยะพัฒนาการช่วงหนึ่งในชีวิตของสตรี แต่การตั้งครรภ์ก็ทำให้สตรีมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยสตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์และอารมณ์แปรปรวนที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆในร่างกาย เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นช่วงเริ่มต้นที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากภาวะปกติสู่การตั้งครรภ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้สตรีเกิดภาวะไม่สุขสบายหลายประการ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย วิงเวียน และอาการคัดตึงเต้านม อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าอาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุดคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nazik & Eryilmaz, 2014) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 50 - 80 ของสตรีตั้งครรภ์ (ACOG, 2015; Lacroix, Eason, & Melzack, 2000; Einarson, Piwko, & Koren, 2013; Quinla & Hill, 2003) โดยเริ่มปรากฏอาการได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 4 - 6 สัปดาห์ ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนอาจรุนแรงมากขึ้นในช่วงอายุครรภ์ 8 - 12 สัปดาห์ และคงอยู่หรือหายไปภายใน 20 สัปดาห์ (Linsenth & Vari, 2005; Sherman & Flaxman, 2002)

อาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ (nausea and vomiting in pregnancy) เป็นอาการที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ อาการคลื่นไส้ อาการพะอืดพะอม และอาการอาเจียน สตรีตั้งครรภ์อาจเกิดอาการใดอาการหนึ่ง หรือ มากกว่าหนึ่งอาการก็ได้ (Wickham, 1988) โดยมักจะเกิดอาการมากในช่วงเช้า ขณะได้กลิ่นอาหาร ขณะรับประทานอาหาร หรือในสตรีตั้งครรภ์บางรายไม่สามารถระบุเวลาที่ชัดเจนได้ (Heinrichs, 2002; Swallow, Lindow, Masson, & Hay, 2005) ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีความสัมพันธ์ทั้งกับปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจ โดยปัจจัยด้านร่างกายพบว่าสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของฮอร์โมนฮิวแมนโคริโอนิก โกนาโดโทรปิน (human chorionic gonadotropin; hCG) รวมถึงการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) และโปรเจสเตอโรน (progesterone) ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์จึงส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน นอกจากนี้อาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว อาจเกี่ยวข้องกับการ

ตั้งครรภ์ที่ไม่ปกติ เช่น ตั้งครรภ์แฝด ตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก การเปลี่ยนแปลงของอัตราการผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอล (Corey, Berg, Solaas, & Nance, 1992; Huxley, 2000; Goodwin, 2002; Davis, 2004) และการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร (*Helicobacter pylori*) (Weyermann et al., 2003) ส่วนปัจจัยทางด้านจิตใจที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาของสตรีตั้งครรภ์ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ ความไม่มั่นใจในบทบาทการเป็นมารดา ความรู้สึกลังเลใจ (ambivalence) ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Chou, Avantb, Kuoc, & Fetzer, 2008; Yilmaz et al., 2016)

การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนติดต่อกันเป็นเวลานานส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม โดยผลกระทบต่อร่างกาย พบว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุให้น้ำหนักตัวลดลง อ่อนเพลีย เกิดภาวะขาดสารอาหาร และภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (Fejzo et al., 2009; Gadsby, Adshead, & Jagger, 1993) ส่วนด้านจิตใจ เมื่อเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน สตรีตั้งครรภ์จะมีความเครียด และวิตกกังวล เกี่ยวกับความปลอดภัยของการตั้งครรภ์ (Littleton, Breitkopf, & Berenson, 2007) ภาวะดังกล่าวอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์บางรายไม่อยากมีบุตรอีก และหากสตรีตั้งครรภ์มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคม เช่น ความสามารถในการทำงาน รายได้ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และการเข้าร่วมในสังคม เป็นต้น (O'Brien & Naber, 1992; Piwko, Koren, Babashov, Vicente, & Einarson, 2012) จากผลกระทบบ้างกล่าวข่มส่งผลในเชิงลบต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ในที่สุด (ACOG, 2015)

คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจของแต่ละบุคคลต่อสถานะในการดำรงชีวิตของตนเอง โดยขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม รวมทั้งเป้าหมายและความคาดหวังของบุคคลนั้น (World Health Organization Quality of life; WHOQoL, 1998) หากบุคคลมีความพึงพอใจต่อสถานะการดำรงชีพดังกล่าวข้างต้น ย่อมแสดงว่าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตของคนในสังคมด้วย ในปัจจุบันประเทศไทยภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) มุ่งเน้นให้ความสำคัญในการพัฒนาคนเพื่อเป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนประเทศที่ยั่งยืน โดยสืบเนื่องมาจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) ที่ได้มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกเพศทุกวัย รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ซึ่งจะเป็นผู้ให้กำเนิดสมาชิกใหม่แก่ครอบครัวและสังคมที่มีคุณภาพ ซึ่งหากสตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีย่อมส่งผลในเชิงบวกต่อตนเอง และทารกในครรภ์ ดังนั้น คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์จึงควรได้รับความสนใจจากคนในครอบครัว สังคม และบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของ

การตั้งครรภ์ เนื่องจากอาการดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อทั้งคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์เอง ครอบครัว และสังคม (Chan et al., 2010; Chou et al., 2008; Lacasse, Rey, Ferreira, Morin, & Berard, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้ให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในประเทศต่างๆ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชาวเคลิฟอร์เนีย มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Munch, Korst, Hernandez, Romero, & Goodwin, 2011) เช่นเดียวกับประเทศญี่ปุ่นพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอยู่ในระดับต่ำ (Kugahara & Ohashi, 2006) ในขณะที่ประเทศไต้หวันพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Liu & Chou, 2014) ส่วนการศึกษาในสาธารณรัฐเช็กกลับพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (Balikova, & Buzgova, 2014) สำหรับในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีรายงานการศึกษาคุณภาพชีวิตเฉพาะของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก พบแต่เพียงการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ปกติโดยรวมว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (พรนภา เจริญสันต์, ขวัญเรือน ค่วนดี และรังสิณี พูลเพิ่ม, 2555) ซึ่งผลกระทบจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก อาจทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็น อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนไตรมาสแรกจะเป็นอย่างไรยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆหลายประการ ซึ่งจากแนวคิดคุณภาพชีวิตของเฟอร์รานและคณะ (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005) กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยลักษณะด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล และยังส่งผลต่อปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทั้งหมดนี้จะมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยสำคัญที่อาจเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกตามแนวคิดคุณภาพชีวิตดังกล่าว คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะพื้นฐานของแต่ละบุคคล ที่จะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และการวางแผนการตั้งครรภ์ โดยปัจจัยระดับการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูง จะมีความรู้ความเข้าใจใน

อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้น ตลอดจนสามารถเรียนรู้และแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการอย่างเหมาะสมส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาต่ำ (Liu & Chou, 2014) ส่วนปัจจัยด้านรายได้ครอบคลุม เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตและดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ หากครอบครัวมีรายได้สูง สตรีตั้งครรภ์จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดังรายงานการศึกษาของเทวิกา จันเอี่ยม, จันทิมา ขนบดี, และจรัสศรี ชีระกุลชัย (2558) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ครอบครัวสูงจะมีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนต่ำ ในทางตรงกันข้าม หากสตรีตั้งครรภ์มีรายได้ครอบครัวต่ำจะมีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนสูง ซึ่งจะทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ดังนั้นการที่สตรีตั้งครรภ์มีรายได้ต่ำจึงอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตตามมา นอกจากนี้การวางแผนการตั้งครรภ์ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความพร้อมของสตรีในการตั้งครรภ์ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ โดยมากจะไม่พร้อมในการมีบุตรและมักมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ ทำให้เกิดความเครียด ความทุกข์ใจ อีกทั้งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ส่งเสริมให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มากกว่าสตรีที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ (จุฑาพร อินทสิทธิ์, 2545) ความรู้สึกและอาการในทางลบดังกล่าวย่อมส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้คุณภาพชีวิตของตนในระดับไม่ดี

ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานซึ่งจะกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยมีการศึกษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกที่มีความรุนแรงและความถี่ของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ (Balikova, & Buzgova, 2014; Chan et al., 2010; Liu & Chou, 2014) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Liu & Chou, 2014)

ความเครียดเป็นปัจจัยด้านจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นได้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกนี้ อาจเกิดได้จากความไม่สุขสบายทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความเครียดเกี่ยวกับผลกระทบของการคลื่นไส้ อาเจียนต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ (Chou et al, 2008; Kuo, Wang, Tseng, Jian, & Chou, 2007) ร่วมกับการมีความเครียดจากการที่ต้องปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งความเครียด จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดอาการเหนื่อย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ และรู้สึก ไม่สุขสบาย เป็นผลให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตตนเองไม่ดี ซึ่งมีการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกที่มีความเครียดสูงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Liu & Chou, 2014)

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก เนื่องจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สุขสบายทุกขุทรมาน สตรีตั้งครรภ์จึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเพิ่มขึ้น หากสตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงการได้รับการดูแลช่วยเหลือ จะทำให้มีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง และไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (Chou et al., 2008) ซึ่งย่อมมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ พบแต่เพียงการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (พรนภา เจริญสันต์และคณะ, 2555; Pires, Araujo-Pedrosa, & Canavarro, 2014; Shishehgar, Mahmoodi, Dolatian, Mahmoodi, Bakhtiary, & Majd, 2013)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจรับรู้ว่าในขณะที่ตั้งครรภ์ตนเองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความเลียงที่จะแท้งบุตรหรือทารกไม่เจริญเติบโต และหากอาการคลื่นไส้ อาเจียนยังรุนแรงมากก็จะทำให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงภาวะสุขภาพในเชิงลบมากขึ้นย่อมส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความไม่สบายใจและกาย โดยเฉพาะเกิดความเครียด ดังการศึกษาที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่รับรู้ว่ามีภาวะเสี่ยงซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียด (อัญชลี จิตราภิรมย์, จันทรรัตน์ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอารมณ, 2557) ซึ่งจะมีผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตเป็นไปในเชิงลบด้วย (Ferrans et al., 2005) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในไตรมาสแรกเกือบทั้งหมดเป็นการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ต่างประเทศ ซึ่งมีชีวิตความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากคนไทย และยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ในประเทศไทย และในบางปัจจัยก็ยังไม่มีการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เช่น ความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิต

ของสตรีตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ให้ดียิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการทำวิจัย

ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต (conceptual model of health - related quality of life) ของเฟอร์รานและคณะ (Ferrans et al., 2005) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งเฟอร์รานและเพาเวอร์ (Ferrans & Powers, 1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ความผาสุกของบุคคลโดยขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของตนต่อการดำรงชีวิต ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ 6 ประการ ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคล (characteristics of the individual) ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วยปัจจัยย่อย 4 ปัจจัย ดังนี้

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เชื้อชาติ เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การวางแผนการตั้งครรภ์ เป็นต้น

1.2 ปัจจัยด้านพัฒนาการ เป็นปัจจัยเฉพาะบุคคลที่แสดงออกตามวัย เช่น วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ สตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น ซึ่งแต่ละวัยหรือแต่ละระยะของชีวิตมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ต่างๆด้วย โดยในสตรีตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ เช่น การดำรงบทบาทเป็นภรรยา หรือการดำรงบทบาทเป็นมารดา เป็นต้น

1.3 ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ (affective response) ในลักษณะของความรู้สึก หรือบุคลิกที่ติดตัวมาแต่เดิมของบุคคล เช่น มีอารมณ์หุนหัน วิตกกังวล เครียด เป็นต้น ซึ่งสิ่งที่มีมาแต่ดั้งเดิมจะส่งผลต่อความรู้สึกหรือการตอบสนองทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ในแต่ละครั้ง

1.4 ปัจจัยด้านชีวภาพ เป็นปัจจัยที่กำหนดปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง เช่น ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาล โรคทางพันธุกรรม สิว เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางชีววิทยาของแต่ละบุคคล

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล 3 ปัจจัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตตามรายงานการศึกษาที่ปรากฏในการทบทวนวรรณกรรมได้แก่ รายได้รอบครัว ระดับการศึกษา และการวางแผนการตั้งครรภ์ ส่วนปัจจัยด้านพัฒนาการ ด้านจิตใจ และด้านชีวภาพไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวได้สะท้อนอยู่ในปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ ปัจจัยด้านอาการ และปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา ตามลำดับ ซึ่งจะได้นำกล่าวต่อไป

2. ลักษณะด้านสิ่งแวดล้อม (characteristic of the environment) จำแนกเป็น

2.1 สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ หากบุคคลมีสิ่งแวดล้อมด้านสังคมดี ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อชีวิตความเป็นอยู่ ก็จะทำให้รับรู้คุณภาพชีวิตดี

2.2 สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ถิ่นที่พักอาศัย สถานที่ทำงาน บ้านข้างเคียง เป็นต้น หากสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพดี จะทำให้บุคคลรับรู้คุณภาพชีวิตดีด้วย

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยด้านสังคม คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวกับสตรีตั้งครรภ์ โดยการช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี

3. ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา (biological function) หมายถึง กระบวนการทำงานของอวัยวะทั้งหมด โดยอาจเป็นผลปกติ หรือผิดปกติก็ได้ ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของบุคคลนั้นๆ สำหรับอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่เป็นภาวะที่เกิดขึ้นโดยยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่ามีอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ควบคุมอาการอาเจียนที่สมองส่วนเมดัลลา ออบลองกาตา (medulla oblongata) และกล้ามเนื้อระบบทางเดินอาหาร จึงทำให้เกิดอาการอาเจียน (Huxley, 2000; Jarvis & Nelson-Piercy, 2011; Koch & Frissora, 2003) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมิได้เลือกศึกษาในปัจจัยนี้ เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ทางชีววิทยาได้สะท้อนอยู่ในความเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอยู่แล้ว

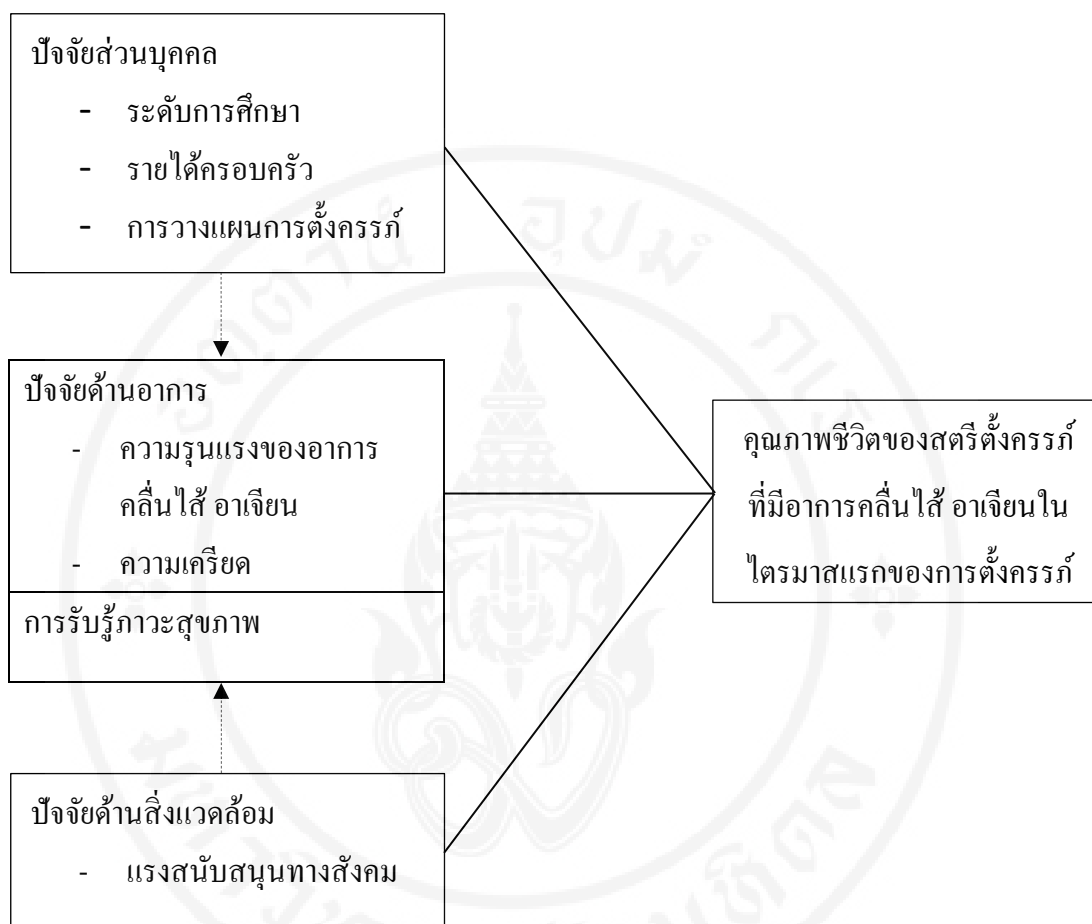
4. ปัจจัยด้านอาการ (symptoms) หมายถึง การตอบสนองของบุคคลต่อการรับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งประกอบด้วย ร่างกายและจิตใจร่วมกัน ในด้านร่างกาย (physical) ได้แก่ ความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ส่วนด้านจิตใจ (psychological) ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น สำหรับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกนั้น เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนย่อมส่งผลให้ร่างกายเกิดอาการอ่อนเพลีย ขาดสารน้ำ น้ำหนักลดในระดับต่างๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและความถี่ของอาการคลื่นไส้ อาเจียน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยด้านร่างกาย (physical) ซึ่งได้แก่ ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน และปัจจัยด้านจิตใจ (psychological) คือ ความเครียด ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในช่วงเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ ความเครียดจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งความเครียดเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพของทารกในครรภ์

5. ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ (functional status) หมายถึง ความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย การทำหน้าที่ทางกาย (physical function) การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) การทำหน้าที่ด้านบทบาทหน้าที่ (role function) และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ (psychological function) หากการทำหน้าที่ดังกล่าวมีความบกพร่องมากก็อาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล ความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านต่างๆอย่างชัดเจนในกลุ่มที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรงมาก (hyperemesis gravidarum) (Davis, 2004; Gadsby et al., 1993) ซึ่งพบได้เป็นส่วนน้อยประมาณร้อยละ 0.3 - 2 ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด (ACOG, 2002; Philip, 2003) อย่างไรก็ตามสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนทั่วไปในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ของตนได้ (Smith, Crowther, Beilby, & Dandeaux, 2000) รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงไม่ใช่ประชากรเป้าหมายที่จะศึกษาในครั้งนี้ กล่าวคือ ประชากรเป้าหมายที่ศึกษาครั้งนี้เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนทั่วไป (morning sickness) ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำปัจจัยภาวะการทำหน้าที่นี้มาศึกษา

6. ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ (general health perceptions) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสุขภาพในภาพรวมของตน โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย อาการต่างๆ ความไม่สบายและความเจ็บป่วย ซึ่งจะทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลมีความแตกต่างกัน หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี ย่อมทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากการตั้งครรภ์และอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นอาการที่ทำให้สตรีเกิดความไม่สบาย รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย มีนเวียนศีรษะในบางเวลา สิ่งดังกล่าวอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ภาวะสุขภาพของตนต่างไปจากก่อนตั้งครรภ์ อันจะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์

โดยสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ตามกรอบแนวคิดของเฟอร์รานและคณะ ในการศึกษานี้ได้แสดงไว้ดังภาพที่ 1.1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1.1 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์เป็นอย่างไร
2. ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์หรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ โดยตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม
2. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการวางแผนการให้พยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์
3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กรอบแนวคิดของเฟอว์รานและคณะ (2005) เป็นแนวทางในการศึกษา

นิยามศัพท์

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ได้รับการศึกษานับตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาภาคบังคับจนกระทั่งจบการศึกษาระดับสูงสุดของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

รายได้ครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินซึ่งเป็นรายได้รวมต่อเดือนของสตรีตั้งครรภ์และสามี

การวางแผนการตั้งครรภ์ หมายถึง ความตั้งใจและการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์และสามีในการมีบุตร แบ่งเป็น วางแผนการตั้งครรภ์และไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์

ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน หมายถึง ความถี่และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาการพะอืดพะอม อาการอาเจียน หรืออย่างใดอย่างหนึ่งของสตรีตั้งครรภ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนของโรเดส (The Rhodes INV form II, 1984) (Rhodes, Watson, & Johnson, 1984) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลและดัดแปลงโดยรัชนิ นามจันทร์ (2535) และจุฑาพร อินทรสิทธิ์ (2545) นำมาดัดแปลงเพื่อใช้ในสตรีตั้งครรภ์ คะแนนสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีความถี่และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก

ความเครียด หมายถึง การรับรู้ถึงการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ซึ่งแสดงออกในลักษณะของความวิตกกังวล กระวนกระวายใจของสตรีตั้งครรภ์ต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งความไม่สบายต่างๆที่เกิดขึ้นในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The Anxiety Inventory Form X-I) ที่สร้างขึ้นโดยสปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, Gorsuch, & Lu Shene, 1970) แปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา ชาญภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาทร, และมาลี นิสสัยสุข (อ้างถึงใน ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526) ซึ่งดัดแปลงเพื่อใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยเทวิกา จันเยี่ยมและคณะ (2558) คะแนนสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดระดับสูง

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนต่อการได้รับ การช่วยเหลือ การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี สมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Support Behavior Inventory) ของบราวน์ (Brown, 1986) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยกาญจนา บุญทับ (2534) และดัดแปลงเพื่อใช้กับสตรีตั้งครรภ์โดย มะลิวรรณ หมีนแก้วกล้าวิชิต (2551) คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้แรงจูงใจในการดูแลตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ มะลิวรรณ หมีนแก้วกล้าวิชิต (2551) ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ ฤดี ปุ๋งบางกะดี (2540) สร้างขึ้นตามแนวคิดของเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1974) คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์รับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี

คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีหลังคลอดที่ ศิริภรณ์ เหมะธุลิน, จรัสศรี ชีระกุลชัย, และศรีสมร ภูมลสกุล (2559) ดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตระดับดี

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

อาการคลื่นไส้ อาเจียนของสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก

- ลักษณะของอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์
- กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน
- สาเหตุของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์
- ผลกระทบของอาการคลื่นไส้ อาเจียนต่อสตรีตั้งครรภ์
- การดูแลและรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

แนวคิดคุณภาพชีวิต

- ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

อาการคลื่นไส้ อาเจียนของสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก

อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งคนทั่วไปมักเรียกว่าอาการแพ้ท้อง (morning sickness) โดยอาการดังกล่าวมักพบในช่วงเช้าเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น กลิ่นต่างๆ หรือขณะรับประทานอาหารในตอนเช้า แต่สตรีตั้งครรภ์บางรายอาจเกิดอาการได้ตลอดทั้งวัน (Heinrichs, 2002; Swallow et al., 2005) มีรายงานจากต่างประเทศพบว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการไม่สบายที่พบบ่อยที่สุดในขณะตั้งครรภ์ คือ ประมาณร้อยละ 50 - 80 (ACOG, 2015; Einarson et al., 2013; Lacroix et al., 2000; Nazik & Eryilmaz, 2014)

โดยเริ่มพบอาการตั้งแต่อายุครรภ์ 4 - 6 สัปดาห์ และอาการรุนแรงมากขึ้นในช่วง 8 - 12 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก ประมาณร้อยละ 15 - 30 อาจยังคงมีอาการไปถึงช่วงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (Linsenth & Vari, 2005; Sherman & Flaxman, 2002; Quinla & Hill, 2003) สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีรายงานสถิติของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก แต่จากการรวบรวมข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ร้อยละ 90 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะตั้งครรภ์ (เทวีกา จันเี่ยม และคณะ, 2558)

ลักษณะอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์

อาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ อาการคลื่นไส้ (nausea) อาการพะอืดพะอมหรือขย้อน (retching) และอาการอาเจียน (vomiting) ซึ่งมีลักษณะอาการที่แตกต่างกัน แต่มักเรียกรวมกันว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยสตรีตั้งครรภ์อาจเกิดอาการใดอาการหนึ่งหรือหลายอาการร่วมกันได้ (Casey, 2012) ดังนี้

1. **อาการคลื่นไส้ (nausea)** คือ ความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นบริเวณคอ หลอดอาหาร และกระเพาะอาหาร โดยสตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกอยากขับบางสิ่งออกมาเพื่อให้โล่งขึ้น แต่ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อส่วนที่ทำหน้าที่ขับสิ่งที่อยู่ในทางเดินอาหารออกมา เมื่อมีอาการคลื่นไส้เกิดขึ้น ร่างกายจะมีการหลั่งน้ำลายและมีเหงื่อออกมาเพิ่มขึ้น หลอดเลือดบริเวณผิวหนังหดตัว ทำให้ผิวหนังซีดเย็น สัมพันธ์กับการทำงานที่เพิ่มขึ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งอาการคลื่นไส้จะมีผลทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารลดลง และขณะเดียวกันลำไส้เล็กส่วนต้นจะมีความตึงตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้สิ่งต่างๆ ที่ค้างอยู่ในลำไส้เล็กเคลื่อนเข้าสู่กระเพาะอาหาร ซึ่งเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้บางครั้งอาจมีหรือไม่มีอาการอาเจียนร่วมด้วย (Rhodes & McDaneil, 2001; Wilkes, 2001; สิริยา สัมมาวาจ, 2556)

2. **อาการพะอืดพะอมหรือขย้อน (retching)** คือ อาการที่ร่างกายพยายามจะอาเจียน แต่ไม่มีสิ่งใดออกมา มักเรียกว่าเป็นการอาเจียนแห้ง (dry heaves) โดยอาการนี้เกิดจากร่างกายมีความดันในช่องอกเป็นลบ กล้ามเนื้อบริเวณกะบังลม และหน้าท้องจะหดเกร็ง ทำให้การหายใจเคลื่อนไหว และเกร็งอย่างเป็นจังหวะขณะที่กะบังลมเลื่อนลงมาในช่องท้องนั้น แรงดันจากลำไส้เล็กจะผลักดันสิ่งที่ค้างอยู่ขึ้นมา และทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกคล้ายจะอาเจียนขึ้น (Rhodes & McDaneil, 2001; ชัยวัฒน์ ต่อสกุลแก้ว, 2541)

3. **อาการอาเจียน (vomiting)** คือ การผลักดันหรือขับสิ่งที่อยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ออกมาผ่านทางช่องปาก อาการอาเจียนเกิดขึ้นจากการหดตัวอย่างแรงของ

กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ร่วมกับกระเพาะอาหารส่วนต้น (cardia) ยกขึ้น และส่วนของไพโลรัส (pylorus) หดรั้งตัว เมื่อเกิดอาการอาเจียน ร่างกายจะกลืนหายใจและฝาปิดกล่องเสียงจะปิดเพื่อป้องกันการสำลัก การอาเจียนมีศูนย์กลางการควบคุมทางระบบประสาทอยู่ที่ศูนย์ควบคุมการอาเจียน (vomiting center) โดยสิ่งทีอาเจียนออกมาเรียกว่า vomitus (สิระยา สัมมาวาจ, 2556) อาการอาเจียนนั้นจะเห็นเป็นรูปธรรม (objective symptoms) แต่ผลกระทบของระดับความรุนแรงของอาการอาเจียนนั้นขึ้นอยู่กับประเภติของบุคคลที่แตกต่างกัน (Rhodes & McDaneil, 2001)

กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

อาการคลื่นไส้ อาเจียน ควบคุมโดยระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) โดยศูนย์ควบคุมการอาเจียนตั้งอยู่บริเวณเรติคิวลา ฟอร์เมชัน (reticular formation) อยู่ในเมดัลลา ออบลองกาตา (medulla oblongata) ซึ่งศูนย์ควบคุมการอาเจียนนี้จะได้รับสัญญาณกระตุ้นจากหลายทาง ดังต่อไปนี้ (Garrett, Tsuruta, Walker, Jackson, & Sweat, 2003)

1. อวัยวะภายในช่องท้อง (visceral stimuli) ซึ่งกระตุ้นจากเส้นประสาทนำเข้าเวกัส (vagal visceral afferent) และเส้นประสาทนำเข้าซิมพาเทติก (sympathetic visceral afferent) การกระตุ้นเกิดจากระบบทางเดินอาหารมีการเปลี่ยนแปลง เช่น การขยายตัวของกล้ามเนื้อเรียบ อักเสบ ระคายเคือง ขาดเลือดไปเลี้ยง และการค้างของอาหารในกระเพาะอาหารเป็นเวลานาน เป็นต้น สำหรับในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนนั้น มีรายงานการศึกษาว่าการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆ เช่น ฮิวแมน โคริโอนิก โกรนาโดโทรปิน โปรเจสเตอโรน และ เอสโตรเจนนั้น เป็นผลให้ความตึงตัวและการบีบตัวของกล้ามเนื้อทางเดินอาหารลดลง ทำให้อาหารค้างอยู่ในกระเพาะอาหารเป็นเวลานานขึ้น (Goodwin, 2002) รวมถึงการรับประทานอาหารที่มีสารพิษหรืออันตรายต่อระบบทางเดินอาหาร (Pepper & Roberts, 2006) จะกระตุ้นให้หลั่งสารสื่อประสาทออกมา คือ โดปามีน (dopamine) และซีโรโตนิน (serotonin) เพื่อส่งสัญญาณจากระบบทางเดินอาหารไปศูนย์ควบคุมการอาเจียน โดยผ่านประสาทนำเข้าเวกัส ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ พะอืดพะอม และอาเจียนขึ้น (Koch, 2002; Miller, 1999; Nunley, Wakim, & Guinn, 2008)

2. ศูนย์รับสัญญาณกระตุ้นจากสารเคมีที่ฐานสมอง (chemoreceptor trigger zone; CTZ) ซึ่งอยู่บริเวณโพรงสมองส่วนที่สี่ (fourth ventricle) โดยตำแหน่งนี้อยู่นอกชั้นเกราะเลือดของสมอง (blood - brain barrier) จึงถูกกระตุ้นโดยสารเคมี สารพิษ ยาต่างๆ ที่เป็นอันตรายที่อยู่ในเลือดและน้ำไขสันหลัง เมื่อบริเวณนี้ของสตรีตั้งครรภ์ถูกกระตุ้น ศูนย์รับสัญญาณกระตุ้นจากสารเคมีที่ฐานสมองนี้ จะทำหน้าที่กระตุ้นไปที่ศูนย์ควบคุมการอาเจียนโดยมี

สารสื่อประสาทโดปามีนและซีโรโตนินในการส่งสัญญาณ จึงทำให้เกิดอาการอาเจียนออกมา (Garrett et al., 2003)

3. ระบบประสาทหู และการทรงตัว (vestibular system) การกระตุ้นเส้นประสาทเวสติบูลโลซีรีเบลลา (vestibulocerebella) หรือ เวสติบูลลา (vestibular) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการทรงตัว การเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว ตัวรับกระแสประสาทในหูชั้นในจะถูกกระตุ้นและส่งข้อมูลไปที่ศูนย์ควบคุมการอาเจียน จึงทำให้บุคคลนั้นๆเกิดอาการอาเจียน จากรายงานการศึกษาดังกล่าวจำนวน 1,000 คน พบว่า ร้อยละ 12 เคยมีประวัติการรับรู้การเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น เมารถ หรือเมาเรือ (motion sickness) และเมื่อตั้งครก พบว่าความถี่ของอาการอาเจียนที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครกกลุ่มนี้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Whitehead, Andrews, & Chamberlain, 1992)

4. เปลือกสมองและระบบลิมบิก (cerebral cortex and limbic system) เมื่อมีการกระตุ้นจากประสาทรับรู้ (sensory) ทั้งหมด เช่น ความเจ็บปวด การเห็นภาพ การลิ้มรส การได้กลิ่น และอารมณ์ต่างๆ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น การกระตุ้นนี้ไม่ผ่านศูนย์รับสัญญาณกระตุ้นจากสารเคมีที่ฐานสมอง (CTZ) แต่เป็นการกระตุ้นโดยตรงที่ศูนย์ควบคุมการอาเจียน (สิระยา สัมมาวาจ, 2556) ในสตรีตั้งครก เมื่อถูกกระตุ้นด้วยกลิ่นหรือเครื่องปรุงอาหารที่ไม่ชอบ รวมทั้งมีความรู้สึกด้านอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความไม่พร้อมสำหรับการตั้งครก การไม่ยอมรับการตั้งครก และความรู้สึกลังเลใจ (ambivalence) ต่อการตั้งครก สิ่งกระตุ้นเหล่านี้จะส่งผลกระตุ้นที่เปลือกสมองและระบบลิมบิกไปยังศูนย์ควบคุมการอาเจียน ส่งผลให้เกิดอาการอาเจียน

จากกลไกการเกิดอาการอาเจียนข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครกแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน โดยอาจเกิดทั้งจากการกระตุ้นที่ศูนย์ควบคุมการอาเจียนโดยตรงหรือศูนย์รับสัญญาณกระตุ้นจากสารเคมีที่ฐานสมอง (CTZ) ในระดับที่ร่างกายแต่ละคนมีความอดทนที่ไม่เท่ากัน (threshold) ซึ่งจะส่งกระแสประสาทไปยังเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 ไปที่ระบบทางเดินอาหาร ผ่านเส้นประสาทไขสันหลัง ทำให้กล้ามเนื้อกระบังลม และกล้ามเนื้อหน้าท้องหดตัวอย่างแรง ถ้าไส้เล็กและกระเพาะอาหารบีบตัวร่วมกับหูรูดกระเพาะอาหารและหลอดอาหารคลายตัว ขับสิ่งที่อยู่ค้างในกระเพาะอาหารผ่านหลอดอาหารขึ้นมาทางช่องปาก เป็นผลให้เกิดอาการอาเจียนขึ้น

สาเหตุของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์

การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกนั้น ยังไม่มีรายงานสรุปสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าการเกิดอาการดังกล่าวมีอิทธิพลมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ขณะตั้งครรภ์ ดังนี้

ด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ ที่เชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน คือการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆ ซึ่งมีผลทำให้การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อของระบบทางเดินอาหารทำงานต่างจากก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน (รัตติกร ชนะตริรัตนพันธ์, ประเดิมชัย คงคำ, และ สุเทพ กลชาญวิทย์, 2549) การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆมีดังนี้

1. ฮอร์โมนฮิวแมน โคริโอนิก โกรนาโดโทรปิน (human chorionic gonadotropin; hCG) ซึ่งพบว่าการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับระดับของฮอร์โมน ฮิวแมน โคริโอนิก โกรนาโดโทรปิน ที่สูงขึ้น 2 ประการคือ ประการแรก พบว่าระดับฮอร์โมนดังกล่าวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน และช่วงเวลาที่อาการรุนแรง จะตรวจพบว่าระดับฮอร์โมนนี้สูงมากเช่นกัน และประการที่สอง พบว่าการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ เช่น การตั้งครรภ์แฝด การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก เป็นต้น ซึ่งการตั้งครรภ์เช่นนี้ จะมีระดับของฮอร์โมนฮิวแมน โคริโอนิก โกรนาโดโทรปินที่สูงกว่าปกติ (Davis, 2004; Forbes, 2002; Goodwin, 2002; Jarvis & Nelson-Piercy, 2011)

2. ฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Brown, 2016) ซึ่งมีรายงานการศึกษาที่สอดคล้องว่าสตรีที่มีการใช้ยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนยิ่งสูงจะยิ่งมีอาการข้างเคียงคืออาการคลื่นไส้ อาเจียน (Lee & Saba, 2011) ดังนั้นเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ซึ่งจะมีฮอร์โมนดังกล่าวสูงขึ้นกว่าก่อนการตั้งครรภ์หลายเท่า โดยช่วงเริ่มแรกจะถูกผลิตจากคอร์ปัสลูเทียม (corpus luteum) และหลังจากนั้นรกจะหลั่งฮอร์โมนนี้ไปตลอดการตั้งครรภ์ ซึ่งปริมาณฮอร์โมนเอสโตรเจนจะมากกว่าที่ผลิตจากคอร์ปัสลูเทียมโดยเริ่มหลังในช่วงอายุครรภ์ 6 - 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงที่สตรีตั้งครรภ์มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากที่สุด (ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, 2560) จึงพบว่า ฮอร์โมนเอสโตรเจนนี้อาจมีผลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

3. ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone) ฮอร์โมนนี้จะเพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ มีผลทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบลดลง มีการเคลื่อนไหวผิดปกติของ

กระเพาะอาหาร จึงทำให้อาหารค้างอยู่ในทางเดินอาหารนานขึ้น กระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจะมีฮอร์โมนนี้สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Koch & Frissora, 2003; Mylonas, Gingelmaier, & Kainer, 2007)

4. ฮอร์โมนพรอสตาแกรนดิน อี ทู (prostaglandin E2) ในช่วงอายุครรภ์ 9 - 12 สัปดาห์ สตรีจะมีการสร้างฮอร์โมนพรอสตาแกรนดิน อี ทู จากระดับมากขึ้น ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของฮอร์โมนฮิวแมน โคริโอนิก โกรนาโดโทรปิน โดยมีการศึกษาพบว่าช่วงที่สตรีตั้งครรภ์ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนสัมพันธ์กับระดับของฮอร์โมนพรอสตาแกรนดิน อี ทูที่สูงขึ้น ซึ่งฮอร์โมนนี้มีผลทำให้การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารน้อยผิดปกติ (Gadsby, Barnie-Adshead, Grammatopoulos, & Gadsby, 2000)

อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า ฮอร์โมนต่างๆสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยตรง เนื่องจากยังมีข้อมูลที่ขัดแย้ง เช่น ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ แต่กลับพบอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และในขณะที่ระดับฮอร์โมนดังกล่าวสูงมากที่สุดกลับไม่พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเกิดขึ้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายยังพบว่า เชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร (*Helicobacter pylori*) มีความสัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ (Weyermann et al., 2003) โดยจากการศึกษาด้วยการตรวจกระเพาะอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะตั้งครรภ์พบว่ามีความหนาแน่นของเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไรอยู่ร้อยละ 95 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่พบเชื้อดังกล่าวนี้เพียงร้อยละ 50 (Bagis, Gumurdulu, Kayaselcuk, Yilmaz, Kilicadag, & Tarim, 2002)

ด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดต่างๆ เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งความรู้สึกทางอารมณ์เหล่านี้ มีความผันผวนในสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ถือเป็นปัจจัยกระตุ้นที่มีผลกระตุ้นเปลือกสมองและส่งสัญญาณไปยังศูนย์ควบคุมการอาเจียนโดยตรง เป็นผลให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ (Javis & Nelson-Piercy, 2011) จากการศึกษาของโคเคนและคณะ (Koken, Yilmazer, Cosar, Sahi, Cevri oglu, & Geci, 2008) ในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจำนวน 230 คน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความรุนแรงอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากจะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความรู้สึกซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39$ และ $.35$, $p < .001$) สอดคล้องกับศึกษาของเซาว์และคณะ (Chou et al., 2008) ที่พบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความเครียดและการปรับบทบาทของ

สตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19$ และ $.17, p < .01$) จากการศึกษาที่กล่าวข้างต้นจะเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจนั้น เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของสตรีตั้งครรภ์ได้

ผลกระทบของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนต่อสตรีตั้งครรภ์

เนื่องจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ใหม่ที่สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกายขณะตั้งครรภ์ ซึ่งแตกต่างไปจากชีวิตประจำวันเดิมก่อนการตั้งครรภ์ และการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม รวมทั้งกระทบต่อการกินในครรภ์

ผลกระทบด้านร่างกาย

อาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่เกิดขึ้นติดต่อกันในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงความรู้สึกไม่สบายของร่างกาย โดยความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นในระดับต่างๆ มีผลกระทบต่อร่างกายของสตรีตั้งครรภ์แตกต่างกัน กล่าวคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียนระดับเล็กน้อย จะทำให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ รู้สึกเหนื่อยล้าและอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของสตรีตั้งครรภ์ (Chou, Lin, Cooney, Walker, & Riggs, 2003; มานี ปิยะอนันต์, ชายชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ ศันสนียวิทย์กุล, 2552) ส่วนอาการคลื่นไส้ อาเจียนในระดับปานกลางและระดับรุนแรง อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะขาดน้ำ น้ำหนักตัวลดลงได้ถึงร้อยละ 5 เกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น รวมทั้งอาจตรวจพบคีโตนและโปรตีนในปัสสาวะ (Fejzo et al., 2009; Mylonas et al., 2007) อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การขาดสารอาหารและพลังงานที่สตรีตั้งครรภ์จำเป็นต้องใช้เพิ่มมากขึ้นในขณะตั้งครรภ์ (Khreshch, 2011; Smith et al., 2000)

ผลกระทบด้านจิตใจ

อาการคลื่นไส้ อาเจียนนอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายสตรีตั้งครรภ์แล้วยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ โดยสตรีตั้งครรภ์อาจเกิดความรู้สึก เครียด วิตกกังวล และกลัวเกี่ยวกับความปลอดภัยของการกินในครรภ์เมื่อเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนติดต่อกัน เพราะสตรีตั้งครรภ์ทุกคนย่อมคาดหวังให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ (Littleton et al., 2007; Swallow et al., 2005) อีกทั้งในสตรีตั้งครรภ์บางรายที่เกิดความรู้สึกไม่สบายจากอาการดังกล่าวมาก บางครั้งอาจไม่ยอมตั้งครรภ์อีก จากรายงานการศึกษาของสแวลโลและคณะ (Swallow, Lindow, Masson & Hay, 2004) เกี่ยวกับการประเมินสุขภาพจิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนชาวอังกฤษ

จำนวน 774 คน พบว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล/อาการนอนไม่หลับ และภาวะซึมเศร้าของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .16$ และ $.17$, $p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของยิลเมสและคณะ (Yilmaz et al., 2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะด้านจิตใจกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ชาวตุรกี จำนวน 200 คน พบว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงมีคะแนนภาวะซึมเศร้า ($\text{mean} = 12.2$, $\text{SD} = 4.2$) สูงกว่ากลุ่มที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเล็กน้อย ($\text{mean} = 8.9$, $\text{SD} = 3.8$) และกลุ่มที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ($\text{mean} = 8.7$, $\text{SD} = 3.4$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลกระทบด้านจิตสังคม

อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่รุนแรงจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน รวมถึงกิจกรรมทางสังคมมีประสิทธิผลลดลง เช่น ความสามารถในการทำงานบ้าน ในการทำงานร่วมกับคนอื่น การหารายได้ รวมถึงสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัว (Piwko et al., 2012) มีรายงานการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ชาวอังกฤษ จำนวน 363 คน พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะตั้งครรภ์มากจะมีสมรรถนะในการทำงานลดลงและบางส่วนจะต้องหยุดงานประจำ (Gadsby et al., 1993) นอกจากนี้ อาการคลื่นไส้ อาเจียนของสตรีตั้งครรภ์ ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง โดยพบว่าสมาชิกในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จะมีระดับความวิตกกังวลและมีอาการเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นเช่นกัน (Mazzotta, Stewart, Atanackovic, Koren, & Magee, 2000)

ผลกระทบต่อทารก

อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ โดยมีรายงานการศึกษาสตรีตั้งครรภ์ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาในกลุ่มที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจำนวน 5,207 คน และกลุ่มที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจำนวน 76,279 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีอัตราการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ($\text{OR} = 2.4$, $p < .001$) คลอดก่อนกำหนด ($\text{OR} = 1.52$, $p < .001$) และภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ($\text{OR} = 2.2$, $p < .001$) สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนระหว่างตั้งครรภ์ (Temming et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนชาวแคนาดา จำนวน 127 คน พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางลบกับน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22$, $p < .05$) (Zhou, O'Brien, & Relyea, 1999) อย่างไรก็ตามผลกระทบต่อทารกดังกล่าวขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน และความสามารถของการปรับตัวในการดำรงบทบาทของมารดา รวมถึงการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ด้วย

จากผลกระทบของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในสตรีตั้งครรภ์ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ได้รับผลกระทบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม ซึ่งผลกระทบดังกล่าวย่อมมีผลต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต อันจะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ได้

การดูแลและรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อสตรีหลายประการดังได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์จึงควรได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดังนี้ (ACOG, 2015; Maltepe, & Koren, 2012; Smith, Refuerzo, & Ramin, 2011)

1. ปรับการรับประทานอาหาร (dietary changes) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จะต้องปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร ซึ่งควรรับประทานอาหารเป็นครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น และอาหารที่รับประทานควรเป็นอาหารที่มีไขมันต่ำ มีโปรตีนและคาร์โบไฮเดรตสูง ไม่ควรปล่อยให้ท้องว่างหรือรู้สึกหิว การรับประทานอาหารที่ช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ เช่น การรับประทานขนมปังกรอบ เครื่องดื่มอุ่นๆ ได้แก่ นม น้ำเต้าหู้ น้ำจิง ในตอนเช้า
2. หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (avoid triggers) โดยสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เช่น กลิ่น อากาศร้อน เสียงดัง การถูกเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ
3. การรักษาทางเลือกอื่นๆ (complementary treatments) เช่น การกดจุด (acupressure) การฝังเข็ม (acupuncture) โดยอาจลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้ในสตรีตั้งครรภ์บางรายเท่านั้น
4. การรักษาด้วยยา (medications) ยาที่ใช้ในการรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ เช่น วิตามินบี 6 (pyridoxine) ยาไดเมนไฮดริเนต (dimenhydrinate) เมทโทคลอปรามิด (metoclopramide) เป็นต้น แต่สำหรับการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนนั้น สตรีตั้งครรภ์จะต้องมาพบแพทย์เพื่อพิจารณาใช้ยาที่ไม่มีผลต่อความพิการของทารกในครรภ์

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่เกี่ยวกับการบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ พบว่ามีการศึกษาของซาเบรีและคณะ (Saber, Sadat, Abedzadeh-Kalahroudi, & Taebi, 2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์น้อยกว่า 16 สัปดาห์ จำนวน 143 คน โดยแบ่งออกเป็นโปรแกรมการบรรเทาอาการด้วยน้ำจิง 50 คน การนวดกดจุด 48 คน และกลุ่มควบคุม 45 คน ไม่ได้รับวิธีการบรรเทาใดๆ สตรีตั้งครรภ์ทั้ง 3 กลุ่ม

ยังคงได้รับการดูแลและรับประทานอาหารตามคำแนะนำปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบรรเทาอาการด้วยน้ำขิงมีค่าคะแนนรวมของอาการคลื่นไส้ อาเจียนก่อน (mean = 17.91, SD = 6.11) และหลัง (mean = 9.30, SD = 4.68) ได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดมีคะแนนก่อน (mean = 17.91, SD = 5.90) และหลัง (mean = 13.74, SD = 6.66) ได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบรรเทาอาการด้วยน้ำขิง มีคะแนนรวมของอาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลงร้อยละ 49 และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบรรเทาโดยการนวดกดจุดมีคะแนนรวมของอาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลงร้อยละ 29 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนรวมของอาการคลื่นไส้ อาเจียนรวมลดลงร้อยละ 0.06 ตามลำดับ

ดังนั้น การบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนในขณะตั้งครรภ์จะต้องอาศัยการปฏิบัติตนของสตรีตั้งครรภ์เอง การหาวิธีบรรเทาอาการดังกล่าว โดยไม่ต้องใช้ยา เช่น การดื่มน้ำขิง หรือการนวดกดจุด เป็นต้น แต่หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงจำเป็นต้องได้รับยาจากแพทย์เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนและการขาดสารน้ำ

แนวคิดคุณภาพชีวิต

แนวคิดคุณภาพชีวิตเริ่มขึ้นเมื่อปี 1970 ในกลุ่มประเทศทางตะวันตก ต่อมานักวิชาการในประเทศไทย ได้เริ่มสนใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยมีการกล่าวถึง แนวคิดคุณภาพชีวิตขึ้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (2515 - 2519) เนื่องจากเป็นช่วงที่เศรษฐกิจผันผวน การกระจายรายได้ไม่เป็นธรรม จึงได้มีการพัฒนาแนวทางในการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชน (ฉวีวรรณ เรืองทัย, 2541) จนในปัจจุบัน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ดำเนินมาถึง ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ซึ่งยังคงมีการมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกเพศ ทุกวัย รวมถึงสตรีตั้งครรภ์ทุกคน เพื่อสร้างทรัพยากรคนที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศ จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตยังเป็นเรื่องที่สำคัญและเป็นเป้าหมายที่รัฐบาลไทยให้ความสนใจในการพัฒนา เพื่อให้ประชาชนมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิต อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับความหมายของแต่ละบุคคลเมื่อเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ตามมุมมอง แนวคิด หรือจุดประสงค์ที่แตกต่างกันของชีวิตในขณะนั้น และเนื่องจากแนวคิดคุณภาพชีวิตเริ่มจากประเทศตะวันตกดังได้กล่าวแล้วนั้น การให้ความหมายคุณภาพชีวิตเชิงวิชาการจึงกำหนดขึ้นจากนักวิชาการชาวตะวันตก

ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

นักวิชาการให้ความหมายและอธิบายองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้อย่างหลากหลาย โดยขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ผู้ศึกษาให้ความสนใจ ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (WHOQoL group, 1995) ให้ความหมาย คุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของแต่ละบุคคลต่อสถานะการดำรงชีวิต ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม เป้าหมายของชีวิต ความคาดหวังของบุคคล โดยครอบคลุมในด้านสุขภาพร่างกาย สภาพจิตใจ ความเป็นอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อของแต่ละบุคคล

ซาน (Zhan, 1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลที่สามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเองจากประสบการณ์ในชีวิต โดยการคำนึงถึงภูมิหลังของบุคคล สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมและอายุ

วิลสันและเคลียร์ (Wilson & Cleary, 1995) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ ความรู้สึกผาสุก (well-being) หรือความสุขและความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิตโดยรวม

เฟอร์รานและพาวเวอร์ (Ferrans & Powers, 1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ถึงความผาสุกของบุคคลโดยขึ้นอยู่กับความพึงพอใจต่อสถานะการดำรงชีวิต ซึ่งเกี่ยวข้องกับ สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมในสังคมของบุคคลนั้น

จากความหมายของคุณภาพชีวิต (quality of life) ที่กล่าวข้างต้น แม้จะหลากหลาย แต่ก็ มีหลักการคล้ายกัน โดยเฉพาะความหมายของคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกและความหมาย คุณภาพชีวิตของเฟอร์รานและคณะ ซึ่งมีความใกล้เคียงกัน ซึ่งสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ตามเป้าหมายและความคาดหวังของบุคคล โดยในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก เนื่องจากมีความชัดเจนและครอบคลุม ความพึงพอใจในลักษณะองค์รวมของบุคคล

นอกจากความหมายของคุณภาพชีวิตแล้ว องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตก็มีความสำคัญที่จะใช้เป็นตัวชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยองค์การอนามัยโลก ได้อธิบาย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 6 ด้าน (WHOQoL group, 1995) ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่พึ่งพา ด้านความสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ ต่อมาได้ปรับปรุงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตลงเหลือ 4 ด้าน (WHOQoL group, 1998) ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยรวมด้านระดับความเป็นอิสระไม่พึ่งพาไว้กับ

ด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ ไว้กับด้านจิตใจ เพื่อให้การประเมินคุณภาพมีความครอบคลุม ไม่ซ้ำซ้อน และกระชับมากยิ่งขึ้น โดยองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านมีดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับสภาพทางด้านร่างกาย ความสมบูรณ์ของร่างกาย เช่น การรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด ไม่สบาย พละกำลัง และความเหนื่อยล้า การนอนหลับและการพักผ่อน การเคลื่อนไหว และการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของบุคคล เช่น การรับรู้ความรู้สึกดีหรือไม่ดีในภาพลักษณ์เกี่ยวกับร่างกายทั่วไปของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับความคิด ความจำ สมาธิ การเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนเอง และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดวิตกกังวล เครียด ในเหตุการณ์ที่เผชิญ เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship domain) คือ การรับรู้เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ และการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

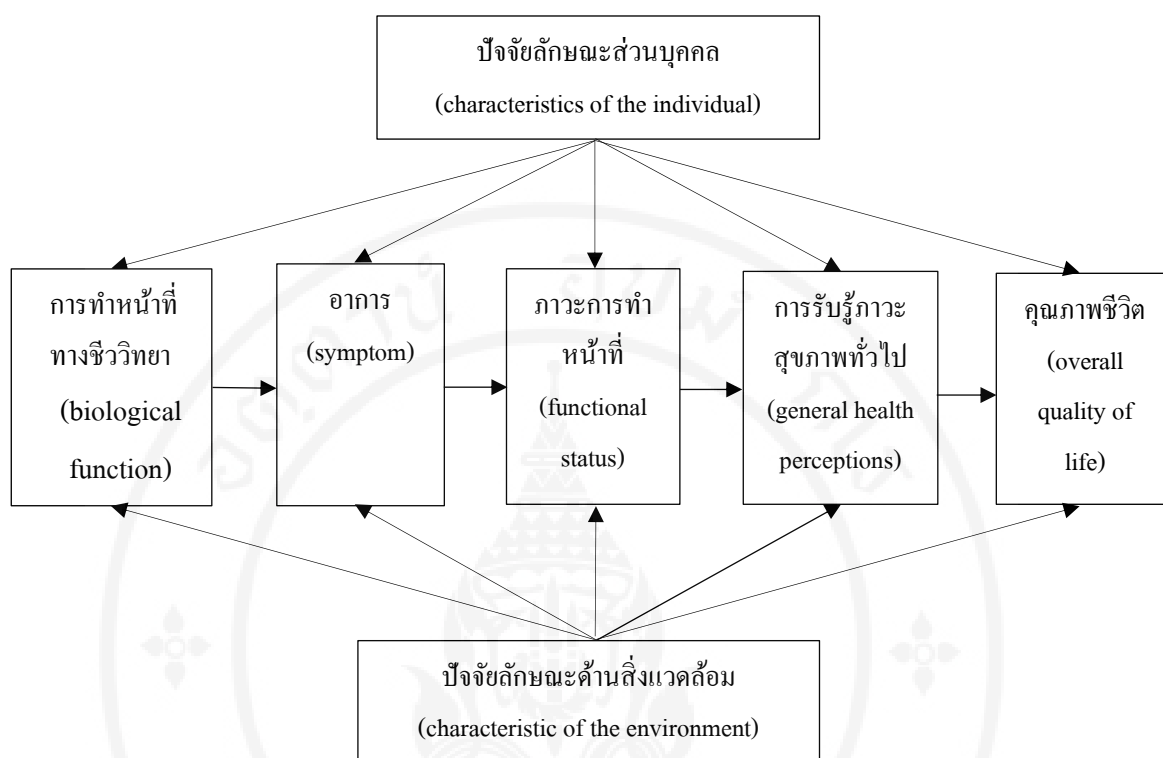
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ที่มีผลในการดำเนินชีวิต เช่น การได้รับบริการทางสุขภาพ การรับรู้ความปลอดภัย และความมั่นคง การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารและข้อมูลใหม่ๆ การคมนาคมขนส่งสะดวก และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ไม่มีมลพิษต่างๆ เป็นต้น

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต (conceptual model of health-related quality of life) ที่เฟอร์รานและคณะ (Ferrans et al., 2005) ปรับปรุงมาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตที่วิลสันและเคลียร์ (Wilson & Cleary, 1995) สร้างขึ้นโดยแนวความคิดเดิม อธิบายว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับเซลล์ จนถึงอวัยวะ โดยเฉพาะหากมีความเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาและสรีรวิทยา (biological and physiological variable) ส่งผลให้เกิดอาการแสดง (symptom status) และกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ในชีวิต (functional status) ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health perception) เป็นผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตลดลง แต่ในทางกลับกัน หากบุคคลไม่มีภาวะเจ็บป่วย ย่อมสามารถทำหน้าที่ตนเองได้อย่างสมบูรณ์ จะส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพดี และรับรู้คุณภาพชีวิตที่ระดับดีขึ้นด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามการอธิบายเป็นไปแบบกว้างๆ และไม่ชัดเจนนัก

ต่อมาในปี ค.ศ. 2005 เฟอ์รรานและคณะ ได้ทำการปรับปรุงกรอบแนวคิดของวิลสัน และเคลียร์ โดยอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล (characteristics of the individual) และปัจจัยลักษณะด้านสิ่งแวดล้อม (characteristic of the environment) ให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยอธิบายเพิ่มถึงการส่งผลจากปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยลักษณะด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในแบบจำลอง และมีการปรับปัจจัยชีววิทยาและสรีรวิทยา (biological and physiological variable) เป็นปัจจัยการทำหน้าที่ทางชีววิทยา (biological function) โดยตัดปัจจัยที่ไม่ใช่ทางชีววิทยาไปจัดรวมไว้กับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยลักษณะด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์และง่ายต่อการนำไปใช้ในการวิจัยและปฏิบัติการดูแลสุขภาพในคลินิกสำหรับการพยาบาล ซึ่งกรอบแนวคิดใหม่ที่ปรับปรุงโดยเฟอ์รรานและคณะมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เฟอ์รรานและคณะ ได้อธิบายว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพนั้นเป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจหรือความสุขในการดำรงชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล (characteristics of the individual) และปัจจัยลักษณะด้านสิ่งแวดล้อม (characteristic of the environment) ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและทั้งสองปัจจัยนี้ยังส่งผลต่อปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา (biological function) ปัจจัยด้านอาการ (symptoms) ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ (functional status) และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (general health perceptions) นอกจากนี้ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยายังส่งผลต่อการแสดงอาการ ภาวะการทำหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้ ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม ดังกรอบแนวคิดต่อไปนี้



แผนภาพที่ 2.1 แบบจำลองกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (conceptual model of health - related quality of life) ที่ปรับปรุงโดยเฟอร์รานและคณะ (Ferrans et al., 2005)

จากกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของเฟอร์รานข้างต้น กล่าวถึงปัจจัยทั้งหมด ที่ผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยแต่ละปัจจัยมีความหมายดังนี้

1. ปัจจัยเฉพาะบุคคล (characteristics of the individual) ประกอบด้วย ปัจจัยย่อย 4 ประการ คือ

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic factor) ได้แก่ เชื้อชาติ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การวางแผนการตั้งครรภ์ เป็นต้น

1.2 ปัจจัยด้านพัฒนาการ (developmental factor) เป็นปัจจัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลา โดยปัจจัยนี้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่แสดงออกตามวัยของบุคคล ซึ่งแต่ละวัยหรือแต่ละระยะของชีวิตมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ต่างๆ ด้วย เช่น วัยเด็ก วัยเจริญพันธุ์ วัยผู้ใหญ่ สตรีตั้งครรภ์ วัยสูงอายุ เป็นต้น

1.3 ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factor) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงและตอบสนองต่อการกระตุ้นของบุคคล จำแนกย่อยออกเป็น 3 ด้านประกอบด้วย

1.3.1 กระบวนการรับรู้ไตร่ตรอง (cognitive appraisal) เป็นกระบวนการที่มีผลต่อความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติต่อภาวะเจ็บป่วยและการรักษา

1.3.2 การตอบสนองทางอารมณ์ (affective response) เป็นความรู้สึก บุคลิกที่ติดตัวมาแต่เดิมของบุคคล เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด ความโศกเศร้าหรือความสุข เป็นต้น

1.3.3 แรงจูงใจ (motivation) เป็นกลไกภายในตัวบุคคล ซึ่งขับเคลื่อนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

1.4 ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง เช่น ดัชนีมวลกาย สิว ระดับน้ำตาล โรคทางพันธุกรรม ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เป็นต้น

2. ลักษณะด้านสิ่งแวดล้อม (characteristic of the environment) ประกอบด้วย

2.1 สิ่งแวดล้อมด้านสังคม (social environment) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบุคคล หรือการได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากครอบครัวและสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง เพื่อน และทีมสุขภาพ เป็นต้น

2.2 สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ (physical environment) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบ เช่น สภาพแวดล้อม อากาศ สถานที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ที่พักอาศัยอยู่ในชุมชน การคมนาคม เป็นต้น

3. การทำหน้าที่ทางชีววิทยา (biological function) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำหน้าที่ของอวัยวะทั้งหมดในร่างกาย ครอบคลุมตั้งแต่ระดับเซลล์ โดยเป็นกระบวนการที่มีการทำงานอย่างต่อเนื่อง หากกระบวนการทำหน้าที่ทางชีววิทยาผิดปกติจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ประเมินได้จากการซักประวัติ วินิจฉัย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจร่างกาย โดยอาจมีผลปกติ หรือผิดปกติ ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นขณะนั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยามีผลทางตรง และทางอ้อมต่ออาการ ภาวะการทำหน้าที่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

4. ปัจจัยด้านอาการ (symptoms) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะเวลานั้นๆ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นครอบคลุมทั้งอาการด้านร่างกายและจิตใจ โดยอาการด้านร่างกาย (physical) ได้แก่ ความอ่อนล้า ความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ส่วน

อาการด้านจิตใจ (psychological) ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้า เป็นต้น โดยอาการต่าง ๆ นั้น จะขึ้นอยู่กับการทำงานที่ทางชีววิทยา พื้นฐานของการรับรู้ และการให้ความหมายต่อความผิดปกตินั้นของแต่ละบุคคล

5. ปัจจัยด้านภาวะการทำงานที่ (functional status) เป็นความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ต่างๆของแต่ละบุคคล ทั้งการทำงานที่ทางร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำรงบทบาทหน้าที่ เช่น ความบกพร่องเกี่ยวกับการนอน การรับประทานอาหาร สัมพันธภาพกับสังคม การประกอบอาชีพ เป็นต้น หากสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่เหล่านี้ จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

6. ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (general health perceptions) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในภาพรวมจากมุมมองที่แตกต่างกันของบุคคล ซึ่งประมวลผลจากปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการ และปัจจัยด้านภาวะการทำงานที่ หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

7. คุณภาพชีวิต (overall quality of life) เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกในการดำรงชีวิต โดยประเมินจากความพึงพอใจหรือความสุขในองค์ประกอบด้านต่างๆในการดำเนินชีวิต

จากกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเฟอร์รานและคณะที่ปรับปรุงจากแนวคิดคุณภาพชีวิตของวิลสันและเคลียร์นั้น จะเห็นได้ว่ากรอบแนวคิดดังกล่าวมีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และมีความเหมาะสมสำหรับนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจากการทบทวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านพบว่า ในประเทศไทยได้มีผู้นำกรอบแนวคิดนี้ไปใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลกลุ่มต่างๆ และสามารถสะท้อนปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลแต่ละกลุ่มได้ดี ดังการศึกษาของภมร แซ่มรักษา, ศิริลักษณ์ ประวิณวรกุล และทัศนัท ศิริเสถียรจุ (2554) ที่ได้ทำการศึกษาค้นคว้าชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อมารวิวรรณ พงศ์พิพัฒน์ และอรอน ศรียุคศุทธ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ดังเช่น ศิริภรณ์ เหมะธลินและคณะ (2559) ได้นำกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของเฟอร์รานและคณะ ไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ซึ่งพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด คือ การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการทำหน้าที่บทบาทมารดา ซึ่งอยู่ในปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านอาการ และปัจจัยด้านการทำหน้าที่ ตามลำดับ และจรัญญา ดิจะโปะ (2560) ได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวไปใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพสตรีที่มีบุตรยาก ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การดำรงบทบาท

ภรรยา และความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีบุตรยาก ซึ่งอยู่ในปัจจัยลักษณะสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ภาวะการทำงานที่ ปัจจัยด้านอาการ ตามลำดับ

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของเฟอร์ราน และคณะ มีความเหมาะสมที่จะใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลกลุ่มต่างๆทั้งที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วยซึ่งอยู่ในระยะพัฒนาการระยะใดระยะหนึ่ง เช่น สตรีวัยเจริญพันธุ์ในระยะตั้งครรภ์ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตสังคม ระยะหลังคลอด และสตรีที่มีบุตรยาก เป็นต้น ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ จึงเลือกใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตดังกล่าว เป็นแนวทางในการศึกษา เนื่องจากการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกนั้นถือเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะผู้ที่มีการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นอาการที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ย่อมส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์

คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์แม้จะเป็นระยะพัฒนาการหนึ่งของสตรี แต่เมื่อตั้งครรภ์จะทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงหลายระบบ และเกิดอาการไม่สุขสบายต่างๆ รวมถึงการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งแม้จะก่อให้เกิดความไม่สุขสบายได้ในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป แต่อาการดังกล่าวนี้ยังบั่นทอนความสุขและความพึงพอใจทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันจะส่งผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์เป็นไปในทางลบ ซึ่งหากสตรีตั้งครรภ์รับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จะส่งผลต่อการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดา การดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ รวมถึงผลลัพธ์ที่ไม่ดีของการตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความสนใจในการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์อย่างหลากหลายในต่างประเทศ ดังการศึกษาต่อไปนี้

มันซ์และคณะ (Munch et al., 2011) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชาวแคลิฟอร์เนีย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต 2 ฉบับ คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (NVPQOL) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (SF-36) โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (NVPQOL) ประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ 3 กลุ่ม คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการอาเจียนอย่างรุนแรง (hyperemesis gravidarum) 29 คน สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนไม่รุนแรง (nausea and vomiting) 48 คน และสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

(asymptomatic) 16 คน และใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (SF-36) ประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการอาเจียนอย่างรุนแรง (hyperemesis gravidarum) 19 คน มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนไม่รุนแรง (nausea and vomiting) 34 คน และไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (asymptomatic) 8 คน แล้วทำการศึกษเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ทั้ง 3 กลุ่มย่อยที่ใช้แบบประเมินแบบเดียวกัน พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (SF-36) ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีอาการอาเจียนอย่างรุนแรงและกลุ่มที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนไม่รุนแรง ในขณะที่คะแนนคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (NVPQOL) ระหว่างกลุ่มที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง และกลุ่มที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนไม่รุนแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีอาการอาเจียนอย่างรุนแรง มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนไม่รุนแรง และสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการ

Chan และคณะ (Chan et al., 2010) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ชาวจีนจำนวน 396 คนที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่คลินิกรับฝากครรภ์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในช่วงอายุครรภ์ 10 – 14 สัปดาห์ ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนของสตรีตั้งครรภ์โดยใช้แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy Unique Quantification of Emesis; PUQE) และประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (SF-36) ผลการศึกษาพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Smith และคณะ (Smith et al., 2000) ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกชาวออสเตรเลีย จำนวน 593 คน ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนของสตรีตั้งครรภ์ โดยใช้แบบประเมิน อาการคลื่นไส้ อาเจียนของไรเคส (Rhodes index of nausea and vomiting) และประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (SF-36) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร้อยละ 93 (554 คน) มีคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับต่ำกว่าประชากรเทียบเคียงคือ สตรีไม่ตั้งครรภ์อายุ 18 - 44 ปี โดยเฉพาะด้านความสามารถทางกายภาพตามบทบาท (role functioning physical) และด้านพลังกำลัง (Vitality) เป็นด้านที่ต่ำกว่ามากที่สุด

ลิวและเซา (Liu & Chou, 2014) ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนชาวไต้หวันที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศ จำนวน 160 คน ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยใช้แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนของไรเคส (Index of nausea, vomiting, and

retching; INVP) แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน (a visual analogue scale for symptom distress) และประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะตั้งครรภ์ (NVPQOL) ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 121.68, SD = 27.92)

แชลอมและคณะ (Shalom, Uche, & Sabina, 2016) ทำการศึกษาศตรีในไตรมาสแรกและไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในขณะตั้งครรภ์ชาวไนจีเรีย จำนวน 119 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะตั้งครรภ์ (NVPQOL) พบว่าคะแนนรวมคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอยู่ในระดับปานกลาง (mean=112.16 SD = 33.3) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนซึ่งมีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ เป็นกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด

โจลแบรีและคณะ (Jouybari, Sanasu, & Chehregosha, 2012) ศึกษาคุณภาพชีวิตในสตรีตั้งครรภ์ชาวอิหร่านที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ จำนวน 120 คน โดยใช้แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนของโรดส์ (INVP) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (SF-36) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร้อยละ 60 มีค่าคะแนนคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่า 50 ซึ่งหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับที่ดี

แบร์โกวาร์และบัซโกวาร์ (Balikova & Buzgova, 2014) ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนชาวเช็ก จำนวน 179 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขณะตั้งครรภ์ (NVPQOL) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมากและระดับค่อนข้างดีมากรวมร้อยละ 76 ระดับดีร้อยละ 20 และระดับค่อนข้างต่ำและต่ำรวมร้อยละ 4 ตามลำดับ

กูฮาราระและโอฮาชิ (Kugahara & Ohashi, 2006) ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนชาวญี่ปุ่นที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 สัปดาห์ จำนวน 183 คน ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยใช้แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนของโรดส์ (Rhodes index of nausea and vomiting) และประเมินคุณภาพชีวิตโดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (SF-36) ซึ่งแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ช่วงอายุครรภ์ 4 - 7 สัปดาห์ 8 - 11 สัปดาห์ 12 - 15 สัปดาห์ และ 16 - 19 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอยู่ในระดับต่ำทุกกลุ่ม และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนช่วงอายุครรภ์ 12 - 15 สัปดาห์ (mean = 36.6, SD = 13.5) และ 16 - 19 สัปดาห์ (mean = 36.4, SD = 15.6) ต่ำกว่า

สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ 4 - 7 สัปดาห์ (mean 45.8, SD = 18.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจช่วงอายุครรภ์ 8 - 11 สัปดาห์ (mean = 43.3, SD = 10.5) ต่ำกว่าช่วงอายุครรภ์ 16 - 19 สัปดาห์ (mean = 48.6, SD = 6.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ลาแคสและคณะ (Lacasse et al., 2008) ทำศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกชาวแคนาดา ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกจำนวน 367 คน ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยแบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ (PUQE) และประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (NVPQOL) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปฉบับย่อ (SF-12) ผลการศึกษา พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตสตรีตั้งครรภ์ที่ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (NVPQOL) มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรวมเท่ากับ 95 คะแนน (SD = 39.8) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำและคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกก็ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปฉบับย่อ (SF-12) มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำทั้งด้านร่างกาย (mean = 44, SD = 9.2) และด้านจิตใจ (mean = 47, SD = 8.5)

สำหรับในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีรายงานการศึกษาคุณภาพชีวิตเฉพาะของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ แต่พบเพียงการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ปกติทั่วไป (พรนภา เจริญสันต์และคณะ, 2555) จำนวน 164 คน เก็บรวบรวมโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ปกติร้อยละ 91.28 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับที่แตกต่างกัน โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวในบางการศึกษา มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางและบางการศึกษา พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์จะดีหรือไม่นั้น ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกหลายประการ ดังจะได้กล่าวต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

อาการคลื่นไส้ อาเจียนนั้นเป็นอาการไม่สุขสบายที่พบได้มากในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรก และพบว่าอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม ซึ่งทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม รวมถึงระดับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไม่ดี ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ภายใต้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของเฟอร์รานและคณะ (Ferrans et al., 2005) ซึ่งพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ สรุปได้ดังนี้

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากการศึกษาจะทำให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ การที่บุคคลมีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการเรียนรู้และรับรู้เรื่องราวต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพได้ดี รวมทั้งมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ค้นหาปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ (Orem, 1985) ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของตนเองในบทบาทของการเป็นมารดา (เสาวณีย์ ภูมิสวัสดิ์, เกษร สุวิริยะศิริ และวันดี ไชยทรัพย์, 2556) ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อลดอาการไม่สุขสบายต่างๆ โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้ อาเจียนในขณะตั้งครรภ์ ดังเช่นการศึกษาของเทวีกา จันเยี่ยมและคณะ (2558) ที่ศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก 140 คน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนต่ำ ($r = -.15, p < .05$) ซึ่งการที่สตรีตั้งครรภ์มีความรู้และสามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ ย่อมทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกสุขสบายขึ้น มีความมั่นใจที่จะตั้งครรภ์ต่อไปตามความคาดหวัง ซึ่งจะส่งผลให้รับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ดีขึ้นด้วย ดังรายงานการศึกษาของหลุยและเซาว์ (Liu & Chou, 2014) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กลุ่มที่มีระดับการศึกษาดังแต่มีมัธยมปลายขึ้นไปมีคะแนนคุณภาพชีวิต (mean = 133.41, SD = 24.43) สูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาดำกว่ามัธยมปลาย (mean = 117.96, SD = 24.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากสตรีกลุ่มที่มีการศึกษาสูงมีความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในขณะที่กลุ่มที่มีการศึกษาดำขาดความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน สอดคล้องกับการศึกษาของไบและคณะ (Bai et al., 2016) ที่เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้คุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่มีการศึกษาสูงและกลุ่มที่มีการศึกษาดำ พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาสูงมีคะแนนคุณภาพชีวิต (mean = 50.58, SD = 9.00) สูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาดำ (mean = 46.94, SD = 10.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อย่างไรก็ตามขัดแย้งกับการศึกษาของแบรีโกวาร์และบัชโกวาร์

(Balikova & Buzgova, 2014) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันกลับมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

รายได้ครอบครัว เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต โดยรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ใช้ในการดำรงชีวิตและดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ หากครอบครัวมีรายได้ดี สตรีตั้งครรภ์จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้มากขึ้น ดังรายงานการศึกษาของเทวิกา จันเอี่ยมและคณะ (2558) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ครอบครัวสูงจะมีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนต่ำ ($r = -.20, p < .05$) และการมีรายได้ครอบครัวที่เพียงพอ นอกจากจะสร้างความมั่นคงในครอบครัวแล้ว ยังช่วยลดความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ และยังทำให้สตรีตั้งครรภ์มีเวลาในการพักผ่อนเพียงพอแทนที่จะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการหารายได้ เป็นผลให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมา แต่จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของรายได้ครอบครัวกับคุณภาพชีวิตสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะตั้งครรภ์โดยตรง พบเพียงรายงานการศึกษาของไลและคณะ (Li, Mao, Du, Morris, Gong, & Xiong, 2012) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปทั้งสามไตรมาส โดยพบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ ($r = .183, p < .001$) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัวกับคุณภาพชีวิตโดยรวม กลับพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .064, p > .05$)

การวางแผนการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยเฉพาะบุคคลด้านพัฒนาการที่มีความเกี่ยวข้องกับการคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ และบ่งบอกถึงความพร้อมในการเป็นมารดา สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีการวางแผนหรือไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ ย่อมเกิดความไม่สบายใจ เกิดความเครียด ความทุกข์ใจ (ปณิดา ปรีชากรกนกกุล, สมพร วัฒนกุลเกียรติ, และวิลาวรรณ พันธุ์พฤษย์, 2555) ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากกว่าสตรีที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ (จุฑาพร อินทสิทธิ์, 2545) และเมื่อเกิดอาการดังกล่าวย่อมส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้คุณภาพชีวิตในทางลบ อย่างไรก็ดี ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนการตั้งครรภ์กับคุณภาพชีวิตในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยตรง มีเพียงรายงานการศึกษาของแอลิ (Ali, 2016) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกชาวอิหร่านระหว่างกลุ่มที่วางแผนการตั้งครรภ์จำนวน 125 คน เปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์จำนวน 125 คน ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ($\text{mean} = 63.39, \text{SD} = 5.53$) และจิตใจ ($\text{mean} = 54.71, \text{SD} = 5.94$) ต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกาย ($\text{mean} = 67.58,$

SD = 8.87) และจิตใจ (mean = 59.32, SD = 8.29) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในขณะที่การศึกษาของไพร์สและคณะ (Pires et al., 2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นชาวโปรตุเกส จำนวน 395 คน พบว่า การวางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.10, p < .05$) ซึ่งหมายความว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์จะมีคุณภาพชีวิตต่ำ

ความเครียด เป็นการตอบสนองของด้านอารมณ์ของบุคคลต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในตัวบุคคลเอง สิ่งแวดล้อมและสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลาจึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลต้องปรับตัว หากบุคคลประเมินว่าสิ่งที่มากระตุ้นนั้นกระทบต่อสวัสดิภาพ ความเป็นอยู่ หรือความมั่นคงของตนเอง ก็จะเกิดความเครียด และเมื่อเกิดความเครียดขึ้นบุคคลจะตอบสนองโดยแสดงออกทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาการทางร่างกาย ประกอบด้วย ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ใจสั่น กระวนกระวาย แน่นหน้าอก นอนไม่หลับ เป็นต้น สำหรับอาการด้านจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล กลัว หดหู่ เศร้า เป็นต้น อย่างไรก็ตามบุคคลจะเกิดความเครียดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งที่มากระตุ้น และพื้นฐานความแข็งแกร่งด้านจิตใจ อารมณ์ ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลนั้นๆ (Lazarus & Folkman, 1984)

สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเคลื่อนไหว อาเจียนนั้น ความเครียดเป็นปัจจัยของอาการด้านจิตใจที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ตามแนวคิดของเฟอร์รานและคณะ (Ferrans et al., 2005) เนื่องจากเมื่อสตรีเกิดการตั้งครรภ์ย่อมต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆภายในร่างกาย เช่น ระดับฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม ดังเช่น การปรับบทบาทการเป็นมารดา รวมถึงความคาดหวังเกี่ยวกับความสมบูรณ์ของทารกในครรภ์ ปรัชณาการณดังกล่าวส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียดขึ้นได้ (Chou, 2001; Iatrakis, Sakellaropoulos, Kourkoubas, & Kabounia, 1988; Kuo et al., 2007) ซึ่งการประเมินความเครียดทำได้โดยการวัดระดับความวิตกกังวล เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นอาการที่แสดงถึงการตอบสนองทางจิตใจที่ชัดเจนเมื่อเกิดความรู้สึกเครียด (Spielberger, 1972) และเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงแรก เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Lazarus, 1966) เมื่อสตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียดขึ้นนั้นย่อมกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย ขาดสมาธิในการทำงาน อารมณ์หงุดหงิด เป็นต้น อันจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้คุณภาพชีวิตไม่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ปกติ ของชิเชการ์และคณะ (Shishehgar et al., 2013) พบว่า ความเครียดขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ($r = -.23, p < .001$) และในการศึกษาปีถัดมาของชิเชการ์และคณะ (Shishehgar, Dolatian, Majd, & Bakhtiary, 2014) ทำการศึกษาความสัมพันธ์

ของความเครียดกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ชาวอิหร่าน จำนวน 210 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ด้านการเงินและด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.365, p < .05$ และ $r = -.181, p < .05$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนของลุยและเชาว์ (Liu & Chou, 2014) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเครียดระดับปานกลางถึงระดับมากมีคุณภาพชีวิต ($\text{mean} = 153.59, \text{SD} = 20.83$) ต่ำกว่าคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเครียด ($\text{mean} = 118.10, \text{SD} = 23.75$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และปัจจัยความเครียดขณะตั้งครรภ์ยังสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ร้อยละ 10 ($p < .001$) ซึ่งสรุปได้ว่า ความเครียดทำให้สตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตต่ำ

ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นปัจจัยอาการด้านร่างกาย (physical) ที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความไม่สบายและทุกข์ทรมาน ซึ่งจากการศึกษาของเทวิกา จันเยี่ยมและคณะ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรก พบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวมีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 14.21, \text{SD} = 5.60$) อย่างไรก็ตามหากสตรีตั้งครรภ์มีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก ย่อมมีความทุกข์ทรมานมาก และความรู้สึกในทางลบนี้มีผลต่อความพึงพอใจและความพึงพอใจในชีวิต อันจะส่งผลกระทบต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตขณะตั้งครรภ์ ดังการศึกษาของแลมเยน (Lamyian, 2015) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกชาวอิหร่าน จำนวน 80 คน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีคะแนนความถี่และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์อยู่ในระดับรุนแรงมีคุณภาพชีวิต ($\text{mean} = 85.18, \text{SD} = 4.17$) ต่ำกว่ากลุ่มที่มีคะแนนความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ($\text{mean} = 98.4, \text{SD} = 1.77$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของแบร์โกวาร์และบัซโกวาร์ (Balikova & Buzgova, 2014) ก็พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากมีคุณภาพชีวิต ($\text{mean} = 118.4, \text{SD} = 31.0$) ต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรุนแรงของอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการเลย ($\text{mean} = 70.1, \text{SD} = 24.1$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (NVPQOL) ซึ่งกำหนดว่าคะแนนมากหมายถึงสตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของชานและคณะ (Chan et al., 2010) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีความรุนแรงอาการคลื่นไส้ อาเจียนในระดับต่างกันในช่วงจีน จำนวน 396 คน ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากมีคุณภาพชีวิต ($\text{mean} = 50.88, \text{SD} = 15.47$) ต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ($\text{mean} = 70.14,$

SD = 14.13) หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอยู่ในระดับต่ำ (mean = 60.19, SD = 15.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p < .01$)

การศึกษาของกูกาฮาระและโอฮาชิ (Kugahara & Ohashi, 2006) ที่ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ชาวญี่ปุ่น จำนวน 183 ราย โดยศึกษาอาการ 2 ลักษณะ คือ ลักษณะอาการคลื่นไส้และพะอืดพะอม และลักษณะอาการอาเจียน โดยพบว่า คะแนนรวมของอาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.38, p < .05$) และเมื่อพิจารณาแยกตามลักษณะของอาการพบว่า อาการคลื่นไส้และพะอืดพะอมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.41, p < .05$) ส่วนอาการอาเจียนไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($r = -.22, p > .05$) ทั้งนี้เนื่องจากอาการคลื่นไส้ และพะอืดพะอมโดยไม่มีการอาเจียนทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกไม่สบายในร่างกาย แต่หากเกิดการอาเจียนออกมาแล้ว ก็จะรู้สึกสบายขึ้น เป็นผลให้ประเมินว่าอาการคลื่นไส้ พะอืดพะอม มีผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของหลุยและเซาว์ (Liu & Chou, 2014) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนซ้ำได้หวัน พบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48, p < .05$) และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 23 ($p < .05$) โดยในการศึกษานี้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (NVPQOL) ซึ่งค่าคะแนนมากหมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ การศึกษาจึงแสดงผลความสัมพันธ์ทางบวกหมายความว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก จะระดับคุณภาพชีวิตต่ำ

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือจากผู้อื่นที่บุคคลได้รับ ซึ่งอาจเป็นความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว เพื่อน หรือผู้เกี่ยวข้อง โดยความช่วยเหลือต่างๆที่ได้รับจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งเฮาส์ (House, 1981 cited in Brown, 1986) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) ประกอบด้วย การได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจ และการได้รับการยอมรับนับถือ
2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (appraisal support) ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลเปรียบเทียบของบุคคลนั้นๆกับบุคคลอื่นในสังคมเชิงบวก รวมทั้งการได้รับข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกต่อการปฏิบัติตนเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์นั้น

3. การสนับสนุนข้อมูล (information support) ประกอบด้วย การได้รับข้อมูล คำแนะนำ หรือการได้รับคำปรึกษา จากบุคคลรอบข้างเพื่อแก้ไขปัญหาหรือผ่านพ้นเหตุการณ์ต่างๆ ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrument support) ประกอบด้วย การได้รับการช่วยเหลือด้วยร่างกาย ทรัพย์สิน สิ่งของ รวมทั้งที่อยู่อาศัย

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ จะเกิดผลที่ดีต่อบุคคล จะต้องมาจากแหล่งสนับสนุนที่บุคคลนั้นต้องการ (Thoits, 1982) สำหรับสตรีตั้งครรภ์ย่อมมีคาดหวังที่จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากสามี เนื่องจากสามีคือบุคคลใกล้ชิดสตรีตั้งครรภ์ซึ่งมีสายสัมพันธ์แห่งความรัก ความผูกพันเป็นพื้นฐาน ดังการศึกษาของเทวิกา จันเี่ยมและคณะ (2558) ที่ศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่กับสามีร้อยละ 96.4 ก็พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับมากที่สุดมาจากสามีร้อยละ 78.57 และรองลงมาจึงเป็นสมาชิกในครอบครัว คือ มารดา พี่น้อง และการศึกษาของเอลเซนบรัชและคณะ (Elsenbruch et al., 2006) ที่ศึกษาการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกในประเทศเยอรมนีจำนวน 896 คน พบว่า มีสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงจำนวน 232 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสคู่และอาศัยอยู่กับสามีร้อยละ 90.5 จึงเห็นได้ว่าการที่สตรีตั้งครรภ์อาศัยอยู่ด้วยกันกับสามีจะทำให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งหากสตรีตั้งครรภ์และสามีมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะเป็นผลให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในขณะตั้งครรภ์ได้ (พิมพ์ศิริ พรหมไฉยา, กรรณิการ์ กันธะรักษา และจันทรัตน์เจริญสันติ, 2557) และการที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง เห็นคุณค่า และได้รับความช่วยเหลือจากสามี ย่อมทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกว่าคุณค่า (Cobb, 1976) ดังการศึกษาของนุชจรี อิ่มมาก พัตร์วิไล ศรีแสง และสุพรรณิ อึ้งปัญญาตวงศ์ (2552) ที่ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นจำนวน 115 คน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดีจะทำให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้คุณค่าในตนเองมาก ($r = .48, p < .01$) ส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ ($r = .48, p < .01$) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ที่ดีกับสามียังทำให้สตรีตั้งครรภ์มีภาวะสุขภาพด้านจิตใจที่ดีด้วย (ศรีนคร มังคะมณี, ศิริพร ชูดเจื้อจิ้น และปิยวัชร ประมาลรัตน์, 2553; Rini, Schetter, Hobel, Glynn, & Sandman, 2006) ซึ่งจะเป็นสิ่งสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะไม่สุขสบายจากการตั้งครรภ์ได้

สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกนั้นอยู่ในระหว่างการปรับตัวกับบทบาทใหม่ ในการเริ่มต้นของการเป็นมารดาและยังต้องเผชิญกับความไม่สบาย ความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการดังกล่าวยังทำให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้น หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่คาดหวังอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งสตรีตั้งครรภ์ซึ่งอยู่ในภาวะอ่อนไหว ไม่สบาย ทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน สตรีตั้งครรภ์ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเพิ่มมากขึ้น และหากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากบุคคลรอบข้างจะส่งผลให้รู้สึกมีกำลังใจมีอารมณ์ที่มั่นคง และไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (Chou et al., 2008) โดยความรู้สึกลึกในทางบวกเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยมีรายงานการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งก็หมายความว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลงด้วย ($r = -.19, p < .05$) (Chou et al., 2003) และเมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้รับผลในทางบวกจากการสนับสนุนทางสังคม ย่อมทำให้รู้สึกสบายขึ้น ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์รู้ว่าตนมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในขณะตั้งครรภ์โดยตรง แต่มีรายงานการศึกษาของหลุยและคณะ (Liu, Kuo, Lin, Yang, Chou, & Yang, 2014) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมแรงสนับสนุนจากทีมวิชาชีพต่อการลดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนและการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของสตรีตั้งครรภ์ชาวไต้หวัน ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองจำนวน 40 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนจากทีมวิชาชีพ และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ 39 คน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับแรงสนับสนุนตามโปรแกรมสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน (mean = 7.50 SD = 4.65) และคะแนนคุณภาพชีวิต (mean = 121.20, SD = 24.24) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (mean = 9.89, SD = 4.76; mean = 123.31, SD = 30.68) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนน้อยกว่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้จากรายงานการศึกษาของชีเชการ์และคณะ (Shishehgar et al., 2013) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ปกติชาวอิหร่านจำนวน 210 คน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .432, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของไพร์สและคณะ (Pires et al., 2013) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 12 - 19 ปี

ชาวโปรตุเกส จำนวน 395 คน พบว่า แรงสนับสนุนจากคู่สมรสและแรงสนับสนุนจากมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19$ และ $r = .24$ ตามลำดับ, $p < .001$) สำหรับในประเทศไทยมีรายงานการศึกษาของ พรนภา เจริญสันต์และคณะ (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์ปกติทั้งสามไตรมาสจำนวน 164 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ($r = .60$, $p < .01$) และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 36 ($R^2 = .36$, $p < .001$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การแสดงความรู้สึกนึกคิดหรือการประเมินของบุคคล ต่อภาพรวมของสุขภาพในช่วงเวลานั้นๆ ซึ่งอาจเป็นช่วงที่ร่างกายและจิตใจปราศจากโรค หรืออาจมี ภาวะเจ็บป่วย หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการก็ได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการ ตั้งครรภ์ การหมดประจำเดือน เป็นต้น ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพอาจขึ้นอยู่กับความเชื่อ และแรงจูงใจ ของบุคคลนั้นๆ (ฤดี ปุณบางกะดี, 2540) อย่างไรก็ตามเบคเกอร์และไมแมน (Berker & Maiman, 1974) กล่าวถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของ บุคคล ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เป็น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อรักษา โรค และการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ที่เป็นผลมาจากความเชื่อของบุคคลต่อสุขภาพของตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือ เกิดปัญหาสุขภาพขณะนั้นมากน้อยเพียงใด ประเมินได้จากการรับรู้ต่อความเชื่อของการวินิจฉัย การ คาดคะเนโอกาสของการเกิดโรค ความรู้สึกที่ประเมินตนเองว่าง่ายต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก อาจรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ เนื่องจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนทำให้สตรีตั้งครรภ์รับประทาน อาหาร ได้น้อย นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ จนเป็นเหตุให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เป็น (perceived severity) เป็น ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพขณะนั้น ซึ่งแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค แล้วก็ตาม แต่หากไม่มีความเชื่อว่าจะเกิดความรุนแรงที่จะก่ออันตรายต่อสุขภาพ ตลอดจนเกิดความ พิจารณถึงขั้นเสียชีวิต ก็จะไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สำหรับสตรีตั้งครรภ์หาก รับรู้ว่าคุณะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะไม่สุขสบายที่มีผลกระทบต่อตนเองและ

ทารกในครรภ์ในระดับรุนแรง ที่จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์นั้นรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี และจะพยายามหาวิธีดูแลสุขภาพของตนเพื่อลดความรุนแรงนั้น

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อรักษาโรค (perceived benefits) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับแผนการรักษาโรค ที่สามารถควบคุมอาการและช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เผชิญอยู่ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้องของสตรีตั้งครรภ์ เช่น การรับประทานยาบำรุง การไปตรวจครรภ์ตามนัด การปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือหาวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น และเมื่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนบรรเทาลง สตรีตั้งครรภ์ก็จะยังเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตัว รวมทั้งส่งผลให้การรับรู้ว่าคุณภาพเป็นไปในเชิงบวก

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาโรค (perceived barrier) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่จะเข้ามาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เช่น การเดินทางมารับบริการ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ความพึงพอใจต่อบุคคลและบริการที่ได้รับ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะเกิดขึ้นเมื่อสตรีตั้งครรภ์ประเมินว่าประโยชน์ที่จะได้รับนั้นมากกว่าอุปสรรคที่ต้องเผชิญจากการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น หากสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ประเมินว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตัว เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีมาก และเป็นวิธีที่ยุ่งยากไม่สามารถปฏิบัติได้ สตรีตั้งครรภ์ก็จะไม่ปฏิบัติและส่งผลให้ต้องเผชิญกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นผลให้การรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี

5. การรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) เป็นการให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ และรับรู้ถึงสิ่งสนับสนุนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี สำหรับสตรีตั้งครรภ์นั้นสิ่งที่เป็นแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพที่สำคัญคือทารกในครรภ์ ซึ่งเป็นความหวังและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ดังนั้นหากสตรีตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ย่อมพยายามดูแลตนเองให้ดีที่สุด เพื่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ (Ozkan & Mete, 2010)

จากที่กล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การตั้งครรภ์ซึ่งเป็นช่วงพัฒนาการช่วงหนึ่งในชีวิตของสตรี โดยเฉพาะในไตรมาสแรกที่มีการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยา ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีนเวียนศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย อาการเหล่านี้สร้างความไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมานแก่สตรี ซึ่งแม้ว่าอาการเหล่านี้จะไม่ได้เป็นโรคแต่ก็อาจมีผลกระทบต่อการรับรู้ว่าคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ได้ และมีผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของตนไม่ดีตามไปด้วย (Ferrans et al., 2005) เนื่องจากว่าคุณภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของบุคคลรวมทั้งสตรีตั้งครรภ์

ในการครองบทบาทต่างๆ และดำเนินกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายของตน หากสตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่าคุณมีภาวะสุขภาพดี ย่อมทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งก็คือการให้กำเนิดทารกที่แข็งแรงสมบูรณ์ และเมื่อสตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติกิจกรรมจนบรรลุเป้าหมายได้ย่อมทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วยดังที่องค์การอนามัยโลก (WHOQoL group, 1998) กล่าวไว้ว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของบุคคลต่อการดำรงชีวิตตามเป้าหมายและความคาดหวังของบุคคล

จากรายงานการศึกษาของสมิตและคณะ (Smith et al., 2000) ที่ศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนชาวออสเตรเลีย จำนวน 593 คน และสตรีที่ไม่มีการตั้งครรภ์ของประเทศจำนวน 1,216 คน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (mean = 66, SD = 19.90) ต่ำกว่าประชากรเปรียบเทียบที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (mean = 74.6, SE = 0.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากรายงานการศึกษาของสแวนโลและคณะ (Swallow et al., 2004) ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนชาวอังกฤษ จำนวน 273 คน ที่พบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะตั้งครรภ์มากจะรับรู้ว่าคุณมีภาวะไม่สบายและอยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วย ($r = .60$, $p < .001$) ดังนั้น อาการคลื่นไส้ อาเจียนย่อมส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่าคุณมีภาวะสุขภาพไม่ดี ซึ่งตรงกันข้ามกับผลสรุปการทบทวนรายงานการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนของวูดส์และคณะ (Wood, McKellar, & Lightbody, 2013) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนแม้จะรู้สึกไม่สบาย แต่ก็รับรู้ว่าคุณมีภาวะสุขภาพที่ดี เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ยอมรับว่าอาการดังกล่าวนี้เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ในขณะตั้งครรภ์ จึงมีความอดทนต่อความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนนั้นมีผลกระทบทางลบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ความสามารถในการทำงาน รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัวก็ตาม และเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนขึ้น สตรีตั้งครรภ์ก็มีความเชื่อว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนสามารถบรรเทาความรุนแรงลงได้ และความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ขณะเผชิญอาการดังกล่าว คือ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน รวมถึงบุคลากรทางสุขภาพ ดังนั้น หากสตรีตั้งครรภ์มีความคิด ความรู้สึกและได้รับการตอบสนองขณะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนเช่นนี้จะทำให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้

อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ พบเพียงแต่มีเพียงการศึกษาของศรีสมร ภูมณสกุล, ปราณี ป้องเรือ, และกุลสตรี วรธนะไพสิฐ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความผาสุกของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, p < .01$) ซึ่งตามแนวคิดของเฟอร์รานและคณะ (Ferrans et al., 2005) ความผาสุกเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาเกือบทั้งหมดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ต่างประเทศ ซึ่งมีชีวิตความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากคนไทย ดังนั้น ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสตรีตั้งครรภ์ดังกล่าวอาจแตกต่างกันจากคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย นอกจากนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าว โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งถือเป็นเป้าหมายในการให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์และตัวชีวิตที่สำคัญในระดับประเทศ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลรามาริบดี และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลรามาริบดี และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ไม่เกิน 13 สัปดาห์
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และไม่มีโรคที่มีผลต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนในขณะตั้งครรภ์ เช่น โรคทางระบบทางเดินอาหาร โรคทางระบบประสาทและสมอง หรือการติดเชื้อ เป็นต้น
3. สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีกำหนดขนาดตัวอย่างจากการเปิดตารางของ โคเฮน (Cohen, 1988, p.102) ซึ่ง effect size ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ขนาดของผลขนาดเล็ก (small effect size) = .10 ขนาดของผลขนาดปานกลาง (medium effect size) = .30 และขนาดของผลขนาดใหญ่ (large effect size) = .50

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังนั้น ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรก ($r = .48$) (Liu & Chou, 2014) ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีขนาดของผลปานกลาง (medium effect size) จึงเพียงพอสำหรับการทดสอบสมมติฐาน ดังนั้นเพื่อให้มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นน้อย และสามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้ ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงกำหนด

$$\text{Power} = .80$$

$$\alpha = .05$$

จากการเปิดตารางที่ 3.4.1 ของโคเฮน (Cohen, 1988, p.102) ที่ขนาดของผลปานกลาง (medium effect size) ได้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้จำนวน 85 ราย ผู้วิจัยแบ่งการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ดังนี้

โรงพยาบาลรามาริบัติ มีสตรีฝากครรภ์รายใหม่ 200 - 300 คน/เดือน คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 43 คน

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีสตรีฝากครรภ์รายใหม่ 250 - 300 คน/เดือน คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42 คน

สถานที่เก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกสูติกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งโรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ให้บริการรับจองคิวฝากครรภ์ (booking) ทุกวันราชการ และบริการฝากครรภ์ทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มาในครั้งแรกจะลงทะเบียนการฝากครรภ์ไว้ และได้รับการตรวจเลือด รวมถึงรับบัตรนัดเข้าสู่กระบวนการฝากครรภ์ใน 2 สัปดาห์ถัดไป โดยสตรีตั้งครรภ์ทุกคนที่มาฝากครรภ์ตามนัดครั้งแรกจะได้รับนัดเวลา 8.00 น. และในวันมาฝากครรภ์จะต้องยื่นบัตรนัด ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ชักประวัติเบื้องต้น และรอเข้ารับฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการตั้งครรภ์จากพยาบาล เช่น การ

เปลี่ยนแปลงของร่างกายและการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น หลังจากนั้นสตรีตั้งครรภ์ทุกราย จะรอเข้าพบแพทย์ และภายหลังรับการตรวจครรภ์แล้วสตรีตั้งครรภ์รับบัตรนัดตรวจครรภ์ครั้งต่อไป ก่อนกลับ ส่วนหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ให้บริการรับฝากครรภ์ทุกวันในเวลาราชการ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในครั้งแรกจะลงทะเบียนการฝากครรภ์ ได้รับการซักประวัติเบื้องต้น การตรวจเลือด หลังจากนั้นเข้าโรงเรียนพ่อแม่ ครั้งที่ 1 เพื่อรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ แล้วจึงเข้ารับการตรวจครรภ์ พบแพทย์ ต่อจากนั้นรับยาบำรุงครรภ์แล้วนัดตรวจครรภ์ครั้งต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ
- ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ รายได้ ระดับการศึกษา และการวางแผนการตั้งครรภ์ รวมถึงสถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของลักษณะส่วนบุคคลเพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The Anxiety Inventory Form X-I) ทั้งนี้เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นอาการที่แสดงออกทั้งร่างกายและจิตใจอย่างชัดเจนของบุคคลเมื่อเกิดความเครียด (Spielberger, 1972) โดยแบบประเมินที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยสปีลเบอร์กเกอร์ และคณะ (Spielberger, et al., 1970) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดีและคณะ (อ้างถึงใน

ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526) และดัดแปลงข้อคำถามโดยเทวิกา จันเี่ยม แบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย

ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20

ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18

การตอบแบบสอบถาม ให้ผู้ตอบประเมินระดับความรู้สึกเครียดด้วยตนเอง โดยลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับดังนี้

รู้สึกตรงมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบรู้สึกว่าการที่ความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
รู้สึกตรงค่อนข้างมาก	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบรู้สึกว่าการที่ความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบพอสมควร
รู้สึกตรงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบรู้สึกว่าการที่ความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย
รู้สึกไม่ตรงเลย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบรู้สึกว่าการที่ความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเลย

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมิน ดังนี้

รู้สึกตรงมากที่สุด	ให้คะแนนเป็น 1 คะแนน
รู้สึกตรงค่อนข้างมาก	ให้คะแนนเป็น 2 คะแนน
รู้สึกตรงบ้างเล็กน้อย	ให้คะแนนเป็น 3 คะแนน
รู้สึกไม่ตรงเลย	ให้คะแนนเป็น 4 คะแนน

สำหรับข้อคำถามในด้านลบให้กลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์

การแปลความหมายของแบบประเมิน มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 80 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีระดับความเครียดสูง และคะแนนรวมต่ำ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีระดับความเครียดต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ควอไทล์ (Quartile) (ปาริชาติ ไรจน์พลากร-ภูษ และยวดี ภาษา, 2555) ในการแบ่งคะแนนความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 20 - 35 คะแนน	หมายถึง	มีความเครียดระดับต่ำ
คะแนน 36 - 65 คะแนน	หมายถึง	มีความเครียดระดับปานกลาง

คะแนน 66 - 80 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

สปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, et al, 1970) ได้พัฒนาแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) จากการนำเครื่องมือไปทดสอบกับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยของรัฐฟลอริดา จำนวน 197 คน ในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะตึงเครียด และภาวะที่ไม่ตึงเครียด ที่แตกต่างกัน ผลการทดสอบพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญของภาวะตึงเครียดสูงกว่าภาวะไม่ตึงเครียดเกือบทุกข้อคำถามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคำนวณความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .83 - .94

นิตยา คชภักดี และคณะ (อ้างถึงใน ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526) ได้แปลแบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, et al, 1970) เป็นภาษาไทย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญ และใช้ทดสอบในนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้เท่ากับ .27 ต่อมาได้มีการนำแบบประเมินดังกล่าว มาปรับใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันอย่างแพร่หลาย เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .89 - .92 (รัชณี นามจันทร์, 2535) มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .84 (จุติรัตน์ หมั่นศรีวิชัย, 2550) กลุ่มสตรีตั้งครรภ์แรก ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .85 (ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รักไทย, 2554) กลุ่มสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .75 - .92 (สุภาภรณ์ กวักแก้ว, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, วรรณ พาทูวัฒนกร และจิตกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, 2557) เป็นต้น

เทวิกา จันเี่ยม (2558) ได้ดัดแปลงข้อคำถามของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการวัดระดับความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .75 และนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจำนวน 10 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .82 และใช้ประเมินกับกลุ่มจริงจำนวน 140 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .77

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญที่ดัดแปลงโดยเทวิกา จันเี่ยม (2558) เพื่อนำมาวัดระดับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ โดยมีได้ดัดแปลง เนื่องจาก

พิจารณาแล้วเห็นว่ามีความเหมาะสมที่จะใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินดังกล่าว โดยทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งมีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .81 หลังจากนั้นจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 85 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .86

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่พัฒนาขึ้นโดยโรดส์และคณะ (Rhodes et al.,1984) (The Rhodes index of nausea and vomiting form II) แปลเป็นภาษาไทยโดย รัชณี นามจันทรา (2535) และจุฑาพร อินทรสิทธิ์ (2545) นำมาดัดแปลง โดยปรับเปลี่ยนเวลาการสอบถามเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนจาก 12 ชั่วโมง เป็น 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันสตรีตั้งครรภ์สับสนในการตอบแบบประเมิน และปรับข้อความให้มีความเหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ ซึ่งประเมินทั้งอาการคลื่นไส้ พะอืดพะอม และอาการอาเจียน โดยมีรายละเอียดการประเมินอาการ ดังนี้

ความรุนแรงอาการ	3 ข้อ	ประกอบด้วย ข้อ 1, 4 และ 7
ระยะเวลาการเกิดอาการ	2 ข้อ	ประกอบด้วย ข้อ 2 และ 6
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	3 ข้อ	ประกอบด้วย ข้อ 3, 5 และ 8

คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

คำตอบมีค่าคะแนนเท่ากับ 4 หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีอาการคลื่นไส้ พะอืดพะอม หรือ อาเจียน ที่เกิดขึ้น 7 ครั้ง หรือมากกว่านี้ต่อวัน โดยเฉลี่ยมีอาการอาเจียนแต่ละครั้ง 3 ถ้วยกาแฟหรือมากกว่านี้ และมีอาการคลื่นไส้ในแต่ละครั้งมีระยะเวลาห่างกัน 1 ชั่วโมงหรือน้อยกว่านี้ต่อวัน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกไม่สุขสบายมากที่สุด

คำตอบมีค่าคะแนนเท่ากับ 3 หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีอาการคลื่นไส้ พะอืดพะอม หรือ อาเจียน ที่เกิดขึ้น 5 ถึง 6 ครั้งต่อวัน โดยเฉลี่ยมีอาการอาเจียนแต่ละครั้ง 2 ถึง 3 ถ้วยกาแฟ และมีอาการคลื่นไส้ในแต่ละครั้งมีระยะเวลาห่างกัน 2 ถึง 3 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกไม่สุขสบายมาก

คำตอบมีค่าคะแนนเท่ากับ 2 หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีอาการคลื่นไส้ พะอืดพะอม หรือ อาเจียน ที่เกิดขึ้น 3 ถึง 4 ครั้งต่อวัน โดยเฉลี่ยมีอาการอาเจียนแต่ละครั้ง ครึ่ง ถึง 2 ถ้วยกาแฟ และมีอาการคลื่นไส้ในแต่ละครั้งมีระยะเวลาห่างกัน 4 ถึง 6 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกไม่สุขสบายปานกลาง

คำตอบมีค่าคะแนนเท่ากับ 1 หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีอาการคลื่นไส้ พะอืดพะอม หรือ อาเจียน ที่เกิดขึ้น 1 ถึง 2 ครั้งต่อวัน โดยเฉลี่ยมีอาการอาเจียนแต่ละครั้ง น้อยกว่าครึ่งถ้วยกาแฟ และมีอาการคลื่นไส้ในแต่ละครั้งมีระยะเวลาห่างกัน นานกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์จะรู้สึก ไม่สุขสบายเล็กน้อย

คำตอบมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ไม่มีอาการคลื่นไส้ พะอืดพะอม หรือ อาเจียน เกิดขึ้นเลย ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ไม่มีความรู้สึกไม่สุขสบายเกิดขึ้น

การประเมินความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีค่าคะแนนของอาการตั้งแต่ 0 ถึง 32 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ คือ

คะแนน	0	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีความรุนแรงของอาการ
คะแนน	1-11	คะแนน	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการเล็กน้อย
คะแนน	12-22	คะแนน	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการปานกลาง
คะแนน	23-32	คะแนน	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนฉบับนี้ โรดส์และคณะ (Rhodes et al., 1984) ได้ ตรวจสอบความตรงตามสภาพ (concurrent validity) โดยหาความสัมพันธ์ของคะแนนการตอบแบบ ประเมินของผู้ป่วยด้วยตนเองกับการตอบแบบประเมินของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ได้ค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient) เท่ากับ .87 และ ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดยนำแบบประเมินไปทดสอบกับผู้ป่วย มะเร็งและเปรียบเทียบกับบุคคลปกติ พบว่า สามารถแยกให้เห็นความแตกต่างของผู้ป่วยมะเร็งและ บุคคลปกติได้ รวมทั้งทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้เทคนิคการแบ่งครึ่ง (split half technique) ซึ่งได้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .90 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้เท่ากับ .89 - .97

รัชนี นามจันทรา (2535) ได้แปลแบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนของโรดส์เป็น ภาษาไทย โดยทดสอบความตรงของเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญสาขามะเร็งจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 6 ท่าน แล้วนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้เท่ากับ .92 แล้วเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 18 - 44 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .86 - .91

จุฑาพร อินทสิทธิ์ (2545) ได้ดัดแปลงแบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนของโรคสที่แปลเป็นภาษาไทยโดยรัชนิ นามจันทรา (2535) โดยปรับระยะเวลาในการประเมินอาการจาก 12 ชั่วโมงที่ผ่านมา เป็น 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา นำแบบประเมินไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องความเหมาะสมของสำนวน ภาษาและความชัดเจนในเนื้อหา ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 3 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว ได้นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 30 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยได้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .79

เทวิกา จันเี่ยม (2558) ได้นำแบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนของจุฑาพร อินทสิทธิ์ (2545) ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .80 และประเมินกับกลุ่มจริงจำนวน 140 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .80

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ดัดแปลงโดยจุฑาพร อินทสิทธิ์ (2545) โดยไม่มีการปรับเปลี่ยนใดๆ เมื่อนำแบบประเมินนี้ทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งมีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .86 หลังจากนั้นจึงนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .77

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิชิต (2551) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่โสภิต สุวรรณเวลา (2537) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดยกาญจนา บุญทับ (2534) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมนี้สร้างขึ้นโดยบราวน์ (Brown, 1986) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 11 ข้อ ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลต่างๆ ในขณะที่ตั้งครรภ์ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเกต (Likert scale) 6 ระดับ ดังนี้

รู้สึกไม่พึงพอใจมากที่สุด	ให้	1 คะแนน
รู้สึกไม่พึงพอใจปานกลาง	ให้	2 คะแนน
รู้สึกไม่พึงพอใจน้อยที่สุด	ให้	3 คะแนน
รู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุดเมื่อ	ให้	4 คะแนน

รู้สึกพึงพอใจปานกลาง	ให้	5 คะแนน
รู้สึกพึงพอใจมากที่สุด	ให้	6 คะแนน

การแปลความหมายในแต่ละระดับเกณฑ์การให้คะแนน

รู้สึกไม่พึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกไม่พึงพอใจมากที่สุด
รู้สึกไม่พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกไม่พึงพอใจปานกลาง
รู้สึกไม่พึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกไม่พึงพอใจน้อยที่สุด
รู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด
รู้สึกพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกพึงพอใจปานกลาง
รู้สึกพึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกพึงพอใจมากที่สุด

การแปลผลของคะแนนของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมฉบับนี้ มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 11 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 66 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึงสตรีตั้งครรภ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก และคะแนนต่ำ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยคะแนนรวมที่ได้นำมาแปลความหมายของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 11 - 29 คะแนน	สตรีตั้งครรภ์รับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนนอยู่ระหว่าง 30 - 48 คะแนน	สตรีตั้งครรภ์รับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ระหว่าง 49 - 66 คะแนน	สตรีตั้งครรภ์รับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับดี

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

บราวน์ (Brown, 1986) สร้างแบบสอบถามขึ้นครั้งแรกมีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และทดลองใช้กับกลุ่มสมมติจำนวน 313 กลุ่ม คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้เท่ากับ .97 หลังจากนั้นเมื่อนำมา

วิเคราะห์แบบสอบถามเพิ่มเติมพบว่าข้อคำถามคล้ายคลึงกันจึงตัดข้อคำถามบางส่วนออก เหลือข้อคำถามเพียง 11 ข้อ แล้วทดสอบความตรงภายใน (internal validity) ได้เท่ากับ .89

กาญจนา บุญทับ (2534) แปลเครื่องมือของบราวน์ (Brown, 1986) เป็นภาษาไทยและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของภาษาและเนื้อหา และทดลองเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์ 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .89 หลังจากนั้นนำมาใช้กับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 150 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .91

โสภิต สุวรรณเวลา (2537) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของกาญจนา บุญทับ (2534) มาดัดแปลง โดยเพิ่มแบบสอบถามขึ้นมาอีก 1 ส่วนคือคำถามที่เกี่ยวกับบุคคลที่ให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์มากที่สุด เช่น สามี มารดา บิดา เพื่อน แพทย์ เป็นต้น และส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความพึงพอใจพฤติกรรมของผู้ให้การสนับสนุน แล้วนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษา จำนวน 4 ท่าน และไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .89 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .82

มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิชิต (2551) ได้ดัดแปลงแบบประเมินให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยให้สตรีตั้งครรภ์บอกถึงบุคคลที่ให้การสนับสนุนมากที่สุด ในขณะที่ตั้งครรภ์ รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือโดยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และปรับแก้ให้มีความเหมาะสมตามคำแนะนำ โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .98 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .97

เทวิกา จันเี่ยม (2558) ได้นำแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดัดแปลงโดยมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิชิต (2551) ไปใช้ทดสอบในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .97 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 140 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .98

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมฉบับที่ดัดแปลงโดยมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิชิต (2551) โดยมิได้ดัดแปลง เนื่องจากพิจารณาแล้วเห็นว่ามีเหมาะสมที่จะใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินดังกล่าว โดยทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .91

หลังจากนั้นจึงนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 85 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .87

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ฤดี ปุ๊งบางกะดี (2540) สร้างขึ้นจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1974) และการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ และคัดแปลงโดยมะลิวรรณ หมั่นแก่วัฒนวิจิตร (2551) เพื่อใช้ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	ข้อ	1 - 7
การรับรู้ความรุนแรงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน	ข้อ	8 - 14
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองและการฝากครรภ์	ข้อ	15 - 23
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองและการฝากครรภ์	ข้อ	24 - 31
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	ข้อ	32 - 36

โดยมีคำถามทางบวกและทางลบ ดังนี้

คำถามที่มีความหมายทางด้านบวก ประกอบด้วย ข้อ 1-7, 8-14, 15-23, 24, 25, 32-36

คำถามที่มีความหมายทางด้านลบ ประกอบด้วย ข้อ 26-31

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่าลิเกิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านทั้งหมด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากกว่าครึ่ง
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านน้อยกว่าครึ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน

สำหรับข้อคำถามในด้านลบให้กลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์

คะแนนมีค่าระหว่าง 36 - 180 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี และคะแนนรวมต่ำ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน	141 – 180	การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับดี
คะแนน	73 – 140	การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง
คะแนน	36 – 72	การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ฤดี ปุบบางกระดี (2540) สร้างแบบสอบถามจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1974) และได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย สุนิรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์นักพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาและทารก 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านทฤษฎีการพยาบาลไอเรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวชศาสตร์ 1 ท่าน โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้เท่ากับ .70

มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต ได้นำแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของฤดี ปุบบางกระดี (2540) มาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดจำนวน 3 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญการปฏิบัติการด้านมารดาและทารกจำนวน 2 ท่าน เมื่อผ่านการพิจารณาได้และดำเนินการปรับแก้ให้เหมาะสม จึงนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้เท่ากับ .77 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้เท่ากับ .90

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2540) มาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI)

ได้เท่ากับ .98 ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาปรับแก้ให้เหมาะสมและนำไปใช้ทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณค่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้เท่ากับ .75 และเมื่อนำมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .86

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นโดยนักวิชาการซึ่งเป็นผู้แทนองค์การอนามัยโลก (WHO) จาก 15 ประเทศ ซึ่งมีข้อคำถาม 100 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่พึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ ต่อมาได้มีการปรับปรุงลดลงเหลือข้อคำถาม 26 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยรวมด้านระดับความเป็นอิสระไม่พึ่งพาไว้กับด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณไว้กับด้านจิตใจ และใช้ชื่อว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิวรรณ ดันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ และ ราณี พรหมานะจิรังกุล (2540) จากนั้นศิริภรณ์ เหมะรุทธินและคณะ (2559) ได้ดัดแปลงแบบประเมินดังกล่าวเพื่อให้มีความเหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีหลังคลอด ข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9 และ 11 เมื่อจำแนกข้อคำถามออกเป็นรายด้านทั้ง 4 ด้าน มีดังนี้

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย	ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ 24
องค์ประกอบด้านจิตใจ	ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9 และ 23
องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ได้แก่ ข้อ 13, 14 และ 25
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22

ส่วนข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวบ่งชี้ที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพ

คำตอบในแบบประเมินคุณภาพชีวิตนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเกิต (Likert scale)

5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ดังนี้

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

สำหรับข้อคำถามในด้านลบให้กลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยแบ่งคะแนนรวมตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 - 95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 - 130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

สุวรรณ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2540) ได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกมาแปลเป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงทางภาษา แล้วนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .84

พรนภา เจริญสันต์และคณะ (2555) ได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย ไปใช้วัดคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ปกติ แล้วนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .88

ศิริภรณ์ เหมะธูลินและคณะ (2559) ได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ ภาษาไทย มาดัดแปลงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับสตรีหลังคลอด แล้วนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .92

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทยที่ดัดแปลงโดยศิริภรณ์ เหมะธูลินและคณะ (2559) มาปรับข้อคำถามบางข้อเพื่อให้มีความเหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา รวมทั้งความเหมาะสมทางภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .99 แล้วนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยมีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้เท่ากับ .89 หลังจากนั้นจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เพื่อพิจารณาความเหมาะสมทางจริยธรรมก่อนเริ่มทำการวิจัย และผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยเป็นสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการและให้การพยาบาล รวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยเฉพาะทางวิชาการในภาพรวม รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ซักถามข้อสงสัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากผ่านการพิจารณาและอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกสูติกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี และหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตามลำดับ

2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยติดต่อเพื่อเข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกสูติกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี และหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาลงทะเบียนฝากครรภ์ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมงานวิจัย

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย พร้อมลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 30 นาที

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องในข้อมูล และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง เป็นอันเสร็จสิ้นกระบวนการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว โดยคำนวณหา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวางแผนการตั้งครรภ์โดยการหาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์คะแนนความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ มาคำนวณหาพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

เนื่องจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดไว้ว่าตัวแปรที่นำมาคำนวณต้องเป็นตัวแปรระดับอันตรภาค (interval scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ในระดับนามบัญญัติ (nominal scale) ให้เป็นตัวแปรที่วัดได้ในระดับอันตรภาค โดยการปรับเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable)

การวางแผนการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น

วางแผนตั้งครรภ์	ให้ค่าเท่ากับ 1
ไม่ได้วางแผนตั้งครรภ์	ให้ค่าเท่ากับ 0

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's

product moment correlation) (ปาริชาติ กุ๊ช และชวดี ภาษา, 2549)

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีการสุ่มมาจากประชากรที่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ
2. ข้อมูลของตัวแปรแต่ละตัวมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ตรวจสอบโดยใช้สถิติ Komogorov Smimov test ซึ่งผลการทดสอบในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเครียด ความรุนแรง

ของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ มีการแจกแจงปกติ (ภาคผนวก) ยกเว้นตัวแปรระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ($p < .05$) ผู้วิจัยจึงได้มีการแปลงข้อมูล (data transformation) ตัวแปรดังกล่าวด้วยวิธีทางสถิติ ดังนี้

ระดับการศึกษา เมื่อแปลงข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติโดยใช้สูตร $\text{NewX} = \text{Log}_{10}(\text{X})$ (Tabachnick & Fidell, 2013) แล้วพบว่า ข้อมูลยังมีการแจกแจงไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงทำการกำหนดรหัสด้วยวิธี dummy coding ให้กับตัวแปรก่อนนำไปวิเคราะห์ ดังนี้

รหัส 0 หมายถึง ต่ำกว่ามัธยมปลาย

รหัส 1 หมายถึง มัธยมปลายหรือสูงกว่า

รายได้ครอบครัว หลังจากแปลงข้อมูลโดยใช้สูตร $\text{NewX} = \text{Log}_{10}(\text{X})$ (Tabachnick & Fidell, 2013) แล้วนำข้อมูลมาทดสอบการแจกแจงปกติอีกครั้งพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p > .05$)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกสูติกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามารัตน และหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 85 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม 2559 ผลการวิจัยจะนำเสนอตามลำดับดังนี้ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความเครียด คะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ คะแนนคุณภาพชีวิต และผลการทดสอบสมมติฐาน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จำนวน 85 ราย โดยมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 57.6) รองลงมามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 22.4) และมีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 13 ปี ($\text{mean} = 13.32$, $\text{SD} = 3.04$) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 54.1) และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 27,520 ($\text{SD} = 16,478.61$) บาทต่อเดือน ($\text{mode} = 20,000$) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.65) อาศัยอยู่ด้วยกันกับสามี และเกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 55.29) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 85)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	3	3.5
มัธยมตอนต้น	14	16.5
มัธยมตอนปลาย /ปวช.	19	22.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	49	57.6
Range = 6 – 18 ปี Mean = 13.32 ปี SD = 3.04		
การวางแผนการตั้งครรภ์		
วางแผนตั้งครรภ์	39	45.9
ไม่ได้วางแผนตั้งครรภ์	56	54.1
รายได้ครอบครัว		
ต่ำกว่า 25,000	41	48.2
25,000 บาทขึ้นไป	44	51.8
Range = 5,000 - 80,000 บาท/เดือน Mean = 27,520 บาท/เดือน SD = 16,478.61 Mode = 20,000		
สถานภาพสมรส		
อยู่ด้วยกัน (คู่)	83	97.65
แยกกันอยู่ (หย่า)	2	2.35
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว(อาศัยกับสามี/ บุตร)	38	44.71
ครอบครัวขยาย (อาศัยกับสามีบุตร และสมาชิกคนอื่นๆ)	47	55.29

คะแนนความเครียด คะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน คะแนน แรงสนับสนุนทางสังคม คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 25 - 69 คะแนน คะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 47.69 คะแนน (SD = 8.71) คะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 5 - 27 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.86 คะแนน (SD = 5.44) ค่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 49 - 66 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 61.04 คะแนน (SD = 4.46) ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 109 - 177 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 145.10 คะแนน (SD = 14.49) ดังตารางที่ 4.2 ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 57 - 130 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 94.19 คะแนน (SD = 12.64) ซึ่งจัดว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านร่างกายเท่ากับ 23.20 คะแนน (SD = 4.08) คะแนนเฉลี่ยด้านจิตใจเท่ากับ 22.47 คะแนน (SD = 3.69) คะแนนเฉลี่ยด้านสัมพันธภาพทางสังคมเท่ากับ 11.61 คะแนน (SD = 1.94) และคะแนนเฉลี่ยด้านสิ่งแวดล้อมเท่ากับ 29.59 คะแนน (SD = 4.38) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (n = 85)

ตัวแปร	ค่าพิสัย		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
ความเครียด	20 - 80	25 - 69	47.69	8.71	ปานกลาง
ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน	0 - 32	5 - 27	14.86	5.44	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	11 - 66	49 - 66	61.04	4.46	ดี
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	36 - 180	109 - 177	145.10	14.49	ดี

ตารางที่ 4.3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามคะแนนรวมและคะแนนรายด้าน (n = 85)

ตัวแปร	ค่าพิสัย		ค่าเฉลี่ย	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 130	57 - 130	94.19	12.64	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตรายด้าน					
- ด้านร่างกาย	7 - 35	12 - 35	23.20	4.08	ปานกลาง
- ด้านจิตใจ	6 - 30	11 - 30	22.47	3.69	ปานกลาง
- ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม	3 - 15	6 - 15	11.61	1.94	ปานกลาง
- ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 40	20 - 40	29.59	4.38	ปานกลาง

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยกล่าวว่า ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า ระดับการศึกษา ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, -.48, -.43, .40$, และ $.36, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนรายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18$ และ $.20, p > .05$) ผลการศึกษาจึงเป็นไปตามสมมติฐานเพียงบางส่วน ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ระดับการศึกษา	1							
2. รายได้ครอบครัว	.45*	1						
3. การวางแผนการตั้งครรภ์	-.03	.04	1					
4. ความเครียด	-.07	-.12	-.38*	1				
5. ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน	.12	-.04	-.12	.38*	1			
6. แรงสนับสนุนทางสังคม	.23*	-.03	-.09	-.17	-.13	1		
7. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.29*	.24*	.17	.10	-.10	.17	1	
8. คุณภาพชีวิต	.24*	.18	.20	-.48*	-.43*	.40*	.36*	1

*p < .05

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นต่อไปนี้ คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความเครียด คะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิต รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ตามลำดับ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาในการศึกษาเฉลี่ยเท่ากับ 13.32 ปี ($SD = 3.04$) โดยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.6) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่สูงกว่าการศึกษาคณะมัธยมศึกษาที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งใช้ระยะเวลาในการศึกษา 9 ปี (พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 3, 2553) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาคือ การที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาดิฉันสนับสนุนให้เกิดความสามารถในการเรียนรู้ ค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งวิธีการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้ดี ดังรายงานการศึกษาที่พบว่า สตรีที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ดีในการบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน (เทวีกา จันเอี่ยมและคณะ, 2558) ส่วนรายได้ครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 27,520 บาทต่อเดือน ($SD = 16478.61$) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างกับรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนของชาวไทยซึ่งเท่ากับ 26,915 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) ถือว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวสูงกว่ารายได้ต่อครัวเรือนประชากรไทยเล็กน้อย ถึงแม้บางครอบครัวจะมีรายได้ต่ำกว่ารายได้ครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศ แต่ก็อยู่ในระดับเพียงพอต่อการ

ดำรงชีพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งอยู่ในชนบทซึ่งมีค่าครองชีพต่ำกว่ากรุงเทพมหานคร นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ร้อยละ 54.1 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการวางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน ซึ่งหมายถึงไม่ได้เตรียมความพร้อมเพื่อที่จะตั้งครรภ์ จึงอาจจะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกลังเลใจ ไม่แน่ใจว่าจะดำรงบทบาทการเป็นมารดาที่ดี ไม่มั่นใจกับรายได้ที่จะเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการมีบุตร อันจะส่งผลให้เกิดความเครียด (อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ, 2557) ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การวางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = -.38, p < .05$; ตารางที่ 4.4) นอกจากนี้ การไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์จะนำมาซึ่งเจตคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ และเมื่อสตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียดรวมทั้งมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์จะส่งผลให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงขึ้น ดังการศึกษาของ จุฑาพร อินทรสิทธิ์ (2545) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีเจตคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์จะเกิดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ความเครียด

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดเฉลี่ย 47.69 คะแนน (SD = 8.71) ซึ่งจัดว่าเป็นความเครียดระดับปานกลาง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกตัวเองมีความเครียดขณะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ เนื่องจากว่าในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ สตรีต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม โดยด้านร่างกาย สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับอาการไม่สบาย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน มึนเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อยลง พักผ่อนไม่เพียงพอ (Fejzo et al., 2009; Gadsby et al., 1993) ส่วนด้านจิตใจ สตรีตั้งครรภ์อาจวิตกกังวลว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนของตนเองจะมีผลให้เกิดความไม่สมบูรณ์ของทารกในครรภ์ ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์อาจรู้สึกต่อต้านทารกในครรภ์ จนทำให้เกิดความเครียด ดังผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการวางแผนการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.38, p < .05$) และในด้านจิตสังคม อาการคลื่นไส้ อาเจียนในขณะตั้งครรภ์ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง มีอุปสรรคในการทำงานหงุดหงิดง่าย ทำให้สัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้างลดลงหรือเป็นไปในทางลบ (O'Brien & Naber, 1992; Piwko et al., 2012) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆดังกล่าวจะเป็นเหตุกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกเกิดความเครียด (Chou, 2001; Kuo et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของศรีธนธ มังคะมณี และคณะ (2553) พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดสูงสุดอยู่ในช่วงอายุครรภ์ 2 - 8 สัปดาห์ ซึ่งอยู่ในไตรมาสแรกของการ

ตั้งครรภ์ เนื่องจากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์ และรู้สึกอ่อนเพลียจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตประจำวัน

ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนเฉลี่ยเท่ากับ 14.86 คะแนน (SD = 5.44) ซึ่งเป็นระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในระดับปานกลาง เนื่องจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์นั้นเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ โดยด้านร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆ เช่น ฮิวแมน โคริโอนิก โกรนาโดโทรฟิน เอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน เป็นต้น ซึ่งมีผลทำให้การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับทางเดินอาหารทำงานต่างจากก่อนการตั้งครรภ์ เป็นผลให้ความตึงตัวและการบีบตัวของกล้ามเนื้อทางเดินอาหารลดลง เกิดการขยายตัวของกล้ามเนื้อเรียบ และอาหารค้างในกระเพาะอาหารเป็นเวลานาน (Goodwin, 2002) จะกระตุ้นให้หลังสารสื่อประสาทออกมา เช่น โดปามีน และซีโรโทนิน เพื่อส่งสัญญาณจากระบบทางเดินอาหารไปศูนย์ควบคุมการอาเจียน โดยผ่านเส้นประสาทนำเข้าเวกัส ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน นอกจากนี้ยังมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกหงุดหงิด ง่าย ซึมเศร้า และความเครียด ซึ่งจะมีผลให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิน (adrenocorticotropin) และคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้น และไปกระตุ้นศูนย์ควบคุมการอาเจียน โดยตรง เป็นผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Javis & Nelson-Piercy, 2011) ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งความเครียดมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน จึงเป็นเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในระดับปานกลาง ($r = .38, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเทวิกา จันเอี่ยม และคณะ (2558) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกมีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของจุฑาพร อินทรสิทธิ์ (2545) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกส่วนใหญ่ก็มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอยู่ในระดับปานกลาง

แรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 61.04 คะแนน (SD = 4.46) ซึ่งจัดว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับดี หมายความว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในขณะตั้งครรภ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารับครั้งนี้ได้รับ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความห่วงใย เอาใจใส่ รวมทั้งได้รับกำลังใจขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนหรือยืนยันว่าสตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติตนในการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือดูแลตนเองได้ดี เช่นเดียวกับสตรีตั้งครรภ์รายอื่นๆ โดยเฉพาะบุคคลที่สตรีตั้งครรภ์เชื่อถือ การสนับสนุนด้านข้อมูล ได้แก่ การที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ หรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น และการสนับสนุนด้านทรัพยากร คือ การที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนในด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ หรือได้รับการช่วยเหลือในการจัดหาอาหารที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ โดยแรงสนับสนุนและความช่วยเหลือที่ได้รับเกือบทั้งหมดมาจากสามี (ร้อยละ 94.12) และบางส่วนได้รับแรงสนับสนุนจากมารดาและเพื่อน (ร้อยละ 5.88) (ภาคผนวก ง) แม้ผลการศึกษารอบนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 55.29) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายประกอบด้วยเครือญาติ เช่น บิดา มารดา พี่น้อง แต่อย่างไรก็ตามสามียอมเป็นบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิดและเป็นผู้ร่วมทุกข์ร่วมสุขกับสตรีตั้งครรภ์มากที่สุด ดังนั้นการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสามีเมื่อสตรีตั้งครรภ์เกิดอาการไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดกำลังใจ และความอบอุ่นใจขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้อาการไม่สุขสบายต่างๆ โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง สอดคล้องกับการศึกษาชาวและคณะ (Chou et al., 2003) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมดี จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง ($r = -.19, p < .05$) และสามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาที่เหมาะสมได้ ดังเช่นอีกการศึกษาชาวและคณะ (Chou et al., 2008) ที่พบว่า การปรับตัวเข้าสู่พัฒนาการเป็นมารดาของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49, p < .001$) จึงกล่าวได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่สตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกพึงจะได้รับ นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างดีแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของคำแนะนำการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรกจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นผลดีต่อสตรีตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองและลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนอีกด้วย จากการที่สตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบด้าน จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์ประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่

ตนเองได้รับอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของเทวีกา จันเี่ยมและคณะ (2558) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกได้รับรู้ว่าตนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับดี และแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่ได้รับจากสามี (ร้อยละ 78.57) เช่นกัน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 145.10 คะแนน (SD = 14.49) แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงกว่าการศึกษาภาคบังคับ ซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่มีความรู้และความสามารถที่จะเลือกใช้เหตุผลในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอันตรายในขณะตั้งครรภ์ ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง รวมถึงรู้จักการค้นหาข้อมูล ความรู้ในการดูแลตนเองช่วงที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และมีความเข้าใจว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกเป็นภาวะปกติของสตรีตั้งครรภ์ จึงส่งผลให้รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพดี ซึ่งจากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .29, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฤดี ปุ่มบางกะดี (2540) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .14, p < .05$) และการศึกษาของสุจิตต์ แสนมงคล (2559) พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาส่วนใหญ่ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2555) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นซึ่งแม้มีการศึกษาเพียงระดับมัธยมต้น แต่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีเช่นกัน นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบคลุมเฉลี่ยสูงกว่ารายได้ครอบคลุมเฉลี่ยของครัวเรือนไทย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างน่าจะมีรายได้ที่อยู่ในระดับเพียงพอในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า รายได้ครอบคลุมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .05$) และจากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จึงสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แม้จะรู้สึกไม่สบายแต่ก็รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพดี โดยเห็นว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นได้ในสตรีตั้งครรภ์ (Wood et al., 2013) อย่างไรก็ตามมีอีกการศึกษาหนึ่งที่พบว่า การที่

สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ในขณะนั้น (Swallow et al., 2004)

คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกนั้น มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 94.19 คะแนน (SD = 12.64) จัดว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า การประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคลต่อชีวิตความเป็นอยู่ ตามเป้าหมายและความคาดหวังของตน ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล (WHOQoL group, 1998) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างแม้ว่าจะมีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนในระดับปานกลางซึ่งทำให้เกิดความไม่สุขสบายในขณะตั้งครรภ์ และต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับปานกลาง แต่ด้วยบริบทของสังคมไทยที่ดูแลเกื้อกูลกัน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคนอาศัยอยู่ด้วยกันกับสามี (ตารางที่ 4.1) รวมทั้งได้รับการสนับสนุนดูแลเอาใจใส่จากสามีและสมาชิกในครอบครัวขณะเกิดอาการไม่สุขสบายดังจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 4.2) ทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับรู้ถึงความรักใคร่ห่วงใย และได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น การเงิน สิ่งของ ตลอดจนการให้ข้อมูลข่าวสารการเรียนรู้ ซึ่งจะทำให้เกิดการปรับตัว และเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้เมื่อเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างจึงเกิดความพึงพอใจในชีวิตและความเป็นอยู่ (House, 1987) จึงเป็นผลให้ประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของหลุยและเซวี่ (Liu & Chou, 2014) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในได้หวั่นก็พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน แต่ขัดแย้งกับบางการศึกษาในสาธารณรัฐเช็กและอิหร่าน ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกอยู่ในระดับที่ดี (Balikova & Buzgova, 2014; Jouybari et al., 2012)

การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย: ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนรายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้จึงสนับสนุนสมมติฐานเพียงบางส่วน ซึ่งการอภิปรายผลมีดังต่อไปนี้

ระดับการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ($r = .24, p < .05$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองในระดับดีด้วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่สามารถเรียนรู้และค้นหาวิธีการบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้จากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและหลากหลาย จึงทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน และสามารถเผชิญรวมทั้งบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้ พร้อมทั้งปรับตัวเพื่อให้ผ่านพ้นช่วงสำคัญของการตั้งครรภ์ไปได้ เมื่อสตรีตั้งครรภ์สามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ จึงทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้นส่งผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ดีขึ้นด้วย ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ระดับการศึกษาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Bai et al., 2016; Liu & Chou, 2014) ทั้งนี้เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูงมีความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนจึงทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้น ส่วนสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำไม่มีความรู้ในการบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน จึงต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ส่งผลให้รับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง (Liu & Chou, 2014) แต่ตรงข้ามกับผลการศึกษาของแบรีโกวาร์ และบัซโกวาร์ (Balikova & Buzgova, 2014) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

ความเครียด จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.48, p < .05$) หมายความว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเครียดยิ่งสูงจะรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งต่ำ ซึ่งอธิบายได้ว่า ความเครียดซึ่งเป็นปัจจัยอาการทางด้านจิตใจ ที่เกิดจากการตอบสนองของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์นั้น ถึงแม้ว่าอาการดังกล่าวจะเป็นภาวะไม่สุขสบายที่สามารถเกิดขึ้นได้ในขณะตั้งครรภ์ แต่การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนในระดับปานกลางก็ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความไม่สุขสบาย และกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นผลให้เกิดความเครียดขึ้นได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังอาจมีความเครียดเกี่ยวกับความไม่สมบูรณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ อันเนื่องจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน เช่น รับประทานอาหารได้น้อยลง พักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น โดยระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้นนั้นจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์มีความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น (Chou et al., 2008; Koken et al., 2008) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ก็พบว่าความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38, p < .05$) และความเครียดที่เกิดขึ้นยังส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ซึ่งรับประทานอาหารได้น้อยอยู่แล้ว ยิ่งเบื่ออาหารมากขึ้น รวมทั้งนอนไม่หลับและมีอาการมึนเวียนศีรษะมากขึ้น ความรู้สึกไม่เป็นปกติเหล่านี้จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพชีวิตในทางลบด้วย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเฟอร์รานและคณะ (Ferrans et al., 2005) ที่กล่าวว่า อาการด้านจิตใจจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu และ Chou (2014) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเครียดระดับปานกลางถึงมากมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเครียด หรือความเครียดเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และความเครียดขณะตั้งครรภ์ยังสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ร้อยละ 10 ($p < .001$)

ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.43, p < .05$) หมายความว่า หากสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนในระดับรุนแรง ก็จะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตต่ำด้วย ซึ่งอธิบายได้ว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นปัจจัยอาการด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโดยการเพิ่มสูงขึ้นของฮอร์โมนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ มีผลให้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อของระบบทางเดินอาหารมีการตอบสนองมากขึ้นต่อสิ่งกระตุ้น (Javis & Nelson-Piercy, 2011) และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้

อาเจียนมีผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ โดยเมื่อเกิดอาการขึ้นแล้วจะทำให้สตรีตั้งครรภ์ รู้สึกปวดศีรษะ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ซึ่งส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน ตลอดจนลดความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของสตรีตั้งครรภ์ (มานี ปิยะอนันต์, ชายชัย วันทนาศิริ และ ประเสริฐ ศันสนียวิทย์กุล, 2552) หากอาการรุนแรงมากขึ้น จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะขาดน้ำ เกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย น้ำหนักตัวลดลงได้ (Fejzo et al., 2009) ซึ่งลักษณะอาการจะแสดงออกสัมพันธ์กับความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก จะเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานมากด้วยจึงส่งผลต่อการรับรู้ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต และทำให้รับรู้ถึงคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (Balikova & Buzgova, 2014; Chan et al., 2010; Liu & Chou, 2014)

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40, p < .05$) หมายความว่า หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก สตรีตั้งครรภ์นั้นจะรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ซึ่งอธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญด้านสิ่งแวดล้อมที่บ่งบอกว่าสตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลและเอาใจใส่ช่วยเหลือทั้งในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก การดำรงชีวิต ความเอื้ออาทร รวมทั้งกำลังใจจากสามีและบุคคลรอบข้างอย่างเพียงพอ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความสุขและมีผลให้รับรู้ต่อคุณภาพชีวิตของตนที่ดีด้วย โดยการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกรายอาศัยอยู่กับสามี และได้รับการดูแลจากสามีเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะตั้งครรภ์ เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสามีเป็นบุคคลใกล้ชิดที่ร่วมทุกข์ร่วมสุขในชีวิตครอบครัว ย่อมทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง และไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว ในขณะที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ (Chou et al., 2008) สตรีตั้งครรภ์จึงมีความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้รับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในสตรีตั้งครรภ์ปกติทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ (พรนภา เจริญสันต์และคณะ, 2555; Shishehgar et al., 2013; Pires et al., 2013)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40, p < .05$)

หมายความว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี จะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนดีด้วย ซึ่งอธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นเป็นการประเมินสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เองขณะที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งการประเมินผลดังกล่าวเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น ระดับการศึกษาสูงจะทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถรับรู้ภาวะสุขภาพได้ตรงกับสภาพความเป็นจริงและเข้าใจภาวะไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะปกติ รวมถึงปัจจัยรายได้ครอบคลุมซึ่งจะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ เป็นต้น เมื่อสตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าตนมีภาวะสุขภาพดี (ตารางที่ 4.2) แม้จะอยู่ในช่วงที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนย่อมแสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ยอมรับในอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะเปลี่ยนแปลงในช่วงหนึ่งของการตั้งครรภ์ ซึ่งไม่เกิดอันตรายถึงชีวิตทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของวูดด์และคณะ (Wood et al., 2013) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนยอมรับว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ในขณะตั้งครรภ์ และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนนั้นสามารถบรรเทาได้ด้วยการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง อีกทั้งอาการดังกล่าวจะเป็นอยู่ในช่วงระยะแรกของการตั้งครรภ์ เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นอาการคลื่นไส้ อาเจียนก็จะหายไป ดังนั้นการยอมรับในสิ่งดังกล่าวจึงส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้และประเมินว่าตนมีภาวะสุขภาพดี และเมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สตรีตั้งครรภ์จึงรู้สึกถึงความพึงพอใจในการดำรงชีวิตช่วงดังกล่าวนี้ ส่งผลให้ประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางด้วย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเฟอร์รานและคณะ (Ferrans et al., 2005) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีจะมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสมร ภูมณสกุล, ปราณี ป้องเรือ, และกุลสตรี วรรณะไพสิฐ (2555) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง ($r = .34, p < .01$) โดยความผาสุกเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต (Ferrans & Powers, 1992)

สำหรับตัวแปรอื่นๆ ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ($p > .05$) ได้แก่ รายได้ครอบคลุม การวางแผนการตั้งครรภ์ ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่รายได้ครอบคลุมที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครอบคลุมอยู่ในระดับที่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันและดูแลตนเองเมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขณะตั้งครรภ์ จึงทำให้ปัจจัยรายได้ครอบคลุมไม่มีผลกระทบต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศที่พบว่ารายได้ครอบคลุมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของสตรีตั้งครรภ์เช่นกัน (Li et al., 2012) ส่วนการวางแผนการตั้งครรภ์ที่พบว่าไม่มี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก ($p > .05$) อาจเนื่องมาจากว่าทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์และไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ต่างมีความเครียดเช่นเดียวกันหากแต่มีสาเหตุแตกต่างกัน โดยสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์อาจเกิดความรู้สึกเครียดต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ก็อาจเกิดความเครียด ความกังวลต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพทารกในครรภ์จากอาการคลื่นไส้ อาเจียน แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมดี รวมทั้งรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพดี จึงอาจเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้การวางแผนการตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาในประเด็นนี้

สรุปผลการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .24, -.48, -.43, .40$ และ $.36, p < .05$ ตามลำดับ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตัวแปรดังกล่าวมีความสำคัญต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ส่วนรายได้ครอบครัว และการวางแผนการตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ($r = .18$ และ $.20, p < .05$) ผลการศึกษานี้จึงสนับสนุนสมมติฐานเพียงบางส่วน

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าว ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต (conceptual model of health-related quality of life) ของเฟอร์รานและคณะ (Ferrans et al., 2005) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกและสูติกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ และหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รวมจำนวน 85 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ไม่เกิน 13 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะโรคที่มีผลต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน เช่น โรคทางเดินอาหาร ฯลฯ สามารถฟังพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 6 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความเครียด ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The Anxiety Inventory From X-I) ที่พัฒนาขึ้นโดยสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, et al., 1970) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิติยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาทร และ มาลี นิสสัยสุข (อ้างถึงใน ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526) และดัดแปลงข้อคำถามโดยเทวีกา จั่นเอี่ยม (2558) 3) แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Rhodes et al., 1984) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยรัชนิ นามจันทร์ (2535) และดัดแปลงโดยจุฑาทพร อินทรสิทธิ์ (2545) 4) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม (Brown, 1986) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยกาญจนา บุญทับ (2534) และดัดแปลงโดยมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2551) 5) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพที่สร้างโดยฤดี ปุณบางกะดี (2540) และดัดแปลงโดยมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2551) 6) แบบประเมิน

คุณภาพชีวิต ที่พัฒนาขึ้นโดยนักวิชาการองค์การอนามัยโลก (WHO) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2540) และดัดแปลงโดยศิริภรณ์ เหมะธูลินและคณะ (2559)

วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ที่ .05 นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ซึ่งสรุปผลการศึกษาดังนี้

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 94.19, SD = 12.64)
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .24, -.48, -.43, .40$, และ $.36, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก คือ รายได้ครอบครัว และการวางแผนการตั้งครรภ์ ($r = .18$ และ $.20, p > .05$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จึงอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการอ้างอิงกับกลุ่มประชากรที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติและอยู่ในสังคมที่มีบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษา และด้านการวิจัย ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคม

เนื่องจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์นั้นมีผลกระทบต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์

2. พยาบาลควรประเมินปัจจัยระดับการศึกษา ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ในแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์

ด้านการศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ระดับการศึกษา ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ดังนั้นเพื่อตระหนักถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของสตรีตั้งครรภ์ จึงควรมีการจัดการเรียนการสอน โดยเน้นให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

ควรพัฒนาการศึกษาครั้งต่อไปในแนวทางการวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ รวมทั้งการพัฒนา รูปแบบของโปรแกรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

THE FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN PREGNANT WOMEN WITH NAUSEA AND VOMITING DURING THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY

สุนันทา ศรีมาคำ 5736234 RAMY/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จรัสศรี ชีระกุลชัย, Ph.D. (NURSING), จันทิมา ขนบดี, D.S.N. (MATERNAL AND CHILD NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

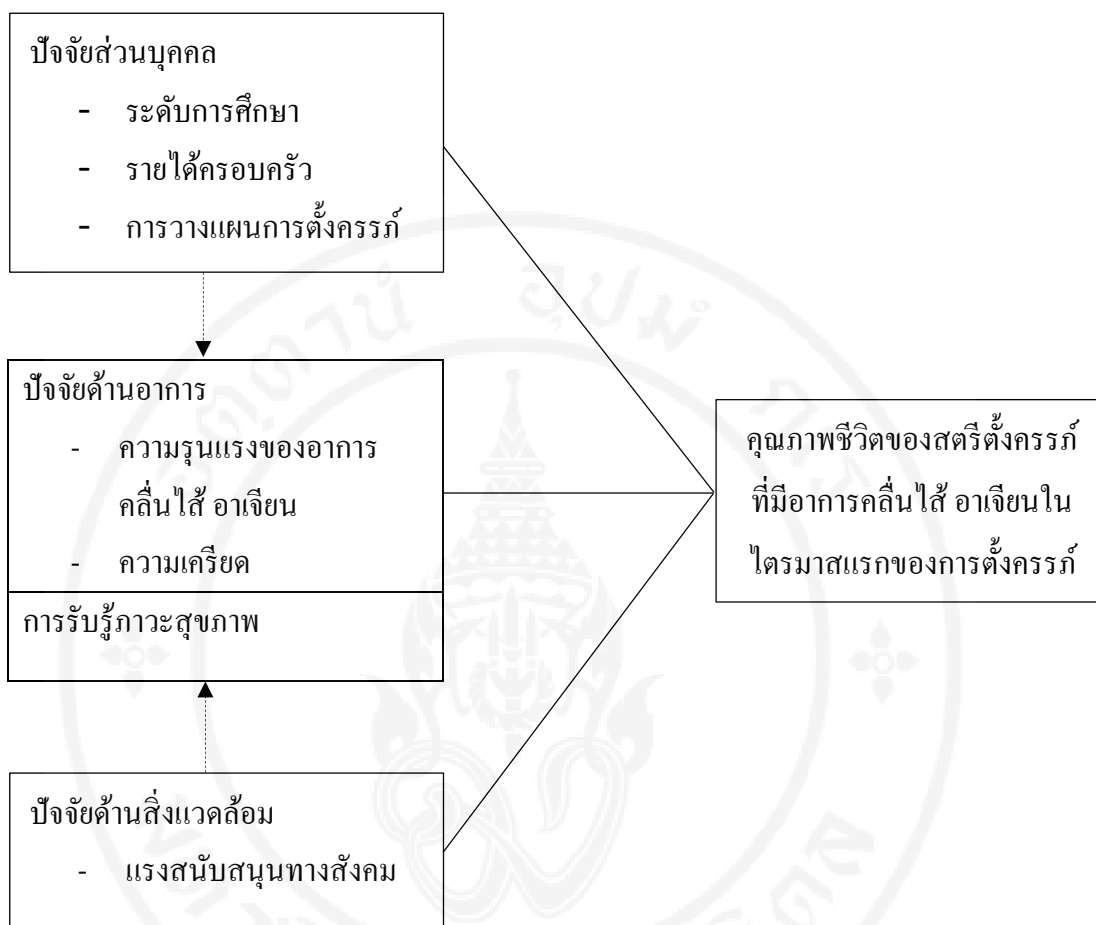
การตั้งครรภ์เป็นเหตุการณ์ที่สำคัญอย่างยิ่งในช่วงชีวิตของสตรี โดยเมื่อตั้งครรภ์จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกาย เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเพื่อรองรับการตั้งครรภ์ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับภาวะไม่สุขสบาย โดยพบมากที่สุด คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nazik & Eryilmaz, 2014) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 50 - 80 ของสตรีตั้งครรภ์ (ACOG, 2015; Lacroix et al., 2000) ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดอาการดังกล่าว แต่เชื่อว่ามีเกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยด้านร่างกาย เช่น การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น (Chou et al., 2008) เมื่อสตรีตั้งครรภ์เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจะส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ใน ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง และหากมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นอาจส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะขาดสารอาหาร ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย และน้ำหนักตัวลดลงได้ (Fejzo et al., 2009;

Gadsby et al., 1993) นอกจากผลกระทบต่อร่างกายแล้ว ความรู้สึกไม่สบายจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ โดยทำให้เกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ (Littleton et al., 2007) รวมถึงส่งผลกระทบด้านจิตสังคม เช่น การหารายได้ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และการเข้าร่วมในสังคม เป็นต้น (O'Brien & Naber, 1992; Piwko et al., 2012) ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวจะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์

คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ เป็นการรับรู้ความพึงพอใจต่อสถานะการดำรงชีวิตของตนในขณะที่ตั้งครรภ์ โดยขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ค่านิยม รวมทั้งความคาดหวังของสตรีตั้งครรภ์ (World Health Organization Quality of life; WHOQoL, 1998) หากสตรีตั้งครรภ์พึงพอใจต่อสถานะการดำรงชีพ ย่อมแสดงว่าสตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตามดังที่ได้กล่าวแล้วว่า ความไม่สบายต่างๆที่เกิดขึ้นในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้ อาเจียน จะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ในช่วงต้นของการตั้งครรภ์นี้ได้ ซึ่งจากรายงานการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำ (Kugahara & Ohashi, 2006; Munch et al., 2011) นอกจากนี้ยังมีการศึกษา พบว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยสำคัญหลายประการ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ต่างชาติ ซึ่งมีวิถีชีวิต และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ชาวไทยกลุ่มดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก

กรอบแนวคิดการทำวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต (conceptual model of health - related quality of life) ของ Ferrans และคณะ (2005) เป็นแนวทางในการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

คำถามวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์เป็นอย่างไร
2. ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559

นิยามศัพท์

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนนับตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาภาคบังคับจนกระทั่งจบการศึกษาระดับสูงสุด

รายได้ครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินรายได้รวมต่อเดือนของสตรีตั้งครรภ์และสามี

การวางแผนการตั้งครรภ์ หมายถึง ความตั้งใจและการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์และสามีในการมีบุตร แบ่งเป็น วางแผนการตั้งครรภ์และไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์

ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน หมายถึง ความถี่และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาการพะอืดพะอม อาการอาเจียน หรืออย่างใดอย่างหนึ่งของสตรีตั้งครรภ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนของโรเดส (The Rhodes INV form II, 1984) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลและดัดแปลงโดย รัชณี นามจันทร์ (2535) และจุฑาพร อินทรสิทธิ์ (2545) นำมาดัดแปลงคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ คะแนนสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีความถี่และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก

ความเครียด หมายถึง การรับรู้ถึงการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ซึ่งอาจแสดงออกในลักษณะของความวิตกกังวล กระวนกระวายใจของสตรีตั้งครรภ์ต่อ อาการคลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งความไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดขึ้นในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The Anxiety Inventory Form X-I) ที่สร้างขึ้นโดย สปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1970) แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา ษภักดี และคณะ (อ้างถึงในชมชื่น สมประเสริฐ, 2526) ซึ่งดัดแปลงเพื่อใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยเทวิกา จันเอี่ยม (2558) คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ คะแนนสูง หมายถึง มีความเครียดระดับสูง

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนต่อการได้รับ การช่วยเหลือ การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี สมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Support Behavior Inventory) ของบราวน์ (Brown, 1986) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยกาญจนา บุญทับ (2534) และดัดแปลงเพื่อใช้กับสตรีตั้งครรภ์โดย มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2551) คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 6 ระดับ จำนวน 11 ข้อ คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การ

รับรู้อุปสรรค และการรับรู้แรงจูงใจในการดูแลตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล่าววิชิต (2551) ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ฤทธิ ปุ๋งบางกะดี (2540) สร้างขึ้นตามแนวคิดของเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1974) ข้อคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่าลิเกิต (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 36 ข้อ คะแนนรวมสูงหมายถึง สตรีตั้งครรภ์รับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี

คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีหลังคลอดที่ศิริภรณ์ เหมะรุฒินและคณะ (2559) ดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบบสอบถามนี้มีลักษณะ ข้อคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่าลิเกิต (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตระดับดี

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ จำนวน 85 ราย ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรามารักษ์และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ไม่เกิน 13 สัปดาห์ ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และไม่มีโรคที่มีผลต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนในขณะตั้งครรภ์ เช่น โรคทางระบบทางเดินอาหาร โรคทางระบบประสาทและสมอง หรือ การติดเชื้อ เป็นต้น และสามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ รวมทั้งยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จากการเปิดตารางของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนด Power = .80 และ $\alpha = .05$ และค่าขนาดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (effect size) ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม (Liu & Chou, 2014) มีขนาดปานกลาง $r = .48$ เมื่อใช้ค่าดังกล่าวเปิดตารางของโคเฮน พบว่าได้กลุ่มตัวอย่าง 85 ราย ผู้วิจัยจึงแบ่งการเก็บข้อมูลจาก

โรงพยาบาลรามธิบดี 43 ราย และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 42 ราย เนื่องจากโรงพยาบาลทั้งสองแห่งมีสตรีฝากครรภ์รายใหม่ต่อเดือนในจำนวนใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และการวางแผนการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบประเมินความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The Anxiety Inventory Form X-I) ที่พัฒนาขึ้นโดยสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, et al., 1970) แปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา คชภักดี และคณะ (อ้างถึงใน ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526) และดัดแปลงข้อคำถามโดยเทวิกา จันเอี่ยม เมื่อนำมาประเมินความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .86

3. แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่พัฒนาขึ้นโดยโรดส์และคณะ (Rhodes et al., 1984) (The Rhodes index of nausea and vomiting form II) แปลเป็นภาษาไทยโดย รัชณี นามจันทรา (2535) และดัดแปลงโดยจุฑาทพร อินทรสิทธิ์ (2545) เมื่อนำมาประเมินความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .77

4. แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2551) ดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของโสภิต สุวรรณเวลา (2537) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามฉบับภาษาไทยที่แปลโดยกาญจนา บุญทับ (2534) จากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยบราวน์ (Brown, 1986) เมื่อประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .87

5. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของฤดี ปุ๋งบางกะดี (2540) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1974) และการศึกษาค้นคว้าจากตำราที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นแบบประเมินนี้ได้รับการดัดแปลงให้เหมาะสมยิ่งขึ้นโดยมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2551) ผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงอีกครั้งเพื่อความเหมาะสมในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์และได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ

3 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .98 เมื่อนำมาประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .86

6. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยนักวิชาการซึ่งเป็นผู้แทนองค์การอนามัยโลก (WHO) และใช้ชื่อว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ แปลเป็นภาษาไทยโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2540) จากนั้นศิริภรณ์ เหมะธุดินและคณะ (2559) ได้ดัดแปลงแบบประเมินดังกล่าวเพื่อให้มีความเหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีหลังคลอด ต่อมาผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินนี้อีกครั้ง เพื่อให้เหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์และได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .99 เมื่อนำมาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ได้กำหนด อธิบายรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ และภายหลังให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 30 นาที เมื่อแล้วเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมด และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ โดยระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวางแผนการตั้งครรภ์วิเคราะห์ค่าร้อยละ คะแนนความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณหาพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product correlation) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแปรแต่ละตัว เรื่องการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) ด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov test จากนั้นแปลงข้อมูล (data transformations) ตัวแปรที่มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ด้วยวิธีการทางสถิติ (Tabachnick & Fidell, 2013) และนำมาทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov test อีกครั้ง ผลการทดสอบพบว่าตัวแปรรายได้ครอบครัว มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ส่วนระดับการศึกษายังมีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงทำการกำหนดรหัสด้วยวิธี dummy coding ให้รหัส 0 หมายถึง ต่ำกว่ามัธยมปลาย และรหัส 1 หมายถึง มัธยมปลายหรือสูงกว่า ส่วนตัวแปรการวางแผนการตั้งครรภ์ที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (nominal scale) กำหนดรหัสด้วยวิธี dummy coding เช่นกัน โดยรหัส 1 หมายถึง วางแผนตั้งครรภ์ และรหัส 0 หมายถึง ไม่ได้วางแผนตั้งครรภ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จำนวน 85 ราย โดยมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 57.6) และมีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 13.32 ปี (SD = 3.04) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 54.1) และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 27,520 บาทต่อเดือน (SD = 16,478.61) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเท่ากับ 20,000 บาทต่อเดือน (mode = 20,000) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีสถานภาพสมรสคู่อาศัยอยู่ด้วยกันกับสามี (ร้อยละ 97.65) มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 55.29) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 47.69 คะแนน (SD = 8.71) คะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนเฉลี่ยเท่ากับ 14.86 คะแนน (SD = 5.44) คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 61.04 คะแนน (SD = 4.46) คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 145.10 คะแนน (SD = 14.49) และคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 94.19 คะแนน (SD = 12.64) ซึ่งจัดว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิต (n = 85)

ตัวแปร	ค่าพิสัย		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
ความเครียด	20 - 80	25 - 69	47.69	8.71	ปานกลาง
ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน	0 - 32	5 - 27	14.86	5.44	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	11 - 66	49 - 66	61.04	4.46	ดี
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	36 - 180	109 - 177	145.10	14.49	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 130	57 - 130	94.19	12.64	ปานกลาง

ผลการทดสอบสมมติฐาน

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า ระดับการศึกษา ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, -.48, -.43, .40$, และ $.36$, $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนรายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก ($p > .05$) ผลการศึกษาจึงเป็นไปตามสมมติฐานเพียงบางส่วน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ระดับการศึกษา	1							
2. รายได้ครอบครัว	.45*	1						
3. การวางแผนการตั้งครรรค์	-.03	.04	1					
4. ความเครียด	-.07	-.12	-.38*	1				
5. ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน	.12	-.04	-.12	.38*	1			
6. แรงสนับสนุนทางสังคม	.23*	-.03	-.09	-.17	-.13	1		
7. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.29*	.24*	.17	.10	-.10	.17	1	
8. คุณภาพชีวิต	.24*	.18	.20	-.48*	-.43*	.40*	.36*	1

*p < .05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงที่สตรีตั้งครรภ์มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกนั้นมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคลต่อชีวิตความเป็นอยู่ ตามเป้าหมายและความคาดหวังของตน ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล (WHOQoL group, 1998) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเกิดความไม่สบายจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนในระดับปานกลาง และยังต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะตั้งครรภ์ แต่เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์เกือบทุกคนอาศัยอยู่กับสามี และได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสามี รวมทั้งสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวอย่างอบอุ่น สตรีตั้งครรภ์จึงเกิดความพึงพอใจในชีวิตและความเป็นอยู่ (House, 1981) เป็นผลให้ประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า สตรี

ตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกก็มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Liu & Chou, 2014)

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ระดับการศึกษา ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้การที่ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .24, p < .05$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาก่อนข้างสูงจึงสามารถค้นคว้าและเรียนรู้วิธีการบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน จนทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้นเป็นผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไต้หวันพบว่า กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่มีการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ (Liu & Chou, 2014) สำหรับความเครียดซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้ ($r = -.48, p < .05$) อธิบายได้ว่าความเครียดเป็นปัจจัยด้านอาการทางจิตใจซึ่งเกิดจากผลกระทบของอาการคลื่นไส้ อาเจียน เช่น มึนเวียนศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ ปรากฏการณ์ดังกล่าวกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดความเครียด โดยจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นเมื่อก่อนเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ทำให้รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กลุ่มที่มีความเครียดสูงจะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีความเครียดต่ำ (Liu & Chou, 2014) ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นปัจจัยด้านอาการทางร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($r = -.43, p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน โดยในขณะที่สตรีตั้งครรภ์มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อหน้าท้อง กระเพาะอาหารและลำไส้จะมีการเกร็งและบีบตัว เพื่อบีบอาหารออกจากกระเพาะอาหาร (Garrett et al., 2003) กระบวนการดังกล่าวทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความทุกข์ทรมาน และอ่อนเพลียมากขึ้นตามความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดังนั้นหากสตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก ย่อมทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ไม่เป็นปกติสุข เกิดความรู้สึกในเชิงลบ และส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตต่ำด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาในหลายประเทศที่พบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (Balikova & Buzgova, 2014; Chan et al., 2010; Liu & Chou, 2014) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ($r = .40, p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญที่เกื้อหนุนสตรีตั้งครรภ์ทั้งในด้านข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สินของ ข้อมูลเปรียบเทียบ และอารมณ์ (House, 1981)

cited in Brown, 1986) โดยสิ่งดังกล่าวซึ่งได้รับจากบุคคลรอบข้าง เช่น สามิ ญาติ เพื่อน และ บุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งช่วยให้สตรีตั้งครรถ์กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมั่นคงทั้งความเป็นอยู่ และอารมณ์ ไม่ รู้สึกโดดเดี่ยว มีกำลังใจ แม้อยู่ในภาวะที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนก็ตาม การ สนับสนุนที่มีคุณค่าดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ในทางตรงข้าม หากกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยย่อมรู้สึกหวาดหวั่น โดดเดี่ยว ขาดกำลังใจ จึงทำ ให้รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตต่ำด้วย แม้จากการทบทวนวรรณกรรมจะยังไม่พบการศึกษาถึง ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรถ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกโดยตรง แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาในสตรีตั้งครรถ์ปกติทั่วไป พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรถ์ (พรนภา เจริญสันต์และคณะ, 2555; Shishehgar et al., 2013; Pires et al., 2013) จากผลการศึกษาใน ครั้งนี้ยังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรถ์กลุ่มตัวอย่าง ($r = .40, p < .05$) การที่ปรากฏผลเช่นนี้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และได้รับข้อมูลเพียงพอ จากการค้นคว้า หรือจากบุคคลรอบข้าง รวมทั้งบุคลากรสุขภาพ เกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนว่า เป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นได้ในระยะแรกของการตั้งครรถ์ ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ต่างๆ ซึ่งแม้จะก่อให้เกิดความไม่สบายหรือทุกข์ทรมาน แต่ก็ไม่เกิดอันตรายถึงชีวิตทั้งต่อตนเอง และทารกในครรถ์ (Wood et al., 2013) และเมื่ออายุครรถ์มากขึ้นอาการคลื่นไส้ อาเจียนก็จะบรรเทา และหายไปในที่สุด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดี ซึ่งการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่ดี ย่อมเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความปลอดภัยและความพร้อมในการ ตั้งครรถ์ต่อไปจนถึงคลอดบุตร ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจในชีวิตและรู้ว่าคุณมี คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเฟอร์รานและคณะ (Ferrans et al., 2005) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลจะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น

สำหรับตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรถ์กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รายได้ครอบครัว และการวางแผนการตั้งครรถ์ ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่รายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง อาจเนื่องจากรายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัว น้อย โดยส่วนใหญ่แม้มีรายได้ไม่สูงแต่ก็เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และการดูแลตนเอง ขณะตั้งครรถ์ เพราะเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในชนบทจึงมีค่าใช้จ่ายไม่สูงนัก เมื่อ รายได้มีการกระจายตัวน้อยจึงส่งผลให้รายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า รายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของสตรีตั้งครรถ์เช่นกัน (Li et al., 2012) ส่วนการวางแผนการตั้งครรถ์ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรถ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก ($p > .05$) อาจเนื่องมาจาก

ว่าทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์และไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ต่างมีความเครียดที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตเช่นเดียวกัน หากแต่มีสาเหตุแตกต่างกัน โดยการตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดความรู้สึกเครียดจากการที่ไม่ได้วางแผนให้เกิดขึ้นอีกทั้งยังเกิดความไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ก็มีความเครียดจากผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพทารกในครรภ์ จึงเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาในประเด็นนี้

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรดังกล่าวมีความสำคัญต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคม โดยจะต้องประเมินระดับการศึกษา ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต เพื่อวางแผนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างให้ดียิ่งๆขึ้นไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จึงอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการอ้างอิงกับกลุ่มประชากรที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติและอยู่ในสังคมที่มีบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตสังคม รวมทั้งให้ข้อมูล คำแนะนำต่าง ๆ ตามระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่แสดงถึงความสามารถในการรับรู้ และเข้าใจในการบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ นอกจากนี้ควรประเมินความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีมาฝากครรภ์ เพื่อให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตขณะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนดีขึ้น

ด้านการศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางในการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล โดยเน้นให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

การศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาแนวทางการวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ รวมทั้งควรพัฒนาการศึกษาในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อสร้างรูปแบบของโปรแกรม ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก

THE FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN PREGNANT WOMEN
WITH NAUSEA AND VOMITING DURING THE FIRST TRIMESTER OF
PREGNANCY

SUNANTHA SRIMAKAM 5736234 RAMY/M

M.N.S. (MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: JARATSRI THEERAKULCHAI Ph. D.
(NURSING), CHANTIMA KHANOBDEE, D.S.N. (MATERNAL AND CHILD
NURSING).

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Pregnancy is a highly important event in women's lives and causes changes to various systems in the body in preparation for fetal growth, particularly during the first trimester when physiological changes begin to support pregnancy. Changes may cause pregnant women to be confronted with discomfort with the most frequently encountered symptoms being nausea and vomiting (Nazik & Eryilmaz, 2014) encountered in 50 – 80 percent of pregnant women (ACOG, 2015; Lacroix et al., 2000). There is currently no known etiology for the aforementioned symptoms. However, the aforementioned symptoms are believed to be correlated with physical factors such as increases in pregnancy-related hormones and psychological factors such as stress and anxiety during pregnancy, etc. (Chou et al., 2008). Nausea and vomiting affect the lives of pregnant women. As a result, women eat less with lower capacity to perform activities in daily living. If symptoms become more severe, pregnant women may have malnutrition, mineral imbalance in the body and lower bodyweight (Fejzo et al., 2009; Gadsby, et al., 1993). Apart from impact on the body,

discomfort from nausea and vomiting also affect pregnant women's minds. The consequences are stress and anxiety regarding personal and fetal health (Littleton et al., 2007), including psychosocial impacts on family income, family relationships and participation in society, etc. (O'Brien & Naber, 1992; Piwko et al., 2012). The aforementioned phenomena have impact on perceived quality of life among pregnant women.

Quality of life in pregnant women is a perception of satisfaction toward personal living conditions during pregnancy. Quality of life in pregnant women depends on culture and values as well as pregnant women's expectations (World Health Organization Quality of Life; WHOQoL, 1998). If pregnant women are satisfied with living conditions, they moved perceive good quality of life. However, previously as mentioned, discomfort during the first trimester of pregnancy, especially nausea and vomiting, affects perceived quality of life among pregnant women during early pregnancy. According to reports from studies conducted overseas, pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester perceive low quality of life (Kugahara & Ohashi, 2006; Munch et al., 2011). Furthermore, one study found perceived quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester to be correlated with many significant factors such as level of education, family income, pregnancy planning, severity of nausea, vomiting and stress, social support and health perception of pregnant women. However, studies on quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester, including the aforementioned related factors, were conducted among foreign pregnant women with different lifestyles and cultures from Thai pregnant women. According to the literature review, no studies on quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester were found in Thailand. Hence, the researcher's interest is focused on studying quality of life and significant factors correlated with quality of life among Thai pregnant women in the aforementioned group to provide data for nurses in promoting quality of life among pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester.

Conceptual Framework

This study used the conceptual model of health-related quality of life of Ferrans and colleagues (2005) as a guideline for studying quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester as shown in Figure 1.

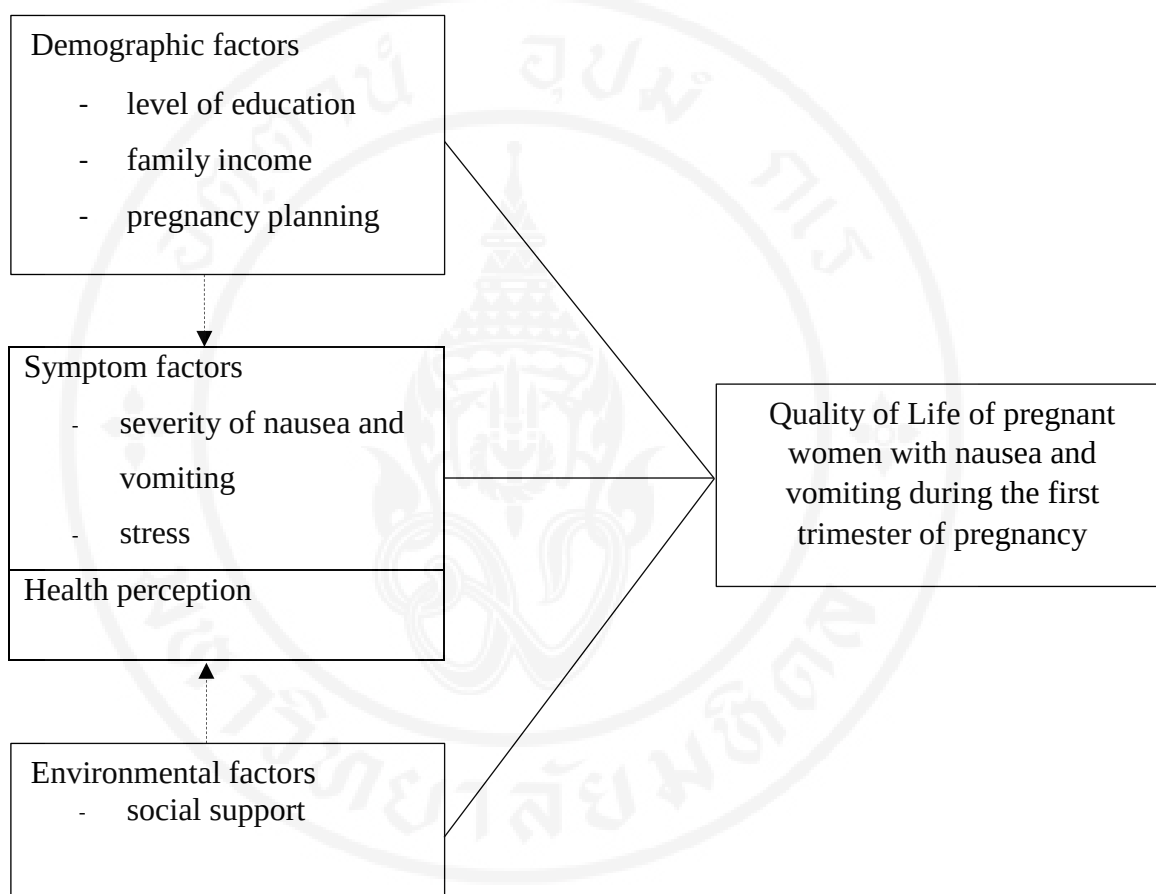


Figure 1 – Correlations among studied variables

Research Questions

1. What is the level quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy?

2. Are level of education, family income, pregnancy planning, stress, severity of nausea and vomiting, social support and health perception correlated with quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy?

Research Objectives

1. To study quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy.
2. To study the relationships between level of education, family income, pregnancy planning, stress, severity of nausea and vomiting, social support, health perception and quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy.

Research Hypothesis

Level of education, family income, pregnancy planning, stress, severity of nausea and vomiting, social support and health perception are related to quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy.

Scope of the Study

This study was based on a descriptive research design aimed at studying quality of life among pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester and the factors correlated with quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy who came to receive antenatal care services at Ramathibodi Hospital and Sunpasittiprasong Hospital in June – October 2016.

Definition of Variables

Level of education means the number of education years received by pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester from entry into mandatory education to the highest level of graduation.

Family income means the total monthly income of pregnant women and husbands.

Pregnancy planning means intention and decisions by pregnant women and husbands to have children divided into planned and unplanned pregnancies.

Severity of nausea and vomiting means the frequency and severity of nausea and vomiting or any symptoms of pregnant women. Severity of nausea and vomiting was assessed by using the Rhodes INV Form II (1984), Thai version, translated and modified by Ratchanee Namjantra (1992) and Jutaporn Intarasit (2002). The responses were modified for ranking with 5-level Likert scales. High overall scores indicated high frequency and severity of nausea and vomiting in pregnant women.

Stress means perception of emotional responses and conscientiousness expressed as anxiety and unease of pregnant women toward nausea and vomiting including discomfort during the first trimester of pregnancy. Stress was assessed by using the Anxiety Inventory Form X-I) created by Spielberger and colleagues (Spielberger, Gorsuch, & Lu Shene, 1970). The form was translated into Thai by Nittaya Kotchapakdee and colleagues (cited in Chomcheun Somprasert, 1983) and was modified by Tewika Jan-iam (2015) for use in pregnant women with nausea and vomiting. The responses were on a 4-level Likert scale. High overall scores indicated high stress.

Social support means perception of pregnant women during the first trimester toward help and support from close persons such as husbands, family members, relatives and friends. Social support was assessed using Brown's Support Behavior Inventory (1986), translated into Thai by Kanchana Boontab (1991) and modified for use in pregnant women by Maliwan Muenkaewklawichit (2008). The scales were rated on a 6-level Likert scale. High overall scores meant pregnant women received high social support.

Health perception means perception or feelings of pregnant women with nausea and vomiting toward personal health during the first trimester of pregnancy. Health perception consisted of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barrier and health motivation. Health perception was assessed with the perceived health assessment form modified by the researcher from the health perception assessment form for pregnant adolescent women modified by Maliwan Muenkaewklawichit (2008) from the health perception assessment form created by Rudee Pungbangkradee (1997) based on Bekker & Maiman's concept (1974). The responses were rated on a 5-level Likert scale. High overall scores meant pregnant women perceived good health.

Quality of life of pregnant women with nausea and vomiting during first trimester of pregnancy means perception of life satisfaction of pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester. Satisfaction consisted of four areas, namely, physical health, psychological health, social relationships and the environment. Quality of life was assessed by using the assessment form for quality of life among pregnant women with nausea and vomiting modified by the researcher based on the assessment form for quality of life of postpartum women modified by Siriporn Hematulin and colleagues (2016) from the Brief World Health Organization Quality of Life Assessment, Thai version (WHOQOL-BREF-THAI). This form had responses rated on a 5-level Likert scale. High overall scores meant pregnant women had good quality of life.

Research Methodology

The subjects in this study were composed of 85 pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy who came to receive antenatal care services at Ramathibodi Hospital and Sunpasittiprasong Hospital in June – October 2016. The subjects were selected by purposive sampling. Selection criteria included pregnant women with gestational ages of no more than 13 weeks, no complications during pregnancy and no diseases with effects on nausea and vomiting

during pregnancy such as gastrointestinal disease, neurological and cerebral diseases or infections, etc., and had ability to listen , speak, read and write Thai language to consent to participate in this study.

The researcher determined the sample size by opening Cohen's table (1988) and setting power = .80 and $\alpha = .05$. The effect size obtained from the literature review (Liu & Chou, 2014) was medium = .48. After using the aforementioned values and opening Cohen's table, the researcher obtained 85 subjects and divided the subjects for data collection from Ramathibodi Hospital (43 subjects) and Sunpasittiprasong Hospital (42 subject) because both hospitals have a similar number of new pregnant women who come to receive antenatal care services each month.

Data collection instruments consisted of questionnaires divided into the following six parts:

1. **The demographic data questionnaire** created by the researcher consisted of level of education, family income and pregnancy planning in the sample group.

2. **The stress assessment form** used by the researcher was the Anxiety Inventory Form X-I developed by Spielberger and colleagues (Spielberger, et al., 1970) and translated into Thai by Nittaya Kotchapakdee and colleagues (cited in Chomchuen Somprasert, 1983). The questions were modified by Tewika Jan-iam and were used to assess stress in 85 pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester. The form obtained Cronbach's Alpha Coefficient of .86.

3. **The nausea and vomiting assessment form** used by the researcher was the Rhodes Index of Nausea and Vomiting Form II developed by Rhodes and colleagues (Rhodes et al., 1984) and translated into Thai by Ratchanee Namjantra (1992). The form was developed by Jutaporn Intarasit (2002). When used to assess severity of nausea and vomiting in 85 pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy, the form obtained Cronbach's Alpha Coefficient of .77.

4. **The social support assessment form** used by the researcher was the social support questionnaire modified by Maliwan Muenkaewklawichit (2008) from the social support questionnaire of Sopit Suwanwela (1994), which was modified from

the questionnaire created by Brown (1986) and translated into Thai by Kanchana Boontub (1991). When the social support of 85 pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester was assessed, the form obtained Cronbach's Alpha Coefficient at .87.

5. The health perception assessment form of Rudee Pungbangkadee (1997) was created by Bekker and Maiman's health believe concept (1974) and researches from related textbooks. The assessment form was then modified for better suitability by Maliwan Muenkaewkalwichit (2008). The researcher modified the form again for proper assessment of health perception by pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy. Content validity and language appropriateness was examined by a panel of three qualified experts. Content Validity Index (CVI) was calculated at .98. When the form was used to assess health perception in 85 subjects, the form obtained Cronbach's Alpha Coefficient of .86.

6. The quality of life assessment form used by the researcher was the form developed by academics who represented the World Health Organization (WHO) under the name of the Brief World Health Organization Quality of Life Indicator, which was translated into Thai by Suwat Mahatnirankun and colleagues (1997). Siriporn Hematulin and colleagues (2006) then modified the aforementioned assessment form for improved suitability for assessing quality of life of postpartum women. The researcher then modified this assessment form again for suitability in assessing quality of life among pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy. Content validity and language suitability were tested by a panel of three qualified experts. Content validity index (CVI) was calculated at .99. When used to assess quality of life in 85 subjects, the form obtained Cronbach's Alpha Coefficient at .91.

Data Collection

The researcher collected data in person after the research project had passed consideration and received approval from the Institutional Review Board, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, and the Institutional

Review Board, Sunpasittiprasong Hospital. The researcher selected subjects with qualifications meeting the inclusion criteria, explained details of the study and asked for cooperation from the subjects to participate in the study willingly. After signing informed consent forms for participation in the study, the researcher explained the methods for completing questionnaires to the subjects and the subjects spent time to the complete questionnaires for a period of 30 minutes. Once the subjects had completed the questionnaires, the researcher examined all data for accuracy and performed statistical data analysis.

Data Analysis

The researcher analyzed the data for statistical values using a computer program to analyze level of education and family income in addition to calculating mean, percentage and standard deviation. Pregnancy planning was assessed for percentage, stress cores, severity of nausea and vomiting, social support, health perception and quality of life, all of which were calculated for range, mean and standard deviation. The researcher analyzed the correlations between the studied variables by using Person's Product Moment Correlation by testing the preliminary agreements of each variable in the area of normality using the Kolmogorov Smirnov test. The researcher then transformed data of variables with abnormality by statistical means (Tabachnick & Fidell, 2013) and tested data dispersion re-using the Kolmogorov Smirnov test. According to the findings, family income was found to have normality while level of education did not have normality of data dispersion. Thus, the researcher specified dummy coding for "0" to mean "below high school levels" and "1" to mean "high school or higher". Pregnancy planning variables with nominal scale measurements or higher were also specified by dummy coding where "1" means "planned pregnancy" and "0" means "unplanned pregnancy" before analyzing the correlations among the studied variables.

Research Findings

The subjects in the present study were composed of 85 pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy. More than half of the subjects had bachelor's degrees (57.6%) with a mean education of 13.32 years (SD = 3.04). More than half of the subjects had had no pregnancy planning (54.1%) and a mean family income of 27,520 baht per month (SD = 16,478.61). Most of the subjects had family income equal to 20,000 baht per month (mode = 20,000). Furthermore, most of the subjects were married and lived with a husband (97.65%). More than half of the subjects lived in extended families (55.29%). The subjects had a mean stress score of 47.69 points (SD = 8.71), a mean severity of nausea and vomiting score of 14.86 points (SD = 5.44), a mean social support score of 61.04 points (SD = 4.46), a mean health perception score of 145.10 points (SD = 14.49) and a mean quality of life score of 94.19 points (SD = 12.64). The subjects can be considered to have a moderate mean quality of life score as shown in Table 1.

Table 1 – Range, mean and standard deviation of stress, severity of nausea and vomiting, social support, health perception and quality of life scores (n = 85)

Variable	Range		Mean	Standard Deviation	Level
	Possible Score	Real Score			
Stress	20 - 80	25 - 69	47.69	8.71	Moderate
Severity of nausea and vomiting	0 - 32	5 - 27	14.86	5.44	Moderate
Social support	11 - 66	49 - 66	61.04	4.46	Good
Health perception	36 - 180	109 - 177	145.10	14.49	Good
Overall quality of life	26 - 130	57 - 130	94.19	12.64	Moderate

Hypothesis Testing Results

According to the analysis of factors correlated with the studied variables using Pearson's Product Moment Correlation, level of education, stress, severity of nausea and vomiting, social support and health perception were correlated with quality of life in pregnant women with statistical significance ($r = .24, -.48, -.43, .40$, and $.36$, $p < .05$, respectively). Family income and pregnancy planning were not correlated with quality of life of pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy ($p > .05$). Therefore, the findings partially supported the hypothesis as shown in Table 2.

Table 2 – Correlation coefficients of studied variables from analysis with Pearson's Product Moment Correlation

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Level of education	1							
2. Family income	.45*	1						
3. Pregnancy Planning	-.03	.04	1					
4. Stress	-.07	-.12	-.38*	1				
5. Severity of nausea and vomiting	.12	-.04	-.12	.38*	1			
6. Social support	.23*	-.03	-.09	-.17	-.13	1		
7. Health perception	.29*	.24*	.17	.10	-.10	.17	1	
8. Quality of life	.24*	.18	.20	-.48*	-.43*	.40*	.36*	1

* $p < .05$

Discussion of the Findings

According to the findings, the period when pregnant women had nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy had a moderate mean quality of life score. Quality of life assessments were dependent on each person's perception toward life and living conditions according to personal goals and expectations with coverage of each person's physical health, psychological health, social relationships and environment (WHOQoL Group, 1998). Although the subjects had moderate discomfort from nausea and vomiting and had to adapt to physical changes during pregnancy, nearly all of the pregnant women lived with husbands and received affectionate care from husbands and other family members. Thus, pregnant women had satisfaction in life and living conditions (House, 1981). As a result, the pregnant women assessed quality of life as moderate. This concurred with a study conducted overseas which revealed pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester to have moderate quality of life (Liu & Chou, 2014).

This study also found level of education, stress, severity of nausea and vomiting, social support and health perception to be correlated with quality of life in the sample group with statistical significance ($p < .05$). The fact that level of education was correlated with quality of life in the sample group ($r = .24$, $p < .05$) may be because most of the subjects had received high level of education. Thus, the subjects were able to research and learn methods for easing nausea and vomiting. This helped comfort the subjects and improved perceived quality of life. The findings concurred with a study conducted in Taiwan which found pregnant women with nausea and vomiting who had high level of education would have better quality of life than pregnant women with low levels of education (Liu & Chou, 2014). Stress was correlated with quality of life in pregnant women in this study ($r = -.48$, $p < .05$). Stress can be explained as a psychological factor caused by the impacts of nausea and vomiting such as dizziness, low appetite and insomnia. The aforementioned phenomena had effects on the lives and living conditions of pregnant women, causing stress. Furthermore, the subjects were found to have moderate stress levels. Therefore, when the subjects had stress, the subjects perceived lower quality of life. The findings concurred with studies conducted overseas that discovered pregnant women with nausea and vomiting who had high stress to have perceived lower quality of life than

pregnant women with low stress (Liu & Chou, 2014). Severity of nausea and vomiting was a physical factor correlated with the subjects' quality of life ($r = -.43$, $p < .05$) because severity of nausea and vomiting caused the pregnant women to feel discomfort. While pregnant women have nausea and vomiting, abdominal muscles, the stomach and intestines contract to drive food from the stomach (Garrett et al., 2003). The aforementioned process causes pregnant women to suffer fatigue based on severity of nausea and vomiting. Therefore, if pregnant women have high severity of nausea and vomiting, living conditions will not be normal. This results in negative feelings and perception of low quality of life. Similarly, studies conducted in many countries have found severity of nausea and vomiting to be correlated with perceived quality of life among pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy (Balikova & Buzgova, 2014; Chan et al., 2010; Liu & Chou, 2014). Social support was an environmental factor correlated with quality of life among pregnant women in this study ($r = .40$, $p < .05$). Social support can be explained as important support for pregnant women in the areas of information, instruments, appraisal and emotion (House, 1981; cited in Brown, 1986). The aforementioned support from surrounding persons such as husbands, relatives, friends and healthcare personnel helped the pregnant women in the sample group feel secure in terms of living conditions and emotions. The pregnant women did not feel alone and had courage, even when suffering discomfort from nausea and vomiting. This valuable support gave the subjects a sense of good quality of life. On the contrary, if the subjects received low social support, they felt scared, alone and discouraged, resulting in perception of low quality of life. Although the literature review did not encounter studies of direct correlations between social support and quality of life among pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy, previous studies conducted among healthy pregnant women found social support to be positively correlated with quality of life among pregnant women (Pornnapa Jarernsan and colleagues, 2012; Shishehgar et al., 2013; Pires et al., 2013). According to the findings in this study, health perception was correlated with quality of life ($r = .40$, $p < .05$). This outcome can be explained in that the subjects had sufficient knowledge and information from research or surrounding persons, including healthcare personnel, regarding nausea and vomiting as a normal condition during the

first stage of pregnancy and a result from hormonal changes. The subjects perceived that, although nausea and vomiting caused discomfort or suffering, nausea and vomiting were not life-threatening for the subjects and fetuses (Wood et al., 2013). And as gestational age increases, nausea and vomiting will improve and eventually disappear. This caused the subjects to perceive good health. Good health perception contributed to the subjects' perception of safety and readiness for future pregnancies including childbirth, causing the subjects to have satisfaction in life and perceive good quality of life. The findings concurred with the concept of Ferrans and colleagues (Ferrans et al., 2005) who stated health perception in a person to affect the person's perceived quality of life.

The variables not correlated with quality of life in pregnant women consisted of family income and pregnancy planning. The fact that family income was not correlated with quality of life in the sample group may be explained in that the subjects had little dispersion of income. Although most of the subjects did not have high income, the subjects had sufficient income for spending in daily life and self-care during pregnancy. Expenses were not high because nearly half of the subjects lived in rural areas. Furthermore, due to low income dispersion, family income was not correlated with quality of life. The findings concurred with foreign studies also finding family income to be unrelated to quality of life in pregnant women (Li et al., 2012). Pregnancy planning was found to not be correlated with quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy ($p > .05$). This may be because pregnant women with planned and unplanned pregnancies all had stress with effects on perceived quality of life possibly caused by different reasons. Pregnancy may have caused the pregnant women to feel stressed from insufficient planning in addition to discomfort from nausea and vomiting. In addition, pregnant women with planned pregnancies may have stress from potential impacts on fetal health, causing the subjects to not perceive quality of life differently. The findings conflicted with Pires and colleagues (Pires et al., 2013) who found pregnancy planning to be negatively correlated with quality of life scores among pregnant adolescent women with statistical significance ($p < .05$).

Conclusion

According to this study, the factors correlated with quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy with statistical significance were level of education, stress, severity of nausea and vomiting, social support and health perception. This showed the aforementioned factors were significant for perceived quality of life among pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy. Therefore, nurses should place importance on care for pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy with coverage of the physical, emotional and psychosocial aspects and nurses must assess level of education, stress, severity of nausea and vomiting, social support, health perception and quality of life to plan promotion of quality of life among the pregnant women in the sample group.

Research Limitations

The subjects in the present study were purposively sampled. Thus, this study might have had limitations in implementing the findings with other population groups of pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy with different qualifications and social environments.

Recommendations for Implementation of the Findings

Nursing Practice

Nurses should have awareness of the importance of care for pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy with coverage of physical, emotional and psychosocial aspects. Moreover, nurses should provide information and recommendations based on level of education. This is because level of education indicates ability to perceive and understand relief of nausea

and vomiting. Furthermore, nurses should assess stress, severity of nausea and vomiting, social support and health perception to create basic data in planning care for pregnant women who came to receive antenatal care services in order to improve perceived quality of life during bouts of nausea and vomiting.

Nursing Education

The findings of this study have benefits for implementation as guidelines in educating nursing students by emphasizing nursing students' awareness of the importance of factors correlated with quality of life in pregnant women. This is to allow nursing students to use the obtained knowledge to plan care for the aforementioned pregnant women with coverage and maximum efficiency.

Nursing Research

Future studies should consistently develop research guidelines regarding predictors of quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy. Moreover, quasi-experimental studies should be developed to create program models for promoting quality of life among pregnant women with nausea and vomiting during the first trimester.

บรรณานุกรม

- กาญจนา บุญทับ. (2534). ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จัญญา ดิจะโปะ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการการผดุงครรภ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑาพร อินทสิทธิ์. (2545). สัมพันธภาพในครอบครัว และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวีวรรณ เรืองทัย. (2541). การศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานอพยพในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ชัยวัฒน์ ต่อสกุลแก้ว (2541). สรีรวิทยาทางเดินอาหาร (หน้า 53 - 107). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- จิติรัตน์ หมั่นศรีวิชัย. (2550). ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทวีกา จันเี่ยม, จันทิมา ขนบดี, และจรัสศรี ชีระกุลชัย. (2558). อิทธิพลของปัจจัยคัดสรร ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรก. วชิรสารการพยาบาล, 17(2), 83-96.
- ชมชื่น สมประเสริฐ. (2526). ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นุชจรี อิ่มมาก, พัชรวิไล ศรีแสง, และสุพรรณิ อึ้งปัญญัตตวงศ์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคมกับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 32(4), 55-63.
- ปณิดา ปรีชากรกนกกุล, สมพร วัฒนกุลเกียรติ, และวิลาวรรณ พันธุ์พุกภัย. (2555). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเขตอุตสาหกรรมสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2), 53-61.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร-กฤษ และยุวดีภาษา. (2555). สถิติสำหรับ งานวิจัยทางการแพทย์และการใช้โปรแกรม SPSS for windows (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. (2560). *การพยาบาลสตรีระยะตั้งครรภ์ Prenatal Nursing Care*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรนภา เจริญสันต์, ขวัญเรือน ค่วนดี, และรังสิณี พูลเพิ่ม. (2555). คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(3), 47-58.
- พิมพ์ศิริ พรหมใจยา, กรรณิการ์ กันชะรักษา, และจันทรรัตน์ เจริญสันติ. (2557). ผลของการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมต่อบทบาท การเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 41(2), 97-106.
- ภมร แซ่มรักษา, ศิริลักษณ์ ประวีณวรกุล และทัศนัท ศิริเสถียรจุ. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(2), 1-14.
- มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิ ปิยะอนันต์, ชายชัย วันทนาศิริ, และประเสริฐ สันสนียัทยกุล. (2552). *สถิติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รวีวรรณ พงศ์พิพัชร และ อรวมน ศรียุคศุข. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(1), 52-61.
- รัชณี นามจันทรา. (2535). *ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเอง และแบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตติกร ชนะศิริรัตนพันธ์, ประเดิมชัย คงคำ, และ สุเทพ กลชาญวิทย์. (2549). โรคระบบทางเดินทางอาหารระหว่างตั้งครรภ์. ใน *โรคระบบทางเดินอาหารและการรักษา* (หน้า 59-64). สาขาโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฤดี ปุ่งบางกะดี (2540). *การศึกษารับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิระยา สัมมาวาจ. (2556). ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร. ใน *สุจินดา ริมศิริทอง, สุดาพรรณ ชัยจิรา, อรุณศรี เตชสังข์ และสุกามาศ ผาติประจักษ์. (บรรณาธิการ), พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2 ฉบับปรับปรุง (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 222-291). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.*
- ศรินธร มังคะมนี, ศิริพร ชุตเจื้อจิ้น, และปิยวัชร ประมวลรัตน์. (2553). การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(1), 29-40.
- ศิริภรณ์ เหมะธูลิน, จรัสศรี ชีระกุลชัย, และศรีสมร ภูมณสกุล. (2559). อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด. *วารสารการพยาบาล*, 18(1), 37-50.
- ศิริวรรณ ยืนยง และนันท์นภัส รักไทย. (2554). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความเจ็บปวดความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 67-82.
- ศรีสมร ภูมณสกุล, ปราณี ป้องเรือ, และกุลสตรี วรรณะไพสิฐ. (2555). ปัจจัยทำนายความผาสุกในครอบครัวของสตรีที่มีความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์. *รามาชิปิทยบาลสาร*, 17(3), 382-395.

- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิวรรณ ดันติพัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ, และ ธานี พรหมานะจิรัฐกุล. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. *วารสารสุขภาพจิต*, 5(3), 6-15.
- สุภาภรณ์ กวัดแก้ว, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, วรณา พาหุพัฒนกร, และดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2557). ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความวิตกกังวลของสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(1), 55-66.
- โสภิต สุวรรณเวลา. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวณีย์ ภูมิสวัสดิ์, เกษร สุวิริยะศิริ, และวันดี ไชยทรัพย์. (2556). การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 29(2), 80-94.
- อัญชลี จิตราภิรมย์, จันทรรัตน์ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2557). การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้สึกไม่แน่นอน และความเครียดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารการพยาบาล*, 41(1), 50-61.
- Ali, A. (2016). Relationship between unwanted pregnancy and health-related quality of life in pregnant women. *Journal of the College of Physicians and Surgeons-Pakistan*, 26(6), 507-512.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2002). ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for Obstetrician-Gynecologists: Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 186, 220-227.
- American College of Obstetrics and Gynecology. (2015). Updates pregnancy nausea and vomiting treatment guidelines. *Obstetrics & Gynecology*, 126, 687-688.
- Bagis, T., Gumurdulu, Y., Kayaselcuk, F., Yilmaz, E. S., Kilicdag, E., & Tarim, E. (2002). Endoscopy in hyperemesis gravidarum and Helicobacter pylori infection. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 79(2), 105-109.
- Bai, G., Korfage, I. J., Hafkamp-de Groen, E., Jaddoe, V. W., Mautner, E., & Raat, H. (2016). Associations between nausea, vomiting, fatigue and health-related quality of life of women in early pregnancy: The Generation R Study. *PLoS ONE*, 11(11), 1-14.

- Balikova, M., & Buzgova, R. (2014). Quality of womens life with nausea and vomiting during pregnancy. *Osetrovatelstvi a Porodni Asistence*, 5(1), 29-35.
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336-353.
- Brown, M. N. (1986). Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimensional construct. *Nursing Research*, 35(1), 4-9.
- Brown, H. L. (2016). Nausea and vomiting of pregnancy. *Contemporary Obstetrics and Gynecology*, 61(4), 48-50.
- Casey, G. (2012). Treating nausea and vomiting. *Kai Tiaki: Nursing New Zealand*, 18(11), 20-24.
- Chan, O. K., Sahota, D. S., Leung, T. Y., Chan, L. W., Fung, T. Y., & Lau, T. K. (2010). Nausea and vomiting in health-related quality of life among Chinese pregnant women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50(6), 12-18.
- Chou, F.H. (2001). *The adaptation to pregnancy in Taiwanese women who experience different severities of nausea and vomiting*. Unpublished doctoral dissertation. University of Texas at Austin, Texas.
- Chou, F. H., Avant, K. C., Kuo, S. H., & Fetzer, S. J. (2008). Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mothers: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(8), 85-91.
- Chou, F. H., Lin, L. L., Cooney, A. T., Walker, L. O., & Riggs, M. W. (2003). Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 119-125.
- Cobb. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, J. (Ed.). (1988). Multiple regression and correlation analysis. In *Statistical power analysis for the behavioral science* (2 nd ed., pp. 407-466). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Corey, L., Berg, K., Solaas, M., & Nance, W. (1992). The epidemiology of pregnancy complications and outcome in a Norwegian twin population. *Obstetrics and Gynecology*, 80(6), 89-94.

- Davis, M. (2004). Nausea and vomiting of pregnancy: An evidence-based review. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 18(4), 12-28.
- Einarson, T. R., Piwko, C., Koren, G. (2013). Prevalence of nausea and vomiting of pregnancy in the USA: A meta-analysis. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 20(2), 163-170.
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M. K., & Arck, P. C. (2006). Social support during pregnancy: Effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22(3), 869-877.
- Fejzo, M. S., Poursharif, B., Korst, L. M., Munch, S., MacGibbon, K. W., Romero, R., & Goodwin, T. M. (2009). Symptoms and pregnancy outcomes associated with extreme weight loss among women with hyperemesis gravidarum. *Journal of Women's Health*, 18(12), 81-87.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing & Health*, 15(1), 29-38.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.
- Forbes, S. (2002). Pregnancy sickness and embryo quality. *Trends in Ecology & Evolution*, 17(3), 115-120.
- Gadsby, R., Barnie-Adshead, A., Grammatopoulos, D., & Gadsby, P. (2000). Nausea and vomiting in pregnancy: An association between symptoms and maternal prostaglandin E2. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 50(3), 149-152.
- Gadsby, R., Barnie-Adshead, A. M., & Jagger, C. (1993). A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. *British Journal of General Practice*, 43, 245-248.
- Garrett, K., Tsuruta, K., Walker, S., Jackson, S., & Sweat, M. (2003). Managing nausea and vomiting current strategies. *Critical Care Nurse*, 23(1), 31-50.
- Goodwin, T. M. (2002). Nausea and vomiting of pregnancy: An obstetric syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 184-189.
- Heinrichs, L. (2002). Linking olfaction with nausea and vomiting of pregnancy, recurrent abortion, hyperemesis gravidarum, and migraine headache. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 215-219.

- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146.
- Huxley, R. R. (2000). Nausea and vomiting in early pregnancy: Its role in placental development. *Obstetrics & Gynecology*, 95(5), 779-782.
- Iatrakis, G. M., Sakellaropoulos, G. G., Kourkoubas, A. H., & Kabounia, S. E. (1988). Vomiting and nausea in the first 12 weeks of pregnancy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49(1), 22-24.
- Jarvis, S., & Nelson-Piercy, C. (2011). Management of nausea and vomiting in pregnancy. *British Medical Journal*, 342, 6-14.
- Jouybari, L., Sanagu, A., & Chehregosha, M. (2012). The quality of pregnant women life with nausea and vomiting. *QOM University of Medical Sciences Journal*, 6(2), 88-94.
- Khresheh, R. (2011). How women manage nausea and vomiting during pregnancy: A Jordanian study. *Midwifery*, 27(1), 42-45.
- Koch, K. L. (2002). Gastrointestinal factors in nausea and vomiting of pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 198-203.
- Koch, K. L., & Frissora, C. L. (2003). Nausea and vomiting during pregnancy. *Gastroenterology Clinics of North America*, 32, 201-234.
- Koken, G., Yilmazer, M., Cosar, E. N., Sahi, F. G. K., Cevri oğlu, S., & Geci ci, O. (2008). Nausea and vomiting in early pregnancy: Relationship with anxiety and depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 91-95.
- Kugahara, T., & Ohashi, K. (2006). Characteristics of nausea and vomiting in pregnant Japanese women. *Nursing & Health Sciences*, 8(3), 179-184.
- Kuo, S. H., Wang, R. H., Tseng, H. C., Jian, S. Y., & Chou, F. H. (2007). A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stress, social support, and maternal adaptation. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(1), 1-7.
- Lacasse, A., Rey, E., Ferreira, E., Morin, C., & Berard, A. (2008). Nausea and vomiting of pregnancy: What about quality of life?. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(12), 84-93.

- Lacroix, R., Eason, E., & Melzack, R. (2000). Nausea and vomiting during pregnancy: A prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(4), 931-937.
- Lamyian, M. (2015). Quality of life in women with nausea and vomiting from pregnancy. *Caspian Journal of Reproductive Medicine*, 1(3), 18-21.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, N. M., & Saha, S. (2011). Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterology Clinics of North America*, 40(2), 309-334.
- Li, J., Mao, J., Du, Y., Morris, J. L., Gong, G., & Xiong, X. (2012). Health-related quality of life among pregnant women with and without depression in Hubei, China. *Maternal and Child Health Journal*, 16(7), 55-63.
- Linsenth, G., & Vari, P. (2005). Nausea and vomiting in late pregnancy. *Health Care for Women International*, 26, 372-386.
- Littleton, H. L., Breitkopf, C. R., & Berenson, A. B. (2007). Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196(5), 424-432.
- Liu, M. C., & Chou, F. H. (2014). Health-related quality of life and associated factors in women with nausea and vomiting of pregnancy during the first trimester. *Journal of Nursing & Health Care Research*, 10(4), 314-322.
- Liu, M. C., Kuo, S. H., Lin, C. P., Yang, Y. M., Chou, F. H., & Yang, Y. H. (2014). Effects of professional support on nausea, vomiting, and quality of life during early pregnancy. *Biological Research for Nursing*, 16(4), 378-386.
- Maltepe, C., & Koren, G. (2012). Preemptive treatment of nausea and vomiting of pregnancy: Results of a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology International*, 2013, 1-8.

- Mazzotta, P., Stewart, D., Atanackovic, G., Koren, G., & Magee, L. A. (2000). Psychosocial morbidity among women with nausea and vomiting of pregnancy: Prevalence and association with anti-emetic therapy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(3), 129-136.
- Miller, A. D. (1999). Central mechanisms of vomiting. *Digestive Diseases and Sciences*, 44(8), 39-43.
- Munch, S., Korst, L. M., Hernandez, G. D., Romero, R., & Goodwin, T. M. (2011). Health-related quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy: The importance of psychosocial context. *Journal of Perinatology*, 31(1), 10-20.
- Mylonas, I., Gengelmaier, A., & Kainer, F. (2007). Nausea and vomiting in pregnancy. *Dtsch Arztebl*, 104(25), 21-26.
- Nazik, E., & Eryilmaz, G. (2014). Incidence of pregnancy-related discomforts and management approaches to relieve them among pregnant women. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11), 36-50.
- Nunley, C., Wakim, J., & Guinn, C. (2008). The effects of stimulation of acupressure point p6 on postoperative nausea and vomiting: A review of literature. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(4), 247-261.
- O'Brien, B., & Naber, S. (1992). Nausea and vomiting during pregnancy: Effects on the quality of women's lives. *Birth*, 19(3), 138-143.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing concepts of practices*. New York: McGraw-Hill Book.
- Ozkan, I. A., & Mete, S. (2010). Pregnancy planning and antenatal health behaviour: findings from one maternity unit in Turkey. *Midwifery*, 26(3), 338-347.
- Pepper, G. V., & Roberts, S. C. (2006). Rates of nausea and vomiting in pregnancy and dietary characteristics across populations. *Proceedings of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 273, 75-79.
- Philip, B. (2003). Hyperemesis gravidarum: Literature review. *Wisconsin Medical Journal*, 102(3), 46-51.

- Pires, R., Araujo-Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2014). Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during adolescent pregnancy: The buffering role of social support. *Maternal and Child Health Journal*, 18(4), 789-800.
- Piwko, C., Koren, G., Babashov, V., Vicente, C., & Einarson, T. R. (2012). Economic burden of nausea and vomiting of pregnancy in the USA. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 20(2), 149-160.
- Quinla, J. D., & Hill, D. A. (2003). Nausea and vomiting of pregnancy. *American Family Physician*, 68(1), 121-128.
- Rhodes, V. A., & McDaniel, R. (2001). Nausea, vomiting, and retching: Complex problems in palliative care. *A Cancer Journal for Clinicians*, 51(4), 232-248.
- Rhodes, V.A, Watson, P. M., & Johnson, M. H. (1984). Development of reliable and valid measures of nausea and vomiting. *Cancer Nursing*, 7(1), 33-42.
- Rini, C., Schetter, C. D., Hobel, C. J., Glynn, L. M., & Sandman, C. A. (2006). Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relationships*, 13(2), 207-229.
- Saberi, F., Sadat, Z., Abedzadeh-Kalahroudi, M., & Taebi, M. (2013). Acupressure and ginger to relieve nausea and vomiting in pregnancy: A randomized study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(9), 854-861.
- Shalom, A. U., Uche, O. V., & Sabina, E.(2016). Health-related quality of life of women with nausea and vomiting in pregnancy attending a maternal clinic in Nigeria. *Journal of Pharmacy*, 6(7), 1-6
- Shishehgar, S., Dolatian, M., Majd, H. A., & Bakhtiary, M. (2014). Perceived pregnancy stress and quality of life amongst Iranian women. *Global Journal of Health Science*, 6(4), 270-277.
- Shishehgar, S., Mahmoodi, A., Dolatian, M., Mahmoodi, Z., Bakhtiary, M., & Majd, H. A. (2013). The relationship of social support and quality of life with the level of stress in pregnant women using the PATH model. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(7), 560-565.

- Sherman, P. W., & Flaxman, S. M. (2002). Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 190-197.
- Smith, C., Crowther, C., Beilby, J., & Dandeaux, J. (2000). The impact of nausea and vomiting on women: A burden of early pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(4), 397-401.
- Smith, J. A., Refuerzo, J. S., & Ramin, S. M. (2011). Patient information: nausea and vomiting of pregnancy. Up to date. Version, 18. Retrieved January 11, 2016, from <http://www.uptodate.com/contents/nausea-and-vomiting-of-pregnancy-beyond-the-basics>
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: Current trends in theory and research volume II* (pp. 481-493). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. I., & Lu Shene, R. E. (1970). *STAI manual for the state-trait anxiety inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*, Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Swallow, B. L., Lindow, S. W., Masson, E. A., & Hay, D. M. (2004). Psychological health in early pregnancy: Relationship with nausea and vomiting. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24(1), 28-32.
- Swallow, B. L., Lindow, S. W., Masson, E. A., & Hay, D. M. (2005). Women with nausea and vomiting in pregnancy demonstrate worse health and adversely affected by odours. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 25(6), 544-549.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston: Education.
- Temming, L., Franco, A., Istwan, N., Rhea, D., Desch, C., Stanziano, G., & Joy, S. (2014). Adverse pregnancy outcomes in women with nausea and vomiting of pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27(1), 84-88.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145-159.

- Weyermann, M., Brenner, H., Adler, G., Yasar, Z., Handke-Vesely, A., Grab, D., & Rothenbacher, D. (2003). Helicobacter pylori infection and the occurrence and severity of gastrointestinal symptoms during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(2), 526-531.
- Wickham, R. (1988). Managing chemotherapy-related nausea and vomiting: The state of the art. *Oncology Nursing Forum*, 16(4), 563-574.
- Whitehead, S. A., Andrews, P. L. R., & Chamberlain, G. V. P. (1992). Characterisation of nausea and vomiting in early pregnancy: A survey of 1000 women. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 12(6), 364-369.
- WHOQol Group. (1995). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQol). In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives* (pp. 41-57). Springer Berlin Heidelberg.
- WHOQol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Wilkes, G. M. (2001). Potential toxicities and nursing management. In M. Barton-Burke, G. M. Wilkes, D. Berg, C. K. Bean, & K. Ingwersen (Eds.), *Cancer Chemotherapy: A nursing process approach* (3rd ed., pp 89-185). Boston: Jones and Bartlett.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Liking clinical variables with health-related quality of life: Conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59-65.
- Wood, H., McKellar, L. V., & Lightbody, M. (2013). Nausea and vomiting in pregnancy: Blooming or bloomin' awful? A review of the literature. *Women and Birth*, 26(2), 100-104.
- Yilmaz, E., Yilmaz, Z., Cakmak, B., Karsli, M. F., Gultekin, I. B., Dogan, N. G., et al. (2016). Nausea and vomiting in early pregnancy of adolescents: Relationship with depressive symptoms. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(1), 65-68.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.
- Zhou, Q., O'Brien, B., & Relyea, J. (1999). Severity of nausea and vomiting during pregnancy: What does it predict?. *Birth*, 26(2), 108-114.



ภาคผนวก ก

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
2. เอกสารชี้แจงข้อมูล/ คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับภาษาไทย
4. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับภาษาอังกฤษ
5. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ
ประสงค์

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ บัณฑิตที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก
ของการตั้งครรภ์

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุนันทา ศรีมาคำ

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียด
ของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใด
ปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้
เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่
อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้
ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

Copyright by Mahidol University

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุนันทา ศรีมาคำ

สถานที่วิจัย หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกสูติกรรมและวางแผนครอบครัว

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. นางสาวสุนันทา ศรีมาคำ หมายเลขโทรศัพท์ 097-2297584
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสศรี ธีระกุลชัย หมายเลขโทรศัพท์ 086-5260091

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

การตั้งครรภ์เป็นเหตุการณ์ที่สำคัญอย่างยิ่งในช่วงชีวิตของสตรี โดยเมื่อตั้งครรภ์จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกาย เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากภาวะปกติสู่การตั้งครรภ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับภาวะไม่สุขสบาย โดยพบมากที่สุด คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดอาการดังกล่าว เมื่อสตรีตั้งครรภ์เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจะส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ เช่น ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และหากมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นอาจส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะขาดสารอาหาร ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย และน้ำหนักตัวลดลงได้ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพความสุขและความพึงพอใจในชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งหมายถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์จะได้รับผลกระทบไปด้วย อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการ ได้แก่ รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับการ

รับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรก เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ ความเครียด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกสูติกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ หากท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ขอให้ท่านเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอให้ท่านตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ 2) แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน จำนวน 8 ข้อ 3) แบบประเมินความเครียด จำนวน 20 ข้อ 4) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 11 ข้อ 5) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ และ 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ รวมทั้งหมด 106 ข้อ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที เมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยขอรับแบบสอบถามคืนจากท่าน ซึ่งถือเป็นการเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และต่อผู้อื่น

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในขณะที่ท่านมารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ ซึ่งท่านจะยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลของหน่วย

ตรวจผู้ป่วยนอกสุติกรรมและวางแผนครอบครัวตามปกติ และผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะใช้เป็นประโยชน์ในการนำไปเป็นแนวทางแก่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ต่อไป

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆที่จะเกิดขึ้นกับท่าน แต่ท่านอาจต้องใช้เวลาในการอ่านและตอบแบบสอบถาม ซึ่งในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน โดยท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษา การพยาบาล หรือการให้บริการอื่นๆ ที่ทำให้ท่านสูญเสียประโยชน์ที่ท่านพึงจะได้รับแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และเปิดเผยเฉพาะผลสรุปจากการทำวิจัยในภาพรวม โดยการเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถกระทำได้ในเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงในแบบบันทึกต่างๆ โดยผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละราย นอกจากนี้ผู้ที่สามารถรับรู้ข้อมูลเฉพาะบุคคลเหล่านั้นนอกเหนือจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว จะต้องได้รับความยินยอมจากท่านก่อนทุกครั้ง

ถ้าท่านมีปัญหาขัดข้องใจ หรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาการวิจัย และสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เบอร์โทรศัพท์ 02-2011544 หรือ

ศูนย์วิจัยโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เบอร์โทรศัพท์

045-244973 ต่อ 1395

เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับภาษาไทย



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๙/๓๓๙

ชื่อโครงการ
EC_590599

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้
อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๕ - ๕๕ - ๔๓ บ

ชื่อหัวหน้าโครงการ

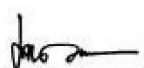
นางสาวสุนันทา ศรีมาคำ

ที่ทำงาน

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
เหล่านี้ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน


(ศาสตราจารย์ นายแพทย์พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา)

วันที่รับรอง
ระยะเวลาในการศึกษา

๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๙
๕ เดือน

**เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับภาษาอังกฤษ**



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

**Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

No MURA2016/339

Title of Project
EC_590599

The Factors Related to Quality of Life in Pregnant Women with Nausea and Vomiting During First Trimester of Pregnancy

Protocol Number

ID 05 – 59 – 43

Principal Investigator

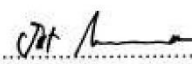
Miss Sunantha Srimakam

Official Address

Ramathibodi School of Nursing
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

**Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects**


Prof. Pat Mahachoklertwattana, M.D.

Date of Approval

June 23, 2016

Duration of Study

5 Months

Copyright by Mahidol University

เอกสารรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

รหัสเอกสารรับรอง 034/2559

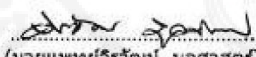


เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการคลื่นไส้อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ The factors related to quality of life in pregnant women with nausea and vomiting during first trimester of pregnancy
ผู้วิจัยหลัก	นางสาวสุนันทา ศรีมาคำ และคณะ
หน่วยงาน/สถาบัน	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้


(นายแพทย์จิรวัฒน์ มุลศาสตร์)
ประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์


(นายแพทย์สิทธ์ ทองประยูร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง : 15 ก.ค. 2559

วันหมดอายุของการรับรอง: 14 ก.ค. 2560



เอกสารที่รับรองรวมถึง

1. โครงการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการวิจัยจริยธรรมที่จะรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาโครงการให้การรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบลงภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงก่อนวันหมดอายุ 30 วัน
3. ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาตรงตามระเบียบไว้ในโครงการงานวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เพียงแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้รับรอง (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผนประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งเมื่อต้องการ
5. ในกรณีที่เหตุการณ์ข้างเคียงร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมภายใน 5 วันทำการ
6. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ
7. ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ส่งโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว จำนวน 1 ฉบับ

สถานที่ติดต่อ: ศูนย์วิจัย รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ถ.สรรพสิทธิ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 045-244973 ต่อ 1395

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ
- ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่าง

1. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับ.....
2. สถานภาพสมรส
[] อยู่ด้วยกัน [] แยกกันอยู่
3. ลักษณะครอบครัว
[] ครอบครัวเดี่ยว(อาศัยกับสามี/ บุตร) [] ครอบครัวขยาย (อาศัยกับ
สามีบุตร และสมาชิกคนอื่นๆ)
4. การวางแผนการตั้งครรภ์
[] วางแผนการตั้งครรภ์ [] ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์
5. รายได้ครอบครัวเฉลี่ย บาท
6. อายุครรภ์.....สัปดาห์ (สำหรับผู้วิจัยบันทึก)

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนของสตรีตั้งครรภ์

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงลักษณะความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ และระยะเวลาของอาการ ซึ่งมีผลทำให้ท่านรู้สึกไม่สบาย โดยมีคำจำกัดความของอาการดังนี้

อาการคลื่นไส้ หมายถึง อาการไม่สบายที่เกิดขึ้นบริเวณลำคอ ลิ้นปี่ และช่องท้อง ร่วมกับความรู้สึกอยากอาเจียนเพื่อรู้สึกสบายขึ้น อาการคลื่นไส้มักเกิดก่อนอาการอาเจียน แต่บางครั้งอาจเกิดอาการคลื่นไส้ โดยไม่มีอาการอาเจียนก็ได้

อาการพะอืดพะอม หมายถึง อาการไม่สบายที่เกิดขึ้นบริเวณทรวงอก เพื่อขับสิ่งที่อยู่ภายในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กผ่านขึ้นมาที่ช่องอก ความรู้สึกคล้ายจะอาเจียน แต่ไม่มีสิ่งใดๆออกมา อาการพะอืดพะอมอาจเกิดขึ้น โดยไม่อาเจียน

อาการอาเจียน หมายถึง อาการไม่สบายที่เกิดจากการขับสิ่งที่บรรจุอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กออกมาทางปาก

แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความข้างล่างแล้วเลือกเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับประสบการณ์หรือความรู้สึของท่านมากที่สุด

1. ในระยะ 24 ชั่วโมง ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกคลื่นไส้กี่ครั้ง

☐ 7 ครั้งหรือมากกว่า ☐ 5-6 ครั้ง ☐ 3-4 ครั้ง ☐ 1-2 ครั้ง ☐ ไม่มีอาการ

2. ในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านไป ช่วงเวลาที่ท่านรู้สึกคลื่นไส้ในแต่ละครั้ง มีระยะเวลายาวนานมากเท่าใด

☐ น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ☐ 1 ชั่วโมง ☐ 2-3 ชั่วโมง ☐ 4-6 ชั่วโมง ☐ 6 ชั่วโมงขึ้นไป

3. ในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านไป ท่านมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการคลื่นไส้มากน้อยเพียงใด

☐ มากที่สุด ☐ มาก ☐ ปานกลาง ☐ เล็กน้อย ☐ ไม่รู้สึกทรมาน

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

8. ในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านไปท่านมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการอาเจียนมากน้อยเพียงใด

☐ มากที่สุด ☐ มาก ☐ ปานกลาง ☐ เล็กน้อย ☐ ไม่รู้สึกทรมาน

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบประเมินความเครียด**คำชี้แจง**

1. ข้อความข้างล่างต่อไปนี้เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านเองในขณะนี้โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวาของข้อความเมื่อท่านพิจารณาแล้วว่า ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด
2. ข้อความต่อไปนี้เป็นคำตอบที่ถูกหรือผิด จึงขอให้ท่านเลือกคำตอบในแต่ละข้อที่เห็นว่า เป็น ระดับความรู้สึกที่เป็นจริงที่สุดของท่าน ต่อการเกิดคลื่นไส้อาเจียนในขณะนี้

เกณฑ์การเลือกตอบ

รู้สึกไม่ตรงเลย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านเลย
รู้สึกตรงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านบ้างเล็กน้อย
รู้สึกตรงค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านค่อนข้างมาก
รู้สึกตรงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด

ความรู้สึกของท่านที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ในขณะตั้งครรภ์	ไม่ตรง เลย	ตรงบ้าง เล็กน้อย	ตรงค่อนข้าง มาก	ตรงมาก ที่สุด
1. เมื่อตั้งครรภ์ข้าพเจ้ารู้สึกสงบหรือใจเย็นขึ้น				
2. เมื่อตั้งครรภ์ข้าพเจ้ารู้สึกปลอดภัย				
3. เมื่อตั้งครรภ์ข้าพเจ้ารู้สึกดีถึงชีวิต				
4.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
19. เมื่อตั้งครรภ์ข้าพเจ้ารู้สึกรำเริงเบิกบานใจ				
20. เมื่อตั้งครรภ์ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ				

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่า ตั้งแต่ท่านตั้งครรภ์ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลรอบข้าง เช่น สามี สมาชิกคนอื่นในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์มากน้อยเพียงใด โปรดอ่านข้อความด้านล่างแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

รู้สึกไม่พึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกไม่พึงพอใจมากที่สุด
รู้สึกไม่พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกไม่พึงพอใจปานกลาง
รู้สึกไม่พึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกไม่พึงพอใจน้อยที่สุด
รู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด
รู้สึกพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกพึงพอใจปานกลาง
รู้สึกพึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกพึงพอใจมากที่สุด

บุคคลหลักที่คอยให้ความช่วยเหลือและดูแลท่านในระหว่างการตั้งครรภ์ คือ

ข้อความ	รู้สึกไม่ พึงพอใจ มากที่สุด	รู้สึกไม่พึง พอใจปาน กลาง	รู้สึกไม่พึง พอใจน้อย ที่สุด	รู้สึกพึง พอใจน้อย ที่สุด	รู้สึกพึง พอใจปาน กลาง	รู้สึกพึง พอใจมาก ที่สุด
1. เขารับมือปัญหา และคอยเป็นห่วง ฉัน						
2. เขาช่วยให้ฉัน มีขวัญและ กำลังใจดีขึ้น						
3.						
10. เขาทำให้เรื่อง ยากกลายเป็น เรื่องง่าย						
11. เขาแสดงให้เห็น ว่าเขาจะอยู่ใกล้ ฉันเสมอเมื่อฉัน ต้องการความ ช่วยเหลือ						

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านที่มีต่อ ภาวะสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้นคำตอบจึงไม่มีถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตรงกับความ รู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด เพียงคำตอบเดียวและ กรุณาตอบทุกข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากกว่าครึ่ง
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านน้อยกว่าครึ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อ ที่	ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
1.	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ ภาวะแทรกซ้อนในระหว่าง ตั้งครรภ์ การดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่าง ตั้งครรภ์เป็นอันตรายต่อทารกใน ครรภ์					
2.	การตั้งครรภ์อาจทำให้ฉันมีอาการ บวมและมีความดันโลหิตสูงได้					
	. .					
35.	การดูแลเอาใจใส่จากสามี ญาติ และเพื่อน ทำให้มีกำลังใจในการ ดูแลสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์					
36.	ฉันเชื่อว่าคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลจะเป็นประโยชน์ต่อ ตัวฉันและลูกในครรภ์					

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบประเมินคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในระยะตั้งครรภ์ ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย หรือรู้สึกไม่พอใจมาหรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยหรือรู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง หรือรู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ หรือรู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอหรือรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่สมบูรณ์หรือรู้สึกพอใจมากหรือรู้สึกดีมาก

ข้อที่	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่าน					
2	ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้สะดวก เนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะตั้งครรภ์					
3	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่าน เช่น การมีเพศสัมพันธ์					
26	ท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดี					

ภาคผนวก ค
ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

1. ผลตรวจสอบการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov

Smirnov test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Education level	family income	total_str	total_nvp	total_ss	total_ph	total_qol
N		85	85	85	85	85	85	85
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	13.3176	27520.0000	47.6706	14.8588	61.0941	146.1294	94.1882
	Std. Deviation	3.04417	16478.61385	8.71150	5.43830	4.45780	16.25305	12.64016
Most Extreme Differences	Absolute	.246	.158	.051	.112	.143	.083	.071
	Positive	.154	.158	.051	.079	.136	.083	.048
	Negative	-.246	-.086	-.043	-.112	-.143	-.065	-.071
Kolmogorov-Smirnov Z		2.270	1.459	.468	1.032	1.316	.762	.650
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.028	.981	.237	.063	.607	.792

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		log10_Ed	log10_in
N		85	85
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	1.1112	4.3623
	Std. Deviation	.11308	.26949
Most Extreme Differences	Absolute	.230	.100
	Positive	.170	.072
	Negative	-.230	-.100
Kolmogorov-Smirnov Z		2.118	.924
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.360

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

ภาคผนวก ง

บุคคลหลักในครอบครัวที่ให้การสนับสนุนกลุ่มตัวอย่าง (n = 85)

บุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สามี	80	94.12
มารดา	4	4.70
เพื่อน	1	1.18

ภาคผนวก จ

รายนามของผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยในการศึกษา
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

1. อาจารย์ ดร. ทัดทรง พุญญทลิ่งค์
สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. อาจารย์ ดร.ปรานี ป้องเรือ
สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. คุณนัทธ์หทัย วรรณทิม
หัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกสูติกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก จ
หนังสืออนุญาตให้เครื่องมือ

1. หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน
2. หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินความเครียด แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต

หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน



โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดีที่ 265559
ครั้งที่ 1-6 ปี 2559 14
ครั้งที่ 2.....เวลา.....
ครั้งที่ 3.....เวลา.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนทลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๔๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๔๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ / ๐๗๔๐๐

วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อ้างถึงหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๗ / ๐๒๘๑ ลงวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวสุนันทา ศรีมากำ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์” โดยมี ผศ.ดร.จรัสศรี อีระกุลชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบสอบถามอาการคลื่นไส้ อาเจียน

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวจุฑาพร อินทสิทธิ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๔๕ เรื่อง “สัมพันธภาพในครอบครัวและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน” ซึ่งมี ผศ.ยุพิน จันทรรัก เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ นางสาวสุนันทา ศรีมากำ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นนักศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมีการละเมิดเกิดขึ้นข้าพเจ้ายินยอมให้ คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตามกฎหมาย อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม. ๐๑๔ มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

...../๒.

หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินความเครียด แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม
แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต



โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ส. ๒12๐/๕1
ครั้งที่ 2.7 ก.ค. 2559 1๒๓
ครั้งที่ 2.....เวลา.....
ครั้งที่ 3.....เวลา.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๓๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๔๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๓.๐๒/๐๖๖๖๔
วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

หลักสูตรการผดุงครรภ์บัณฑิต
เรียนครั้งที่ 135/1569
เวลา 11.00
วันที่ 12.8 กค 2559

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อ้างถึงหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๓.๐๒๗/๐๓๑๘ ลงวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดีฯ แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวสุนันทา ศรีมาคำ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์" โดยมี ผศ.ดร.จรัสศรี ธีระกุลชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ใช้: ๑) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

๒) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวละอรรณ หนึ่นแก้วล่าวัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๕๓ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น" ซึ่งมี ผศ.ดร.จรัสศรี ธีระกุลชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ใช้: ๓) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวเทวิกา จันเอยม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๕๔ เรื่อง "อิทธิพลของปัจจัยคัดสรร ความวิตกกังวล และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการตัดสินใจเอาใจใส่ในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรก" ซึ่งมี ผศ.ดร.จันทิมา ขนบดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ใช้: ๔) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของการอนามัยโลกฉบับย่อ

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวศิริภรณ์ เหมะธูลิน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๕๙ เรื่อง "อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด" ซึ่งมี ผศ.ดร.จรัสศรี ธีระกุลชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

...../๒

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสุนันทา ศรีมากำ
วัน เดือน ปีเกิด	16 กุมภาพันธ์ 2533
สถานที่เกิด	ศรีสะเกษ
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, พ.ศ. 2552 – 2555 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2557 – 2559 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2555 – ปัจจุบัน อาจารย์พยาบาลที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ที่อยู่	224 ถนนพลแพน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000 โทรศัพท์ 097-2297584