

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในสตรีหลังแท้งบุตร
MENTAL HEALTH OUTCOMES AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN AFTER ABORTION

พว. กฤตพรเมืองพร้อม, พย.บ.

บทคัดย่อ

การแท้งบุตรเป็นเหตุการณ์ชีวิตที่สามารถก่อให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจิตใจได้ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตระหว่างสตรีที่แท้งเองครั้งแรกและสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ เลือกลุ่มตัวอย่างสตรีจำนวน 114 คน จากผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในช่วงเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนโดยใช้ 1) แบบประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (THAI-HADS) และ 2) ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (THAI SF-26) วิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ independent samples t-test และ Chi-square

ผลการวิจัย พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างสตรีหลังแท้งบุตร จำนวน 114 คน เป็นสตรีที่แท้งเองครั้งแรกจำนวน 83 คน และสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ จำนวน 31 คน ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะภูมิหลังทางสังคมคล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามสตรีที่แท้งเองครั้งแรกมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำสตรีที่แท้งเองครั้งแรก [ค่าเฉลี่ย (SD)]คะแนนอาการวิตกกังวล เท่ากับ 5.00 (3.67) เทียบกับ 4.62 (3.19), $P < .001$; และค่าเฉลี่ย (SD) คะแนนอาการซึมเศร้า เท่ากับ 5.06 (4.46) เทียบกับ 4.92 (3.48), $P = .002$] นอกจากนี้ สตรีที่แท้งเองครั้งแรกมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านสุขภาพกาย ($p < .001$) ด้านจิตใจ ($p < .001$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($p < .001$) และด้านสุขภาพโดยรวม ($p < .001$) ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่มีคะแนนสูงกว่าเล็กน้อย ($P = .044$)

โดยสรุปแล้ว ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสตรีที่แท้งเองครั้งแรกต่อความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ อย่างมาก เช่น การใช้ชีวิตประจำวัน หน้าที่ทางสังคม และทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ ผลการศึกษานี้มีความสำคัญสำหรับการดูแลรักษาสตรีหลังแท้งบุตรและให้ข้อเสนอแนะว่าจำเป็นต้องให้การดูแลรักษา และการปรึกษาที่เหมาะสมสำหรับการตั้งครรถ์ครั้งต่อไปแก่สตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการแท้งทุกราย

คำสำคัญ: การแท้งเอง, ภาวะแท้งซ้ำ, คุณภาพชีวิต, อาการวิตกกังวลและซึมเศร้า, ภาวะบีบคั้นทางจิตใจ

ABSTRACT

Spontaneous abortion are life events that can potentially cause mental distress. This cross-sectional descriptive research was aimed to compare mental health outcomes and quality of life between women with first spontaneous and with recurrent miscarriage. All 114 women with spontaneous abortion were selected from patients who admitted for care at gynecological ward, Vachira Phuket Hospital during June–November 2020. The THAI Hospital Anxiety and Depression Scale (THAI HADS) were used to measure anxiety and depression. In addition, Quality of life (QOL) was measured using the THAI 26-Item Short Form Survey (SF-26). The sample' socio-demographic and factor affecting mental health outcomes and quality of life were analyzed using descriptive statistics and comparison was made between two groups using the independent samples t-test and Chi-square.

The results showed that in all 114 women with spontaneous abortion, 83 were women with first abortion and 31 with recurrent miscarriage. The socio-demographic status for both groups was similar. women with first abortion showed a significant higher degree of mental distress [mean (SD) anxiety score was: 5.00 (3.67) vs. 4.62 (3.19), $P < .0001$; and mean (SD) depression score was: 5.06 (4.46) vs. 4.92 (3.48), $P = .002$]. They also reported significantly lower level of quality of life in all domains Physical domain ($p < .001$) Psychological domain ($p < .001$) Social relationship domain ($p < .001$) and Environment domain ($p < .044$)

In conclusion, the findings demonstrated that women with first spontaneous abortion reported extensive functional disability, and lower level of quality of life when compared to women with recurrent miscarriage. These findings have some implications for post-abortion care and suggest that appropriate treatment and counselling for prenatal in next pregnancy among women with recurrent miscarriage is more important.

Keywords: Spontaneous abortion, Recurrent miscarriage, Quality of life, Anxiety and depression, Mental distress

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกให้นิยามว่าการแท้ง (miscarriage) หมายถึง การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อน 22 สัปดาห์ สำหรับประเทศไทยใช้เกณฑ์วินิจฉัยการแท้งคือการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อน 28 สัปดาห์หรือน้ำหนักทารกต่ำกว่า 1,000 กรัม (World Health Organization; WHO, 2015) ปัจจุบัน โรงพยาบาลที่มีความพร้อมของทรัพยากรในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด นิยมใช้เกณฑ์วินิจฉัยการแท้งที่เหมาะสมกับศักยภาพของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตสามารถเลี้ยงดูทารกที่มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ 25 สัปดาห์ หรือมีน้ำหนักตั้งแต่ 600 กรัมขึ้นไปได้ จึงวินิจฉัยการแท้งที่อายุครรภ์ < 25 สัปดาห์ หรือน้ำหนักทารก < 600 กรัม (ที่มนำทางคลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต, 2560) การแท้งบุตรเป็นภาวะผิดปกติอย่างหนึ่งของการตั้งครรภ์ แต่ละปีพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 10–15 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการแท้งเองช่วงอายุครรภ์ 4–20 สัปดาห์ (WHO, 2015) สำหรับในประเทศไทย จากรายงานการเฝ้าระวังการแท้ง พ.ศ. 2560 มีสตรีที่แท้งบุตรเข้ารับการดูแลรักษาในสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 2,564 ราย เป็นผู้ป่วยแท้งเองร้อยละ 51.4 โดยส่วนใหญ่เป็นการแท้งช่วงอายุครรภ์ 9–12 สัปดาห์ (ร้อยละ 37.4) และร้อยละ 60 ของการแท้งเองโดยไม่ทราบสาเหตุ รวมทั้งร้อยละ 38.6 เป็นสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ (เปียร์ตัน เอี่ยมคง, ธีชนัท พันตรา, และพิมลพร ธิชากรณ์, 2563) ซึ่งในปีงบประมาณ 2560 – 2563 โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตมีสถิติผู้เข้ารับการดูแลรักษาเกี่ยวกับแท้งบุตรแบบผู้ป่วยใน จำนวน 1,019 , 892 ราย, 882 ราย และ 718 ราย ตามลำดับ (กฤตพร เมืองพร้อม, 2563)

การแท้งบุตร ทั้งการแท้งเองครั้งแรกและการแท้งซ้ำเป็นเหตุการณ์ชีวิตที่สามารถก่อให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจิตใจของสตรีได้ เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุตรอันเป็นที่รักหลังจากมีการตั้งครรภ์ในระยะเวลาสั้นๆ รวมทั้งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบบทันทีทันใดในสตรีที่คาดหวังว่าจะให้กำเนิดบุตรที่สมบูรณ์ในอีกไม่กี่เดือนข้างหน้าส่งผลให้สตรีรู้สึกทุกข์ใจ (Bicking, Baptiste-Roberts, Zhu, & Kjerulff, 2015; Adolfsson, Johansson, & Nilsson, 2012; Mevorach-Zussman, Bolotin, Shalev, Bilenko, Mazor, & Bashiri, 2012) มีความวิตกกังวล (Gong, Hao, Tao, Zhang, Wang, & Xu, 2013; Woods-Giscombe, Lobel, Crandell, 2010) รู้สึกเศร้าใจและเกิดอาการซึมเศร้า (Lok, Yip, Lee, Sahote, & Chung, 2010) มีการศึกษาพบความชุกของอาการซึมเศร้าในสตรีที่แท้งเองร้อยละ 15–33 (Sugiura-Ogasawara, Suzuki, Ozaki, Katano, Suzumori, & Kitaori, 2013; Craig, Tata, & Regan, 2002) และสตรีร้อยละ 50 มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าเป็นเวลานานหลายเดือนหลังแท้งบุตร (Lok & Neugebauer, 2007) โดยสตรีจะเริ่มมีอาการวิตกกังวลทันทีหลังการแท้งและต่อเนื่องไปจนถึง 4–6 เดือนหลังแท้ง (Geller, Kerns, & Klier, 2004) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 50–80 ของสตรีมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการ วิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในการตั้งครรภ์ครั้งใหม่ โดยเฉพาะในสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ (เขมจิรา ท้าวน้อย, 2561; Nynas, Narang, Kolikonda, & Lippmann, 2015; Bergner, Beyer, Klapp, & Rauchfuss, 2008)

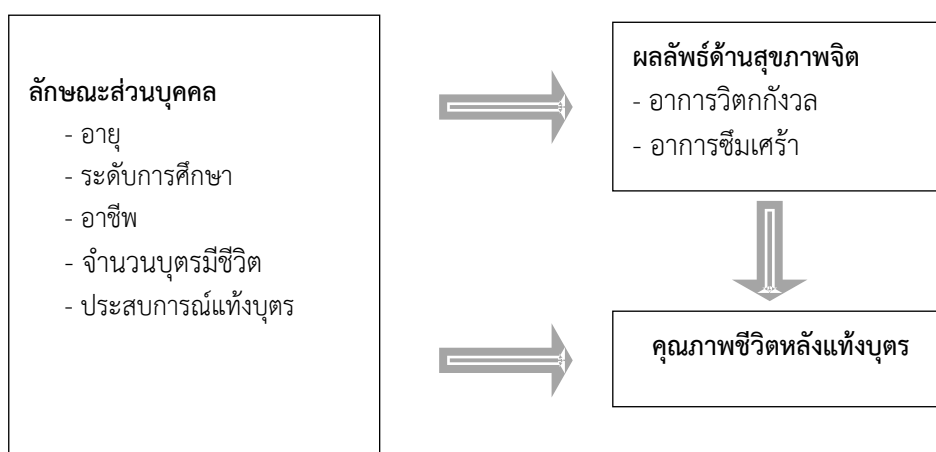
ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในสตรีหลังแท้งบุตร ซึ่งแต่ละปีมีผู้ป่วยแท้งบุตรเข้ารับการดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาล วชิระภูเก็ต เป็นจำนวนมากกว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคทางนรีเวชทั้งหมด และส่วนใหญ่เป็นสตรีที่แท้งเอง (กฤตพร เมืองพร้อม, 2563) แต่ยังไม่มีการศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จากการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนา รูปแบบหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลรักษา และเป็นแนวทาง สำหรับการปรึกษาแก่สตรีหลังแท้งบุตรได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งยังสามารถนำผลการวิจัย ไปใช้ในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง และการส่งต่อสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชหลังแท้งบุตรเพื่อได้รับการดูแล

รักษาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณภาพของการปฏิบัติพยาบาลที่ส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพโดยรวมขององค์กร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อจำแนกผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า และระดับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังแท้งบุตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของสตรีหลังแท้งบุตร ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ จำนวนบุตรที่มีชีวิต
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังแท้งบุตร
4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตหลังแท้งบุตรระหว่างสตรีที่แท้งเองครั้งแรกและสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 ซึ่งมีวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีหลังแท้งบุตรที่รับการดูแลรักษา ณ หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ช่วงเดือนมิถุนายน 2563-พฤศจิกายน 2563 เลือกกลุ่มตัวอย่างสตรีที่แท้งเองครั้งแรกและสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ (มีประวัติการแท้งเองตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป) ซึ่งมีอายุครรภ์น้อยกว่า 25 สัปดาห์ เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ประกอบด้วย สตรีที่มีประวัติการตรวจรักษาโรคซึมเศร้า หรือมีประวัติความผิดปกติทางจิตเวช มีประวัติการใช้ยาเสพติด ได้รับการรักษาด้วยยาลดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะแท้งติดเชื้อ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางการวิจัย

เชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข โดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ย กรณีไม่ทราบขนาดจำนวน ประชากร (บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2556) ได้กลุ่มตัวอย่างสตรีหลังแท้งบุตร จำนวน 114 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต(เลขที่ VPH REC 011/2020) และพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัยโดยการอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและรับประกันว่าข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ การตอบแบบสอบถามจะเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยการลงนามในแบบแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล นอกจากนี้ หากมีอาการผิดปกติใดๆที่อาจเป็นอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ร่วมวิจัยขณะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะให้หยุดทันทีและดำเนินการให้ความช่วยเหลือจนอยู่ในระยะที่ปลอดภัย ข้อมูลที่ได้รับจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การศึกษาในครั้งนี้นั้นการเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมโดยไม่ระบุข้อมูลที่สามารอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับงานวิจัยและผลงานวิจัย โดยผู้วิจัยยินดีที่จะตอบข้อสงสัยและอธิบายรายละเอียดตามที่กลุ่มตัวอย่างต้องการอย่างชัดเจน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามเรื่อง ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของสตรีหลังแท้งบุตร จำนวน 1 ชุดแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ จำนวนบุตรมีชีวิต และประสบการณ์การแท้งบุตร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (THAI HADS) ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามฉบับภาษาไทย ซึ่ง ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2557) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้คัดแยกผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าเป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย คำถามจำนวน 14 ข้อ โดย 7 ข้อแรกเป็นคำถามที่ใช้ประเมินอาการวิตกกังวล และ 7 ข้อที่เหลือเป็นคำถามที่ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน คิดคะแนนแยกเป็น 2 ส่วนแต่ละส่วนมีพิสัยของคะแนนรวมระหว่าง 0-21 คะแนน แปลผลโดยการจำแนกคะแนนรวมของแต่ละส่วนเป็น 3 ช่วง คือ คะแนน 0-7คะแนน หมายถึงไม่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า คะแนน 8-10 คะแนนหมายถึงมีความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า จัดอยู่ในกลุ่มที่มีโอกาสเกิดความผิดปกติทางจิตเวชและคะแนน 11-21 คะแนน หมายถึงมีความวิตกกังวลหรือมีอาการซึมเศร้าที่จัดเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ ที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9 และ 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนน ดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย	ให้	5	คะแนน
ตอบ เล็กน้อย	ให้	4	คะแนน
ตอบ ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
ตอบ มาก	ให้	2	คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนน ดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย	ให้	1	คะแนน
ตอบ เล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
ตอบ ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
ตอบ มาก	ให้	4	คะแนน

ตอบ มากที่สุด ให้ 1 คะแนน ตอบ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3,4,10,11,12,24

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13,14,25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต

การเปลี่ยนค่าคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านเป็นคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยนำคะแนนที่ได้แต่ละด้าน มาเทียบกับตาราง Method for converting law scores to transformed scores เพื่อให้คะแนนเต็ม 100 ในแต่ละด้านและการคิดคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม คิดจากคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละด้านที่ถูกแปลงให้เป็นคะแนนเต็ม 100 ทั้ง 4 ด้าน

$$QOL = (PHYS 100 + PSYCH 100 + SOCIAL 100 + ENVIR 100) / 4 \text{ (คะแนนเต็ม 100)}$$

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 0 – 100 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้ คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

คะแนน 0 – 20 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำมาก

คะแนน 21 – 40 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ

คะแนน 41 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

คะแนน 61 – 80 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับดี

คะแนน 81 – 100 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับดีมาก

การแปลงคะแนนในแต่ละหมวดให้เป็นคะแนนที่เปรียบเทียบกันได้

Physical domain			Psychological domain			Social relationship domain			Environment domain		
Raw	Transformed score		Raw	Transformed score		Raw	Transformed score		Raw	Transformed score	
	4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100
7	4	0	6	4	0	3	4	0	8	4	0
8	5	6	7	5	6	4	5	6	9	5	6
9	5	6	8	5	6	5	7	19	10	5	6
10	6	13	9	6	13	6	8	25	11	6	13
11	6	13	10	7	19	7	9	31	12	6	13
12	7	19	11	7	19	8	11	44	13	7	19
13	7	19	12	8	25	9	12	50	14	7	19
14	8	25	13	9	31	10	13	56	15	8	25
15	9	31	14	9	31	11	15	69	16	8	25
16	9	31	15	10	38	12	16	75	17	9	31

Physical domain			Psychological domain			Social relationship domain			Environment domain		
Raw	Transformed score		Raw	Transformed score		Raw	Transformed score		Raw	Transformed score	
17	10	38	16	11	44	13	17	81	18	9	31
18	10	38	17	11	44	14	19	94	19	10	38
19	11	44	18	12	50	15	20	100	20	10	38
20	11	44	19	13	56				21	11	44
21	12	50	20	13	56				22	11	44
22	13	56	21	14	63				23	12	50
23	13	56	22	15	69				24	12	50
24	14	63	23	15	69				25	13	56
25	14	63	24	16	75				26	13	56
26	15	69	25	17	81				27	14	63
27	15	69	26	17	81				28	14	63
28	16	75	27	18	88				29	15	69
29	17	81	28	19	94				30	15	69
30	17	81	29	19	94				31	16	75
31	18	88	30	20	100				32	16	75
32	18	88							33	17	81
33	19	94							34	17	81
34	19	94							35	18	88
35	20	100							36	18	88
									37	19	94
									38	19	94
									39	20	100
									40	20	100

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) สำหรับภาคสนาม (กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มสตรีหลังแท้งบุตร ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพึงพอใจ โดยแบบประเมิน อาการวิตกกังวลมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 และแบบประเมินอาการซึมเศร้า มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 ส่วนแบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อ ฉบับภาษาไทย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ เท่ากับ .84 และค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ .65

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งให้การพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา และอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเข้าร่วมวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่สงสัย และผู้วิจัยตอบข้อสงสัยจนกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจชัดเจน และ ตัดสินใจลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ก่อนให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 – 45 นาที

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมในข้อที่ไม่สมบูรณ์

4. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามชุดที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปตอบที่บ้าน เมื่อครบ 2 สัปดาห์ และส่งกลับแบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามชุดที่ 2 ก่อนนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปบันทึกและวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการ วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ independent samples t-test และ Chi-square เพื่อการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคล อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตระหว่างสตรีที่แท้งเองครั้งแรกและสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (P value) < 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับอายุ การศึกษา อาชีพ และการมีบุตรของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	สตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ	สตรีที่แท้งเองครั้งแรก	p-values*
	(n =31) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 83) จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ			0.82
ค่าเฉลี่ย (SD)	30.21 (6.66)	30.03 (6.67)	
ระดับการศึกษา			0.25
ประถมศึกษา	3 (9.68)	9 (10.84)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13 (41.94)	51 (61.45)	

ปัจจัย	สตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ	สตรีที่แท้งเองครั้งแรก	p-values*
	(n = 31) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 83) จำนวน (ร้อยละ)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	15 (48.38)	23 (27.71)	0.02
อาชีพ			
แม่บ้าน	2 (6.45)	24 (28.92)	
ลูกจ้าง/พนักงาน	17 (54.84)	41 (49.39)	
ธุรกิจส่วนตัว/รับราชการ	12 (38.71)	18 (21.69)	0.78
มีบุตรที่มีชีวิตอย่างน้อย 1 คน			
มี	17 (54.84)	48 (57.83)	
ไม่มี	14 (45.16)	35 (42.17)	

*ค่านัยสำคัญทางสถิติ (P-values) ทุกค่า ได้มาจากการทดสอบไคสแควร์(chi-square test) ยกเว้นอายุ ซึ่งได้มาจาก independent samples t-test

การศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างสตรีหลังแท้งบุตร จำนวน 114 คน เป็นสตรีที่แท้งเองครั้งแรก 83 คน และสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ จำนวน 31 คน ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกัน โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.03 (SD=6.67) 30.20 (SD=6.66) ปี ตามลำดับ (P=0.82) ส่วนใหญ่ร้อยละ 50.88 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นลูกจ้าง/พนักงานและร้อยละ 26.32 เป็นธุรกิจส่วนตัว/รับราชการ ในด้านการศึกษา สตรีส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 56.14 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.02 มีประสบการณ์การคลอดบุตรอย่างน้อย 1 ครั้ง และร้อยละ 42.98 ไม่ประสบความสำเร็จในการคลอดบุตร ซึ่งมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม อย่างไรก็ตามมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านอาชีพ (P < 0.05) ดังผลการศึกษาที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

คุณภาพชีวิตรายด้าน	สตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ	สตรีที่แท้งเองครั้งแรก	p-values
	(n = 31) ค่าเฉลี่ย (SD)	(n = 83) ค่าเฉลี่ย (SD)	
1. ด้านสุขภาพกาย	61.64 (10.55)	60.47 (9.99)	<.001
2. ด้านจิตใจ	59.32 (8.59)	58.53 (9.28)	< .001
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	40.58 (8.02)	40.74 (8.94)	.044
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	65.09 (10.72)	62.42 (10.68)	< .001
5. ด้านสุขภาพโดยรวม	56.66 (7.67)	55.54 (7.74)	< .001

*ได้จากการวิเคราะห์ด้วย two independent samples t-test (p-value < .05)

จากการวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มสตรีที่แท้งเองครั้งแรกมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่า กลุ่มสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ เกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่กลุ่มสตรีที่แท้งเองครั้งแรกมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเล็กน้อย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า มี

นัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) เกี่ยวกับคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มสตรีที่แท้จริงครั้งแรกกับกลุ่มสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิต	สตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ	สตรีที่แท้จริงครั้งแรก	p-values
	(n = 31) ค่าเฉลี่ย (SD)	(n = 83) ค่าเฉลี่ย (SD)	
1. อาการวิตกกังวล	4.62 (3.19)	5.00 (3.67)	<.0001
2. อาการซึมเศร้า	4.92 (3.48)	5.06 (4.46)	.002

* ได้จากการวิเคราะห์ด้วย two independent samples t-test (p -value < .05)

จากการวิเคราะห์คะแนนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ระหว่างสตรีที่แท้จริงครั้งแรกกับสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ ซึ่งสตรีที่แท้จริงแรกมีคะแนนอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าสูงกว่าสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำดังแสดงในตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในสตรีหลังแท้งบุตรเปรียบเทียบระหว่างสตรีที่แท้จริงครั้งแรกกับสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสตรีที่แท้จริงครั้งแรกส่วนมากมีคุณภาพชีวิตลดลงด้านสุขภาพคะแนนคุณภาพของชีวิตที่ได้จากการประเมินด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทย (THAISF-26) บ่งชี้ว่าการรับรู้สุขภาพทั่วไป สุขภาพทางกาย สุขภาพทางใจ ความมีชีวิตชีวา บทบาทการทำหน้าที่ทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ในสตรีที่แท้จริงแรกมีระดับต่ำกว่าคะแนนในกลุ่มสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำอย่างไรก็ตามพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้านระหว่างสตรีที่แท้จริงครั้งแรกและสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ

ผลการศึกษาบ่งชี้ว่าในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในสตรีที่แท้จริงครั้งแรกจำเป็นต้องให้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งมีผลต่อการลดการเจ็บป่วยทางกาย คูโตและคณะ (Couto, Vian, Gregorio, Nomura, Zaccaria, and Passini Junior, 2009) ศึกษาพบว่าสตรีที่แท้จริงครั้งแรกมีคุณภาพชีวิตแย่ลงทั้งในด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ การทำหน้าที่ทางสังคม ความเจ็บปวดทางกาย สุขภาพทั่วไปและความมีชีวิตชีวา อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสตรี 2 กลุ่ม ด้านการทำหน้าที่ทางกายและด้านความเจ็บปวดตามร่างกาย ความแตกต่างดังกล่าวอาจเป็นผลจากความต่างทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับตัวอย่างทั้งสองกลุ่มในการศึกษาของคูโตและคณะ (Couto et al., 2009) เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีความกลัวว่าจะเกิดการแท้งบุตร ดังนั้นจึงลดการทำหน้าที่ทางกาย ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดตามร่างกายได้ เช่น ปวดศีรษะ ซึ่งเป็นอาการแสดงของความวิตกกังวล

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังบ่งชี้ว่าสตรีที่แท้จริงแรกมีความวิตกกังวลมากกว่าสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของคูโต และคณะ (Couto et al., 2009) โดยใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (HADS) ซึ่งพบว่าระดับความวิตกกังวลในสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม และ

สตรีที่ภาวะแท้งซ้ำ มักมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไร และ รีแกน (Rai and Regan, 2006)

นอกจากนี้ มีรายงานผลการวิจัยพบว่าสตรีที่แท้งเองครั้งแรกมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้น แต่ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าอาการผิดปกติทางจิตใจเหล่านี้ยังมีอยู่หรือไม่หลังแท้งบุตร และในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (Bicking, Baptiste-Roberts, Zhu, and Kjerulff, 2015; Woods-Giscombe, Lobel, Crandell, 2010; Hamama, Rauch, Sperlich, Defever, Seng, 2010) เมโวแรค-ซุสแมน และคณะ (Mevorach-Zussman, et al., 2012) ศึกษาพบว่าสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำทุกรายมีอาการวิตกกังวลตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และสตรีที่ประสบปัญหาการแท้งซ้ำอาจมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูงเนื่องจากมีระดับความวิตกกังวลมากกว่า เมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่มีประสบการณ์การแท้ง โดยเฉพาะสตรีที่ไม่สามารถก้าวผ่านการตั้งครรภ์ครั้งใหม่ได้หรือมีภาวะแท้งซ้ำในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป นอกจากนี้ระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นอาจส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของสตรีลดลง รวมทั้งอาจส่งผลให้เกิดการแท้งในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป หรือเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้

ในการศึกษาครั้งนี้อัตราการเกิดอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มสตรีที่แท้งเองครั้งแรก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของคูโต และคณะ (Couto et al., 2009) ซึ่งรายงานว่าพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดีมาก่อนมากกว่าสตรีกลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับแบลคมอร์ และคณะ (Blackmore, Côté-Arsenault, Tang, Glover, Evans, Golding, O'Connor, 2011) ซึ่งศึกษาพบว่าประวัติการแท้งซ้ำๆ ที่ผ่านมาอาจเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ยังให้ความเห็นว่าอาการซึมเศร้าหลังแท้งบุตรไม่ได้เป็นเพียงเงื่อนไขที่ทำให้การดำเนินชีวิตของสตรีมีความยุ่งยากมากขึ้นเท่านั้นแต่ยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงในด้านความมีชีวิตชีวา ด้านสุขภาพจิต การรับรู้สุขภาพทั่วไป และบทบาททางสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้การดูแลรักษาอาการซึมเศร้าอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของสตรีเหล่านี้

ผลการวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ว่า อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในสตรีที่ไม่มีบุตรจะเพิ่มความทุกข์ทรมานทางจิตใจของสตรีที่แท้งเองครั้งแรกอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลัวว่าตนเองอาจจะไม่สามารถมีบุตรได้อีก ซึ่งบ่งชี้ถึงผลกระทบของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ส่วนสตรีมีการแท้งซ้ำตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปจะทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีเหล่านี้ลดลงอย่างมาก ขณะที่การมีบุตรอาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตและการรับรู้สุขภาพทั่วไปมากกว่าสตรีที่ไม่มีบุตร โดยสัดส่วนของจำนวนบุตรต่อการตั้งครรภ์ (children-to-pregnancies ratio) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต (Mevorach-Zussman et al., 2012)

ข้อจำกัดของการศึกษา

โดยทั่วไป ลักษณะของการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนับเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งของการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากมีข้อจำกัดของระยะเวลาและจำนวนกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ศึกษา นอกจากนี้ในช่วงที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นมีการระบาดของโรคโควิด-19 อาจส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ลดลง รวมทั้งการเกิดโรคระบาดยังส่งผลกระทบต่อภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจของสตรีซึ่งอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่มีอิทธิพลต่อผลการศึกษา อีกทั้งผู้วิจัยไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลภูมิหลังทางเศรษฐกิจและสังคมของสตรีและครอบครัว รวมถึงข้อมูลประวัติทางสูติกรรมอย่างครอบคลุม เช่น อายุครรภ์ที่แท้งบุตร ประวัติการมีบุตรยาก เป็นต้น ดังนั้น จึงควรมีการออกแบบการวิจัยและมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างครอบคลุม

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้บ่งชี้ว่าสตรีที่แท้งเองครั้งแรกมีคุณภาพชีวิตลดลงทุกด้าน ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ บทบาททางสังคม และมีระดับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีที่มีภาวะแท้งซ้ำ ซึ่งทำให้จำเป็นต้องมีการจัดการดูแลสุขภาพสตรีระหว่างการตั้งครรภ์และให้คำปรึกษาที่เหมาะสมสำหรับการวางแผนตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

อักษรย่อที่ใช้ในการวิจัย

HADS คือ Hospital Anxiety and Depression Scale; QOL คือ Quality of life; SD คือ Standard Deviation; SF-26 คือ Short Form Health Survey in Thai version.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกคนเป็นอย่างมากที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งทำให้การศึกษานี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งใจไว้

เอกสารอ้างอิง

- Adolfsson A, Johansson C, Nilsson E. Swedish women's emotional experience of the first trimester in a new pregnancy after one or more miscarriages: a qualitative interview study. *Adv Sex Med*, 2012;2:38–45.
- Bergner A, Beyer R, Klapp BF, & Rauchfuss M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 29: 105–113.
- Blackmore ER, Côté-Arsenault D, Tang W, Glover V, Evans J, Golding J, O'Connor TG. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry*, 2011;198:373–8.
- Bicking Kinsey C, Baptiste-Roberts K, Zhu J, Kjerulff KH. Effect of multiple previous miscarriages on health behaviors and health care utilization during subsequent pregnancy. *Womens Health Issues*, 2015;25:155–1561.
- Couto ER, Couto E, Vian B, Gregorio Z, Nomura ML, Zaccaria R, Passini Junior R. Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *Sao Paulo Medical Journal*, 2009;127:185–9.
- Craig M, Tata P, & Regan L. (2002). Psychiatric morbidity among patients with recurrent miscarriage. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 23: 157–64.
- Geller PA, Kerns D, & Klier CM. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: a review of the literature and future directions. *J Psychosom Res*, 56:35–45.
- Gong X, Hao J, Tao F, Zhang J, Wang H, Xu R. Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: data from the C-ABC study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2013;166:30–6.

- Hamama L, Rauch SA, Sperlich M, Defever E, Seng JS. Previous experience of spontaneous or elective abortion and risk for posttraumatic stress and depression during subsequent pregnancy. *Depress Anxiety*, 2010;27:699–707.
- Lok IH, &Neugebauer R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *BestPract Res Clin ObstetGynaecol*, 21: 229–47.
- Lok IH, Yip AS, Lee DT, Sahote D, Chung TK. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *FertilSteril*, 2010;93:1966–75.
- Mevorach-Zussman N, Bolotin A, Shalev H, Bilenco N, Mazor M, Bashiri A. Anxiety and deterioration of quality of life factors associated with recurrent miscarriage in an observational study. *J Prenatal Med*, 2012;40:495–501.
- Nynas J, Narang P, Kolikonda MK, &Lippmann S. (2015). Depression and anxiety following early pregnancy loss: recommendations for primary care providers. *Prim Care Companion CNS Disord*, 17(1).
- Rai R, Regan L. Recurrent miscarriage. *Lancet*, 2006;368:601–11.
- Sugiura-Ogasawara M, Suzuki S, Ozaki Y, Katano K, Suzumori N, &Kitaori T. (2013). Frequency of recurrent spontaneous abortion and its influence on further marital relationship and illness: the Okazaki Cohort Study in Japan. *J ObstetGynaecol Res*, 39: 126–131.
- Woods-Giscombe CL, Lobel M, Crandell JL. The impact of miscarriage and parity on patterns of maternal distress in pregnancy. *Res Nurs Health*, 2010; 33:316–28.
- World Health Organization; WHO, 2015
- Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. *Acta PsychiatrScand*, 1983;67:361–70.
- กฤตพร เมืองพร้อม. (2563). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคทางนรีเวช ประจำปี 2560–2563. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต, จังหวัดภูเก็ต.
- เขมจิรา ท้าวน้อย. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัย บูรพา จังหวัดชลบุรี
- ที่มำทางคลินิกสูตินรีเวชกรรมและที่มำทางคลินิกกุมารแพทย์. (2560). เกณฑ์อายุครรภ์สำหรับวินิจฉัยการแท้ง รายงานการประชุมที่มำทางคลินิกกุมารแพทย์. ครั้งที่ 1 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2560 ณ ห้องประชุมกลุ่มงานกุมารเวช ชั้น 4 อาคารบ้านคุณพุ่ม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต.
- ปิยรัตน์ เอี่ยมคง, ธัชณัฏ พันตรา, และพิมลพร ธิชากรณ์ (บรรณาธิการ). (2563). รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2560. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.