

615-01  
01-21

ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิด

18 S.F. 2539

ปริญาพนธ์

ของ

ร้อยตำรวจเอกหญิง อรพรรณ สุมานัส

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการ

ศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ

เมษายน 2539

ลิขสิทธิ์ เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปี 2539

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาใบปริญญาบัตรฉบับนี้แล้ว เห็นสมควร  
รับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ  
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุม

..... *Prasanna* ..... ประธาน  
(พศ.ประจักษ์ เก้าฉิม)

..... *Prasanna* ..... กรรมการ  
(พศ.มยุรี กุลแพทย์)

คณะกรรมการสอบ

..... *Prasanna* ..... ประธาน  
(พศ.ประจักษ์ เก้าฉิม)

..... *Prasanna* ..... กรรมการ  
(พศ.มยุรี กุลแพทย์)

..... *Prasanna* ..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม  
(พศ.ถิศาวิทย์ เกษมเนตร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญาบัตรฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... *Prasanna* ..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย  
(ดร.ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่... 25... เดือน... เมษายน... พ.ศ. 2539...

## ประกาศคุณูปการ

บริณญาณิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต คำนิมิต และผู้ช่วยศาสตราจารย์มยุรี กุลแพทย์ ที่ได้ให้ความรู้ ข้อคิดเห็น คำแนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำวิจัยด้วยความเอาใจใส่ตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร และคณาจารย์ภาคจิตวิทยาทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณมารดาที่คลอบุตรในโรงพยาบาลตำรวจทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสัมภาษณ์ ขอขอบพระคุณ พันตำรวจเอก นายแพทย์ วิบูลย์ วัฒนายากร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ร้อยตำรวจเอก ธนะวัฒน์ สุมานัส ที่เป็นกำลังใจ ให้ความสนับสนุน และช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน ตลอดจนคุณแม่ และพี่ ๆ น้อง ๆ ที่ได้ให้กำลังใจตลอดมา

ท้ายที่สุด ขอขอบคุณ คุณสหัส โธชา ที่ช่วยพิมพ์บริณญาณิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงสมบูรณ์ และขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องอีกหลายท่านที่มาได้กล่าวไว้วันที่ได้ด้วย

ร้อยตำรวจเอกหญิง อรพรรณ สุมานัส

## สารบัญ

บทที่	หน้า
1	บทนำ ..... 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ..... 1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย ..... 5 ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า ..... 6 ตัวแปรในการศึกษา ..... 6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย ..... 8
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ..... 12 การตั้งครรภ์ ..... 12 พัฒนาการภายในครรภ์ ..... 13 อายุครรภ์ ..... 16 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ ..... 17 การคลอด ..... 36 การคลอดก่อนกำหนด ..... 37 การคลอดครบกำหนด ..... 39 เปรียบเทียบพัฒนาการระหว่าง เด็กที่คลอดก่อนกำหนดและ เด็กที่คลอดครบ กำหนด ..... 41 พัฒนาการ ..... 42 พัฒนาการทางด้านร่างกาย ..... 43 พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด ..... 45 สุขภาพของเด็กแรกเกิด ..... 48 สมมติฐานของการวิจัย ..... 54
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า ..... 56 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ..... 56

บทที่	หน้า
วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง .....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	57
ลักษณะของเครื่องมือ .....	57
การหาคคุณภาพของเครื่องมือ .....	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	63
<b>4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....</b>	<b>65</b>
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล .....	65
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	66
<b>5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ .....</b>	<b>133</b>
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	133
สมมติฐานของการวิจัย .....	133
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า .....	134
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	135
สรุปผลการวิจัย .....	135
อภิปรายผล .....	139
ข้อเสนอแนะ .....	148
<b>บรรณานุกรม .....</b>	<b>151</b>
<b>ภาคผนวก .....</b>	<b>160</b>
<b>ประวัติย่อของผู้วิจัย .....</b>	<b>169</b>

## บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงประเภททารกที่คลอดจากครรภ์มารดาตามอายุครรภ์ .....	17
2	แสดงคะแนนแอฟการ์และอาการแสดง .....	51
3	แสดงการตรวจและการให้คะแนนระบบเอปิจี .....	52
4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรชีวสังคม .....	66
5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรจิตลักษณะ .....	68
6	แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างรวม .....	69
7	ค่าสถิติพื้นฐานของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิด ในมารดาที่มีอายุต่างกัน .....	70
8	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของ เด็กแรกเกิดในมารดาที่มีอายุต่างกัน .....	72
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เป็นรายคู่ในมารดาที่มีอายุต่างกัน .....	74
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิด ในมารดาที่มีอายุต่างกัน .....	75
11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านความยาวเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดใน มารดาที่มีอายุต่างกัน .....	76
12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะเป็นรายคู่ของเด็ก แรกเกิดในมารดาที่มีอายุต่างกัน .....	77
13	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิด ในมารดาที่มีอายุต่างกัน .....	78
14	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายโดยรวมเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดใน มารดาที่มีอายุต่างกัน .....	79
15	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดที่ประเมินจากคะแนนเฉลี่ย แอฟการ์จำนวนครั้งที่ 5 ในมารดาที่มีอายุต่างกัน .....	80

16	ค่าสถิติพื้นฐานของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของ เด็กแรกเกิด ในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน .....	81
17	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของ เด็กแรกเกิดในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน .....	83
18	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ เป็นรายคู่ ในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัว ต่างกัน .....	85
19	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านน้ำหนัก เป็นรายคู่ของ เด็กแรกเกิด ในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน .....	86
20	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านความยาว เป็นรายคู่ของ เด็กแรกเกิด ในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน .....	87
21	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้าน เส้นรอบศีรษะ เป็นรายคู่ของ เด็ก แรกเกิดในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน .....	88
22	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้าน เส้นรอบอก เป็นรายคู่ของ เด็กแรกเกิด ในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน .....	89
23	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายโดยรวม เป็นรายคู่ของ เด็กแรกเกิด ในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน .....	90
24	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพ เป็นรายคู่ของ เด็กแรกเกิด ที่ประ เหมินจากคะแนนเฉลี่ย 앎พการันนาที่ที่ 1 ในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน .....	91
25	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพ เป็นรายคู่ของ เด็กแรกเกิด ที่ประ เหมินจากคะแนนเฉลี่ย แอฟการันนาที่ที่ 5 ในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน .....	92
26	ค่าสถิติพื้นฐานของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของ เด็กแรกเกิด ในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน .....	93
27	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของ เด็กแรกเกิดในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน .....	95
28	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ เป็นรายคู่ ในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ...	97

29	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะ เป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน .....	98
30	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอก เป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน .....	99
31	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายโดยรวม เป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน .....	100
32	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน .....	101
33	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีทัศนคติต่อการมีบุตรต่างกัน .....	103
34	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ต่างกัน .....	105
35	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงต่างกัน .....	107
36	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยต่างกัน .....	109
37	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการมีบุตร ระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดกับมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด .....	111
38	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดกับมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด .....	112
39	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง ระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดกับมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด .....	113
40	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดกับมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด .....	114
41	การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์อายุครรภ์ .....	115

42	การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านน้ำหนัก ของเด็กแรกเกิด .....	117
43	การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านความยาว ของเด็กแรกเกิด .....	119
44	การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบ ศีรษะของเด็กแรกเกิด .....	120
45	การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอก ของเด็กแรกเกิด .....	122
46	การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์พัฒนาการทางกายโดยรวมของ เด็กแรกเกิด .....	124
47	การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์เรานาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิด .....	126
48	การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์เรานาที่ที่ 5 ของเด็กแรกเกิด .....	128
49	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่คลอดก่อนกำหนดและที่คลอดครบกำหนด จำแนกตามลักษณะชีวสังคม .....	129
50	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่คลอดก่อนกำหนดและที่คลอดครบกำหนด จำแนกตามจิตลักษณะ .....	131

## บทที่ 1

### บทนำ

#### บทนำ

ประเทศที่จะเจริญก้าวหน้าได้ต้องอาศัยทรัพยากรต่าง ๆ ในประเทศ ซึ่งได้แก่ทรัพยากรธรรมชาติและทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรธรรมชาติ ได้แก่ แร่ ธาตุ น้ำ ดิน ป่าไม้ ฯลฯ ส่วนทรัพยากรมนุษย์ คือ มนุษย์หรือบุคคลที่อยู่ในวัยต่าง ๆ ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพในด้านต่าง ๆ กัน ทรัพยากรมนุษย์เป็นทรัพยากรที่มีค่าและสำคัญที่สุดของประเทศ เพราะว่ามันุษย์จะเป็นผู้ใช้ทรัพยากรธรรมชาติให้เกิดประโยชน์ ดังนั้น มนุษย์จึงควรได้รับการพัฒนาที่ดีตั้งแต่วัยแรกเกิด ประเทศไทยซึ่งอยู่ในระยะกำลังพัฒนา จำเป็นต้องอาศัยมนุษย์หรือบุคคลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูง เพื่อพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติต่าง ๆ ของชาติให้เจริญก้าวหน้าต่อไป ดังนั้นจึงต้องเตรียมคนในช่วงระยะวัยต่าง ๆ สำหรับรับช่วงงานต่อไป โดยเฉพาะในวัยเด็กเป็นวัยที่สำคัญมากที่สุด เป็นวัยที่จะสืบทอดทุกสิ่งทุกอย่างไปสู่วัยผู้ใหญ่ เด็กจึงเป็นบุคคลที่ควรจะทำให้ความสนใจและเอาใจใส่ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าเด็กเป็นบุคคลคนหนึ่ง การศึกษาเรื่องเด็กจึงมีความสำคัญมาก เพราะเชื่อว่าการเข้าใจธรรมชาติของเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์ การดูแลสุขภาพและความเจริญเติบโตของเด็กตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนถึงวัยรุ่น ทำให้เด็กได้พัฒนาทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างเต็มที่ จะช่วยเตรียมเด็กให้เป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ สามารถดำรงชีวิตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ต่อครอบครัว และประเทศชาติต่อไปในอนาคต

แต่เดิมนั้น เราให้ความสำคัญกับการกินครรภ์ค่อนข้างน้อย และมักให้ความสนใจเฉพาะสุขภาพของทารกและมารดาเท่านั้น ปัจจุบันวิทยาการที่ก้าวหน้าทำให้ทราบว่า ทารกนั้นสามารถรับรู้และมีพัฒนาการทางสมองที่มีผลต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ตั้งแต่ออยู่ในครรภ์ ซึ่งผู้ที่เป็นบิดามารดาเด็กควรตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องดังกล่าว และสามารถพัฒนาลูกน้อยทั้งในด้านสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาตั้งแต่ออยู่ในครรภ์ตลอดจนถึงในระบะแรกคลอด

ชีวิตาหม่ของมนุษย์จะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อมีการปฏิสนธิ เมื่อปฏิสนธิแล้วจะเกิดเป็นเซลล์เดี่ยวแล้ว มีการแบ่งตัวออกไปเป็นล้านเซลล์ ทาหน้าที่แตกต่างกันออกไปเพื่อดำรงความเป็นมนุษย์ในระยะที่มีการแบ่งเซลล์และเจริญเติบโตในครรภ์มารดาเป็นระยะที่มีความสำคัญมากที่สุดในชีวิต

เนื่องจากมีอิทธิพลต่าง ๆ ที่สามารถรบกวนและขัดขวางการเจริญเติบโตของทารก สุขภาพของทารกแรกเกิดนั้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับสุขภาพของมารดาในขณะตั้งครรภ์และภายหลังคลอด ถ้ามารดามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทารกที่เกิดมาก็จะมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และมีการเจริญเติบโตเป็นปกติ แต่ถ้ามารดามีภาวะหรือโรคเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ เช่น มีปัญหาการขาดสารอาหาร มีการติดเชื้อต่าง ๆ มีความคิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ ครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น ก็จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กในครรภ์และภายหลังคลอดได้ (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. 2528 : 8)

งานของชีววิทยา การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรแสดงถึงการท้าทายที่สูงสุดของระบบสืบพันธุ์สตรี แม้ว่า การตั้งครรภ์จะเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของมนุษย์ แต่ก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทางสรีรวิทยามากมาย และการเปลี่ยนแปลงตามปกตินี้อาจกลายเป็นความผิดปกติได้เกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การที่จะให้ทารกมีคุณภาพความเป็นจะต้องทราบถึงปัจจัยบางประการที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกด้วย ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดใน เรื่องเหล่านี้มีความสำคัญมากเพราะหากผู้ตั้งครรภ์ให้ความสำคัญหรือดูแลปัจจัยที่กำหนดคุณภาพเหล่านี้ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยทำให้ทารกในครรภ์มีคุณภาพอย่างยิ่งเป็นผลให้ทารกที่คลอดออกมาสมบูรณ์แข็งแรงด้วย (ปราณีต สวัสดิรักษา. 2524 : 244) เมื่อพิจารณาถึงแนวความคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ จะพบว่า มีปัจจัยบางประการที่ก่อให้เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบที่จะเกิดกับทารกที่อยู่ในครรภ์มารดา เพราะทารกที่อยู่ในครรภ์จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกเมื่อแรกเกิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกที่คลอดก่อนกำหนด จะมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและมีอัตราตายสูงกว่าทารกคลอดครบกำหนด เนื่องจากความคิดปกติและความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะต่าง ๆ ทั้งทางด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา ความไม่สมบูรณ์เหล่านี้ทำให้อัตราตายของทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าอัตราตายของทารกที่คลอดครบกำหนดถึง 3 เท่า (สุวชัย อินทรประเสริฐ. 2531 : 217) ทารกคลอดก่อนกำหนดมีอัตรารอดแปรตามอายุในครรภ์และน้ำหนักแรกเกิด ทารกที่มีอายุในครรภ์และน้ำหนักตัวใกล้เคียงทารกปกติมากจะรอดได้มาก ทารกคลอดก่อนกำหนดที่รอดตายจะพบว่า มีอุบัติการณ์ของโรคปัญญาอ่อนและโรคทางจิตสูงกว่าทารกที่คลอดครบกำหนด (อุรพล บุญประกอบ. 2520 : 50) เมื่อแรกเกิดแม้ว่าทารกคลอดก่อนกำหนดนั้นจะมี

สุขภาพปกติดี แต่พัฒนาการก็จะไม่เท่าทารกที่คลอดครบกำหนด ทารกคลอดก่อนกำหนดมักจะอ่อนแอกว่า รับประทานอาหารยากกว่า ดูแลยากกว่า และการเจริญเติบโตช้ากว่าทารกปกติ (สูวชัย อินทรประเสริฐ. 2531 : 217) แลทแฮมและเฮเลน (Latham and Helen C. 1977 : 19) กล่าวถึงทารกคลอดก่อนกำหนดที่พบในสหรัฐอเมริกาว่ามีเปอร์เซ็นต์ของการตายมากเป็นที่สองของทารกที่ตายทั้งหมดในระยะเวลา 1 เดือน แรกของชีวิต

องค์การอนามัยโลกและสถาบันกุมารเวชศาสตร์แห่งอเมริกา ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า ทารกคลอดก่อนกำหนด คือ ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (ขุนทรัพย์ สัลลกะชาติ. 2525 : 66) สำหรับสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ง่ายคือ มารดาที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอระหว่างตั้งครรภ์ (อารีย์ มหาวรรณ. 2527 : 19) มารดาที่มีอายุต่ำกว่า 17 ปีหรือสูงกว่า 34 ปี มารดาที่มีความกระทบกระเทือนทางร่างกายและจิตใจ มารดาที่มีประวัติคลอดบุตรก่อนกำหนด มารดาที่มีประวัติดื่มเหล้า น้าชาหรือกาแฟเป็นประจำ มารดาที่มีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำขณะตั้งครรภ์ (ดวงพร พรวิทยา. 2529 : 33) กลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มารดาที่ตั้งครรภ์ถี่ และมารดาที่ติดยาเสพติด (กัลยา นาคเพ็ชร. 2528 : 532 - 533) มารดาในกลุ่มนี้จะขาดการดูแลระหว่างตั้งครรภ์และไม่บำรุงสุขภาพ

เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ก่อนที่จะมีการให้กำเนิดทารกบิดามารดามักตั้งความหวังเอาไว้หลายประการเกี่ยวกับเพศของทารกที่จะเกิดมา รูปร่างหน้าตาของทารก รวมทั้งภาวะการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในภวภายในครอบครัว ถ้าทารกเกิดมาสมบูรณ์แข็งแรงก็จะทำให้บิดามารดามีความสุขและสบายใจ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าทารกเกิดมาพร้อมกับมีความผิดปกติ ความหวังที่ตั้งเอาไว้จะถูกทำลายลงทันทีที่ทารกเกิด ความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นแทนความดีใจที่จะได้ทารกใหม่อาจเป็นไปด้วยได้หลายลักษณะ อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ซึ่งแสดงออกมารูปของความรัก ความยุ่งยากใจ อาจจะมีความรู้สึกว่าเป็นความผิดของตนเองที่ทำให้ทารกเกิดออกมามีความผิดปกติ ดังนั้นเพื่อให้ทารกที่คลอดออกมามีความสมบูรณ์แข็งแรงตามที่บิดามารดาตั้งความหวังเอาไว้ จึงควรที่จะได้มีการหาแนวทางในการ

ป้องกันไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด หรือให้มีอุบัติการณ์ของการเกิดลดลง จากการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ ซึ่งปราณีต สวัสดิรักษา (2524 : 245) ได้จำแนกปัจจัยดังกล่าวนี้เป็นปัจจัยพื้นฐานหรือปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยอื่น ๆ สำหรับปัจจัยพื้นฐานหรือปัจจัยภายในนั้น ได้แก่ อายุของมารดา จำนวนครั้งของการคลอด ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเจ็บป่วยของมารดาขณะตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งก่อน ส่วนปัจจัยนอกหรือปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาของมารดา ฐานะเศรษฐกิจ ทักษะคิดต่อการมีบุตร การปฏิบัติตัวของมารดาขณะตั้งครรภ์ เช่น การฝากครรภ์ ภาวะโภชนาการ การสูบบุหรี่ การใช้ยาและสารเคมีต่าง ๆ การพักผ่อน รวมทั้งจิตใจและอารมณ์ของมารดาด้วย ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเรื่องที่น่าสนใจต่อการศึกษาว่าจะมีผลกระทบต่ออายุครรภ์ของทารก และจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกที่คลอดออกมาอย่างไรบ้าง

สุขภาพของเด็กแรกเกิดนั้นมีความสำคัญ จากสถิติสาธารณสุขพบว่ามียุติการเจ็บป่วยและการตายของเด็กแรกเกิดสูงกว่าวัยอื่น ๆ ถ้าเด็กแรกเกิดมีสุขภาพดีก็จะมีอาการเจ็บป่วยเฉื่อยและพัฒนาการที่เป็นปกติต่อไป การมีสุขภาพดีเป็นความจริงเป็นพื้นฐานซึ่งไม่เพียงแต่มีความสำคัญเฉพาะกับตัวเด็กแรกเกิดเท่านั้น แต่ยังมีความสำคัญต่อครอบครัวและประเทศชาติด้วย เพราะเด็กแรกเกิดจะต้องเติบโตเป็นผู้ใหญ่และเป็นประชากรของประเทศชาติต่อไปในอนาคต องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ได้แก่ กรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม กรรมพันธุ์หมายถึงลักษณะที่สามารถถ่ายทอดความคล้ายเหมือนจากพ่อแม่บรรพบุรุษ ซึ่งจะติดตัวมาตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิ เราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับกรรมพันธุ์ได้ ดังนั้นกรรมพันธุ์จึงเป็นส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้สุขภาพของบุคคลดีมาตั้งแต่เริ่มต้น เพราะความคิดปกติและโรคต่าง ๆ ก็สามารถถ่ายทอดไปสู่ลูกหลานได้ ถ้าพันธุกรรมไม่ดี โอกาสที่บุคคลจะมีสุขภาพดีก็มีน้อยหรืออาจไม่มีเลยก็ได้ ดังนั้น ผู้มีพันธุกรรมดีจึงนับว่ามีรากฐานการเริ่มต้นด้านสุขภาพที่ดีและมั่นคง สำหรับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กแรกเกิดที่สำคัญได้แก่ สิ่งแวดล้อมก่อนเกิด ซึ่งประกอบด้วยสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสวัสดิภาพต่าง ๆ ของมารดาในขณะที่ตั้งครรภ์ และระหว่างคลอด (อาภรณ์ สงคะกุล.

2527 : 2) สุขภาพและพัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดดูได้จากค่าเฉลี่ยของคะแนน แอปการ์ การชั่งน้ำหนัก วัดความยาว เส้นรอบศีรษะและเส้นรอบอก น้ำหนักแรกเกิด เป็นดัชนีที่แสดงถึงความสมบูรณ์ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายมาประมาณ 50 กว่าปีแล้ว ในทารก ที่คลอดครบกำหนดจะมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,500-3,000 กรัม ส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนัก ตัวน้อยจะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยปกติแล้วภาวะคลอดก่อนกำหนดและ น้ำหนักตัวน้อยมักเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 7 วันหลังคลอด พบว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย จะตายมากกว่าทารกแรกเกิด ปกติถึง 22 เท่า ส่วนอัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 28 วันหลังคลอด พบว่า 2 ใน 3 ของทารกที่ตายเป็นทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเช่นกัน (สูมาลี อารีเอ้อ. 2526 : 1)

จากที่กล่าวมานี้ จะเห็นได้ว่าสุขภาพของเด็กแรกเกิดนั้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับ อายุครรภ์และสุขภาพของมารดาในขณะตั้งครรภ์ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิด โดยเลือก ศึกษาปัจจัยบางประการเท่านั้น ปัจจัยที่เลือกมาทำการศึกษาคือได้แก่ ทักษะต่อการมีบุตร ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ประสิทธิภาพชีวิตที่รุนแรง อายุมารดา ฐานะเศรษฐกิจ การศึกษาของมารดา และจำนวนครั้งของการครรภ์ ซึ่ง จะทำการศึกษาค้นคว้าปัจจัยเหล่านี้ในมารดาที่คลอดครบกำหนดและมารดาที่คลอดก่อนกำหนด เพื่อ นำการศึกษาที่ได้มาสู่ว่าปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องอย่างไรกับอายุครรภ์ พัฒนาการทาง กายและสุขภาพของเด็กแรกเกิด และจะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความคล้ายคลึงกันและ แตกต่างกันในอายุครรภ์มารดาที่ต่างกัน ซึ่งในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลและมีหน้าที่โดยตรงใน การดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนด จะได้นำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด และสุขภาพ ของเด็กแรกเกิดตามตัวแปรทางชีวสังคม ได้แก่ อายุของมารดา ฐานะเศรษฐกิจ การศึกษา

ของมารดา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และตัวแปรทางจิตลักษณะ ได้แก่ ทัศนคติต่อการมีบุตร ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง และการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติต่อการมีบุตร ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง และการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ระหว่างมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดกับมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนด

3. เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์อายุครรภ์ พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดและสุขภาพของเด็กแรกเกิด

4. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มย่อยที่แยกตามตัวแปรทางชีวสังคม และตามตัวแปรทางจิตลักษณะ

#### ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ทำใหทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิด ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่กำลังจะมีบุตรในอันที่จะนำความรู้ไปป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดและผลกระทบต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ นอกจากนี้ข้อมูลดังกล่าวยังจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาลในอันที่จะนำข้อมูลเหล่านี้ไปแนะนำหรือเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้ที่กำลังจะเป็นมารดา

#### ตัวแปรในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ตัวแปรชีวสังคมและภูมิหลัง และตัวแปรจิตลักษณะ

1. ตัวแปรชีวสังคม ได้แก่

1.1 อายุของมารดา แบ่งเป็น

1.1.1 อายุน้อยกว่า 20 ปี

1.1.2 อายุ 20-35 ปี

1.1.3 อายุมากกว่า 35 ปี

- 1.2 ฐานะเศรษฐกิจ แบ่งเป็น
  - 1.2.1 ฐานะเศรษฐกิจต่ำ
  - 1.2.2 ฐานะเศรษฐกิจปานกลาง
  - 1.2.3 ฐานะเศรษฐกิจสูง
- 1.3 การศึกษาของมารดา แบ่งเป็น
  - 1.3.1 ประถมศึกษา
  - 1.3.2 มัธยมศึกษา
  - 1.3.3 อุดมศึกษา
- 1.4 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น
  - 1.4.1 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์น้อย
  - 1.4.2 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มาก
2. ตัวแปรจิตลักษณะ ๖ ได้แก่
  - 2.1 ทักษะติดต่อการมีบุตร แบ่งเป็น
    - 2.1.1 ทักษะที่ดีต่อการมีบุตร
    - 2.1.2 ทักษะที่ไม่ดีต่อการมีบุตร
  - 2.2 ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ แบ่งเป็น
    - 2.2.1 ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย
    - 2.2.2 ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก
  - 2.3 ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง แบ่งเป็น
    - 2.3.1 ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อย
    - 2.3.2 ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก
  - 2.4 การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย แบ่งเป็น
    - 2.4.1 การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อย
    - 2.4.2 การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก

### ตัวแปรตาม ได้แก่

1. อายุครรภ์
2. พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด ซึ่งประกอบด้วย พัฒนาการทางกายด้านน้ำหนัก ด้านความยาว ด้านเส้นรอบศีรษะ และด้านเส้นรอบอก
3. สุขภาพของเด็กแรกเกิด ซึ่งประกอบด้วย สุขภาพที่ประเมินจากคะแนนออพการ์วันนาทที่ 1 และวันนาทที่ 5

### นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. **ชีวสังคม** หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับชีววิทยาหรือสังคมวิทยาของมารดา ซึ่งได้แก่ อายุมารดา สถานะเศรษฐกิจ การศึกษาของมารดา และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
  - 1.1 **อายุมารดา** หมายถึง อายุเต็มของมารดาที่นับถึงวันเกิดครั้งสุดท้าย เป็นปี แบ่งเป็น
    - 1.1.1 อายุต่ำกว่า 20 ปีลงมา
    - 1.1.2 อายุอยู่ในช่วง 20-35 ปี
    - 1.1.3 อายุสูงกว่า 35 ปี
  - 1.2 **สถานะเศรษฐกิจ** หมายถึง รายได้ต่อเดือนของครอบครัวมารดา แบ่งเป็น
    - 1.2.1 **สถานะเศรษฐกิจต่ำ** หมายถึง รายได้ของครอบครัวไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม
    - 1.2.2 **สถานะเศรษฐกิจปานกลาง** หมายถึง รายได้ของครอบครัวพอใช้
    - 1.2.3 **สถานะเศรษฐกิจสูง** หมายถึง รายได้ของครอบครัวพอใช้ เหลือเก็บ
  - 1.3 **การศึกษาของมารดา** หมายถึง ระดับการศึกษาของมารดาที่ได้รับ แบ่งเป็น
    - 1.3.1 **ประถมศึกษา** หมายถึง ระดับประถมศึกษาปีที่ 7 ลงมา
    - 1.3.2 **มัธยมศึกษา** หมายถึง ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือมัธยมศึกษาปีที่ 1-5 เดิม ปวช. ปวส.
    - 1.3.3 **อุดมศึกษา** หมายถึง ระดับปริญญาตรีขึ้นไป

1.4 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ หมายถึง จำนวนของการตั้งครรภ์ในอดีตจนถึงปัจจุบัน แบ่งเป็น

1.4.1 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์น้อย หมายถึง การตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 1-2 ครั้ง

1.4.2 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มาก หมายถึง การตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป

2. จิตลักษณะ หมายถึง ลักษณะทางจิตใจของมารดา ซึ่งได้แก่ ทักษะต่อการมีบุตร ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง และการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย

2.1 ทักษะต่อการมีบุตร หมายถึง ความรู้สึกของมารดาที่มีต่อบุตรในครรภ์ ในลักษณะชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ โดยวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าเป็นผู้มีทัศนคติที่ดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า ทักษะต่อการมีบุตรแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ

2.1.1 ทักษะที่ดีต่อการมีบุตร หมายถึง คะแนนทัศนคติเหนือค่าเฉลี่ยขึ้นไป

2.1.2 ทักษะที่ไม่ดีต่อการมีบุตร หมายถึง คะแนนทัศนคติต่ำกว่าค่า

เฉลี่ยลงมา

2.2 ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ หมายถึง สภาวะที่มารดาไม่มีความรู้สึกไม่สบายวิตกว่าจะมีอะไรที่เป็นอันตรายเกิดขึ้น หวาดกลัว มีความบ่งยากเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ โดยวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าเป็นผู้ที่มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์แบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ

2.2.1 ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก หมายถึง คะแนนความวิตกกังวลเหนือค่าเฉลี่ยขึ้นไป

2.2.2 ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย หมายถึง คะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าค่าเฉลี่ยลงมา

2.3 ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง หมายถึง ประสบการณ์ที่รุนแรงที่ก่อให้เกิดความกระทบกระเทือนต่อร่างกายหรือจิตใจ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน เช่น

สมาชิกในครอบครัวเสียชีวิต การสูญเสียคนรัก การถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรง การป่วยหรือประสบอุบัติเหตุเข้าโรงพยาบาล แห้งบุตร คลอดก่อนกำหนดหรือครบกำหนดแต่ทารกเสียชีวิต ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ เลิกกับสามี เป็นต้น โดยวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ

2.3.1 ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก หมายถึง คะแนนประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงเหนือค่าเฉลี่ยขึ้นไป

2.3.2 ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อย หมายถึง คะแนนประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยลงมา

2.4 การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย หมายถึง การปฏิบัติตนของมารดาในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งได้แก่ การรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงจากโรคติดต่อ การใช้ยารักษาโรค การหลีกเลี่ยงเพศติดและการฝากครรภ์ โดยวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าเป็นผู้ที่มี การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ

2.4.1 การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก หมายถึง คะแนนการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยเหนือค่าเฉลี่ยขึ้นไป

2.4.2 การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อย หมายถึง คะแนนการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยลงมา

3. อายุครรภ์ หมายถึง ระยะเวลาที่เด็กอยู่ในครรภ์นับตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนกระทั่งคลอดนับเป็นสัปดาห์ ในกรณีที่มีการตั้งครรภ์สิ้นสุดลงก่อนกำหนด คืออยู่ในระหว่างอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ เรียกว่า ครรภ์คลอดก่อนกำหนด และในกรณีที่มีการตั้งครรภ์สิ้นสุดลงในช่วงอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ เรียกว่า ครรภ์คลอดครบกำหนด

4. พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด หมายถึง ขนาดและสัดส่วนของร่างกายเด็กที่วัดจากความยาว เส้นรอบศีรษะ และเส้นรอบอก เป็นเซนติเมตร และน้ำหนัก เป็นกรัม

5. สุขภาพของเด็กแรกเกิด หมายถึง สภาวะทางกายของเด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนนแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 และในนาที่ที่ 5 ตามลักษณะทางคลินิก 5 อย่าง ได้แก่ ลักษณะสีผิวของเด็ก อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ และการตอบสนองของเด็กเมื่อถูกกระตุ้น

6. อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด หมายถึง จำนวนเด็กคลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพ  
ของเด็กแรกเกิด ผู้วิจัยขอแนะนำ สอนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. การตั้งครรภ์
2. พัฒนาการภายในครรภ์
3. อายุครรภ์
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์
5. การคลอด
6. การคลอดก่อนกำหนด
7. การคลอดครบกำหนด
8. เปรียบเทียบพัฒนาการระหว่างเด็กที่คลอดก่อนกำหนดและเด็กที่คลอดครบกำหนด
9. พัฒนาการ
10. พัฒนาการทางด้านร่างกาย
11. พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด
12. สุขภาพของเด็กแรกเกิด

#### การตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ หมายถึงการเริ่มต้นชีวิตใหม่ของมนุษย์ที่เกิดจากการผสมกันระหว่างเซลล์  
สืบพันธุ์ของเพศหญิงกับเซลล์สืบพันธุ์ของเพศชายซึ่งเรียกว่าการปฏิสนธิ เมื่อปฏิสนธิแล้วจะเกิดเป็น  
เซลล์เดี่ยวแล้วมีการแบ่งตัวออกไปเป็นล้าน ๆ เซลล์ เซลล์ที่เกิดขึ้นใหม่นี้จะค่อย ๆ รวมกันก่อ  
ร่างเป็นอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเรียกว่าตัวอ่อน (Embryo) ซึ่งเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว  
และจะอยู่ในครรภ์ของมารดาประมาณ 280 วันหรือ 40 สัปดาห์

งานของชีววิทยา การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรแสดงถึงการทำหน้าที่สูงสุดของระบบ  
สืบพันธุ์สตรี แม้ว่าการตั้งครรภ์จะเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของมนุษย์ แต่ก็ได้มีการเปลี่ยนแปลง  
แปลงของร่างกายทางสรีรวิทยามากมาย และการเปลี่ยนแปลงตามปกตินี้อาจกลายเป็นความคิด

ปกติได้ เช่นปกติหญิงมีครรภ์จะต้องมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเจริญเติบโตของทารกและ อวัยวะบางอย่างของมารดา ตลอดจนส่วนประกอบของน้ำในหลอดเลือด แต่ถ้าน้ำหนักเพิ่มเร็วเกินไปหรือมากเกินไป การเปลี่ยนแปลงนี้ก็จะถือว่าเป็นการผิดปกติ และจะต้องระมัดระวัง เกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (เทียมศร ทองสวัสดิ์. 2531 : 195 - 196) ในระยะตั้งครรภ์เป็นช่วงที่ผู้หญิงไวต่อการเตรียมตัวที่จะเป็นมารดา ทั้งนี้เนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงด้านรูปร่างและการได้สัมผัสกับทารกในครรภ์จากการคืบของทารก ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกนึกคิด ความคาดหวังต่อทารกและเริ่มมีสัมพันธภาพกับบุตร เมื่อถึงระยะใกล้คลอด หญิงตั้งครรภ์จะมีการเตรียมตัว ปรับตัวเองต่อตำแหน่งและฐานะใหม่ในการเป็นมารดา (Rubin. 1970 : 502 - 508) และจากการศึกษาของเชอเรฟสกี พลอตสกี และล็คดแมน (Shereshefsky, Plotsky and Lockman. 1974 : 74) พบว่าในช่วงตั้งครรภ์ ถ้าหญิงตั้งครรภ์สามารถพัฒนาตนเองเพื่อที่จะดูแลบุตร และสามารถมองเห็นภาพพจน์ในความเป็นมารดาได้อย่างชัดเจน ก็สามารถทำนายได้ว่าการปรับตัวต่อการเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์จะเป็นไปในทางที่ดี ครอบเฉย (Cropley. 1974 : 14 - 15) กล่าวว่าการที่มารดาจะยอมรับตนเองตามฐานะใหม่ และประสบผลสำเร็จงานการปรับตัวตามบทบาทใหม่ ฐานะมารดาได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความรู้สึกนึกคิดของมารดาในระยะก่อนคลอด ซึ่งจะ เป็นแรงผลักดันให้มารดาเกิดความคาดหวังและยอมรับตนเองตามบทบาทใหม่ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถรับรู้ต่อการตั้งครรภ์ ก็มักจะเกิดความรู้สึกคับข้องใจต่อฐานะการเป็นมารดา และเกิดความล้มเหลวในการปรับตัวตามบทบาทใหม่ มีผลทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับทารกในระยะหลังคลอด

### พัฒนาการภายในครรภ์

พัฒนาการภายในครรภ์ (ศรีธเนศ คาริสุข. 2525 : 80 - 84) แบ่งออกเป็น

3 ระยะคือ

1. ระยะปฏิสนธิ (Period of Fertilization) เริ่มตั้งแต่วินาทีที่สเปิร์มและไข่ผสมกัน จนกระทั่งถึงระยะฝังตัวที่ผนังมดลูก (Implantation)

2. ระยะตัวอ่อน (Embryo) เริ่มประมาณ 2-8 สัปดาห์ เป็นระยะสำคัญที่มีการพัฒนาส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

3. ระยะชีวิตาใหม่ (Fetus) เป็นระยะที่แสดงถึงความเติบโตอย่างสมบูรณ์ของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งรายละเอียดในแต่ละระยะมีดังนี้

1. ระยะปฏิสนธิ หลังจากเซลล์พันธุ์ของเพศชายคือสเปิร์ม (Spermatozoa) ผสมกับเซลล์พันธุ์ของเพศหญิง (Ovum) แล้วกลายเป็นไซโกต (Zygote) ไซโกตจะดำรงชีวิตอยู่โดยอาศัยอาหารจากไข่แดง (Yolk) ของไข่ ไซโกตจะเดินทางไปในโพรงมดลูก (Uteri Cavity) ระหว่างเดินทางมีการเปลี่ยนแปลงเรื่อย ๆ คือมีการแบ่งตัวเรื่อย ๆ แบ่งแบบทวีคูณจนกระทั่งมีลักษณะกลมขรุขระ ระยะนี้กินเวลา 5-7 วัน แล้วจะเคลื่อนที่ไปภายในโพรงมดลูก และจะไปฝังตัวอยู่ในมดลูก ซึ่งเรียกว่าเดซิดูวา (Decidua) ระยะนี้มดลูกจะมีการเตรียมตัวอยู่แล้ว การเตรียมตัวนี้มีหลายกระบวนการ เช่น หลอดโลหิตและผนังมดลูกจะขยายตัวเป็น 3 ชั้น ประกอบด้วยชั้นบน ชั้นกลางที่อ่อนนุ่มคล้ายฟองน้ำ และชั้นล่างเป็นชั้นฐาน การทำหน้าที่เตรียมตัวรับไข่ที่ถูกผสมแล้วดังกล่าวถูกควบคุมโดยฮอร์โมน 2 ชนิดคือ เอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ขณะนี้มดลูกจะขยายใหญ่และหนามากขึ้น ระยะนี้กินเวลาดังแต่ปฏิสนธิจนกระทั่งไซโกตฝังตัวประมาณ 2 สัปดาห์

2. ระยะตัวอ่อน เริ่มหลังจากที่ไซโกตเข้าไปฝังอยู่ในมดลูกเรียบร้อยแล้ว จะได้รับอาหาร น้ำ อากาศ โดยผ่านทางรก (Placenta) และผ่านพ่อนมายังสายสะดือ (Umbilical Cord) มายังตัวอ่อน รกก็คือผนังมดลูกที่เปลี่ยนแปลงไป ปกติจะมีลักษณะกลมและแบน เส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 9 นิ้ว และมีน้ำหนักประมาณ 500 กรัม มีหลอดโลหิตเกิดขึ้นภายในมากมาย หน้าที่ของรกมีดังต่อไปนี้คือ

- (1) นำอาหารมาให้ทารกในระหว่างตั้งครรภ์
- (2) เกี่ยวข้องกับการหายใจ เพราะที่เด็กอยู่ในครรภ์ ปอดไม่ทำงาน

เด็กจะรับออกซิเจนของแม่โดยผ่านทางรก

- (3) แลกเปลี่ยนสิ่งขับถ่าย
- (4) ป้องกันเชื้อโรคบางชนิดไม่ให้ผ่านจากแม่ไปสู่เด็ก

นอกจากนี้ยังมีถุงน้ำคร่ำ (Amniotic Sac) ล้อมรอบตัวอ่อน ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้อง ดังนี้คือ

1. ป้องกันการกระทบกระเทือนจากภายนอกเข้าสู่ทารก
2. ช่วยรักษาระดับอุณหภูมิ
3. ช่วยให้ตัวอ่อนเคลื่อนไหวได้ตลอด

สายสะดือ (Umbilical Cord) ซึ่งอยู่ระหว่างรกกับตัวอ่อน มีความยาวจากสะดือของทารกไปจนถึงรก คิดเฉลี่ยแล้วยาว 50 เซนติเมตร ภายในสายสะดือจะมีเส้นเลือดแดง 2 เส้น นำเลือดเสียผ่านไปยังรกและเส้นเลือดดำ 1 เส้น นำเลือดดีจากแม่เข้าสู่ตัวอ่อน สายสะดือจึงมีหน้าที่เป็นทางผ่านของของเสีย น้ำ อากาศ จากทารกไปยังแม่

การพัฒนาการของระยะตัวอ่อน หลังจากไข่ตกเกิดการเจริญและแบ่งตัวกลายเป็นตัวอ่อน แล้วตัวอ่อนก็จะแบ่งเยื่อชั้นนอกออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. ชั้นนอก (Ectoderm) เป็นการพัฒนาการของผิวหนัง ผม เล็บ ต่อมผิวหนัง และประสาทสัมผัสทุกส่วน สิ่งทีพัฒนาได้เร็วที่สุดได้แก่ศีรษะ
2. ชั้นกลาง (Mesoderm) ได้แก่ การพัฒนาของเยื่อภายในผิวหนัง กล้ามเนื้อ ระบบหายใจ และระบบขับถ่าย
3. ชั้นใน (Endoderm) ได้แก่ การพัฒนาของระบบย่อยอาหาร นอกจากนี้ยังรวมถึงส่วนอื่น ๆ ได้แก่ หลอดลม ปอด ตับ และต่อมน้ำลาย

ระยะตัวอ่อนจัดว่าเป็นระยะที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นระยะที่มีการสร้างอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ถ้ามารดาได้รับการกระทบกระเทือนหรือรับประทานอาหารบางชนิดเข้าไป อาจทำให้ทารกที่ออกมาไม่สมบูรณ์หรืออาจเกิดการแท้งได้

3. ระยะชีวิตใหม่ ประมาณ 8 สัปดาห์หลังจากการผสมเป็นต้นไปในระยะก่อนคลอด ตัวอ่อนเป็นแต่เพียงลอรยอู่ในของเหลวเท่านั้น ระยะนี้ตัวอ่อนเริ่มมีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้าแล้ว เช่น ทารกจะแสดงอาการเคลื่อนไหวเป็นต้น การพัฒนาในระยะนี้จะเป็นไปในทางเพิ่มความยาวของลำตัว อวัยวะเคลื่อนไหวก็จะเพิ่มขึ้นตามลำดับ

ปลายเดือนที่ 3 เด็กจะมีความยาวประมาณ 3 นิ้ว หนักประมาณ 3/4 ออนซ์ แขน ขา มือ และเท้าจะเป็นรูปร่างขึ้นอย่างเต็มที่ กล้ามเนื้อเจริญอย่างรวดเร็ว เปลือกตาและเล็บจะปรากฏอวัยวะเริ่มก่อรูปร่าง ระบบประสาทยังง่ามสมบูรณ์ หน้ากว้างเล็กน้อย เปลี่ยนแปลงทางจมูก ปาก และลำคอ ในระยะนี้ผิวหนังจะขนมาก เนื่องจากไขมันไม่เพียงพอ

เดือนที่ 4 เนื้อหนังจะแน่นขึ้นและเป็นสีชมพูจัด

เดือนที่ 5 จะมีผมปรากฏอยู่ที่ศีรษะ เริ่มได้ยินเสียงเด่นของหัวใจ

เดือนที่ 6 ลำตัวยาวประมาณ 1 ฟุต หนักประมาณ 20 ออนซ์ ส่วนใหญ่จะมีอวัยวะครบถ้วนแล้ว หลังจากระยะนี้ก็เป็นการขยายส่วนยาวของลำตัวและเพิ่มน้ำหนัก

เดือนที่ 7 จะเพิ่มน้ำหนักมากขึ้น ถ้าเด็กเกิดระยะนี้โอกาสจะมีชีวิตรอดเพียง 50%

เดือนที่ 8 ลำตัวยาวประมาณ 40 เซนติเมตร น้ำหนักประมาณ 1,735 กรัม

เดือนที่ 9 เพิ่มน้ำหนักมากขึ้นอีกเล็กน้อย

### อายุครรภ์

อายุครรภ์ หมายถึง ระยะเวลาที่ทารกอยู่ในครรภ์มารดานับตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนกระทั่งคลอด ปกติระยะเวลาที่อยู่ในครรภ์ ประมาณ 270-280 วัน หรือ 9 เดือน

แลฟรานคอยส์ (Lafrancois. 1980 : 122) ได้จัดประเภททารกที่คลอดจากครรภ์มารดาตามอายุครรภ์ตามตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 แสดงประเภททารกที่คลอดจากครรภ์มารดาตามอายุครรภ์

ประเภท	เวลา	น้ำหนักเฉลี่ย
แท้ง (Abortion)	ก่อนสัปดาห์ที่ 20	น้อยกว่า 500 กรัม
คลอดไม่ถึงวุฒิภาวะ (Immature Birth)	สัปดาห์ที่ 20-สัปดาห์ที่ 28	500-999 กรัม
คลอดก่อนกำหนด (Premature Birth)	สัปดาห์ที่ 29-สัปดาห์ที่ 36	1,000-2,499 กรัม
คลอดครบกำหนด (Mature Birth)	สัปดาห์ที่ 37-สัปดาห์ที่ 42	อย่างน้อย 2,500 กรัม
คลอดเกินกำหนด (Postmature Birth)	หลังสัปดาห์ที่ 42	-

ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ จะพบว่าบางปัจจัยมีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์โดยตรง แต่บางปัจจัยมีผลต่อระยะเวลาที่ทารกอยู่ในครรภ์ ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด หรืออายุครรภ์น้อยกว่าปกติ ทารกที่คลอดตามกำหนดจะต้องมีอายุครรภ์เท่ากับ  $40 \pm 2$  สัปดาห์ โดยคำนวณจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายจนถึงวันคลอด (Pritchard, 1980 : 923)

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์

สุขภาพของเด็กแรกเกิดนั้น มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระยะเวลาที่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา ทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาได้ครบกำหนด เมื่อคลอดออกมาก็ย่อมมีสุขภาพดี ในทางตรงข้ามถ้าทารกมีระยะเวลาอยู่ในครรภ์มารดาน้อยหรือที่เรียกว่าคลอดก่อนกำหนด ก็จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของทารกด้วย ดังนั้นอายุครรภ์จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของทารกแรกเกิด จากการศึกษาเอกสารจำนวนมาก พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ดังต่อไปนี้

## 1. อายุของมารดา

จากการศึกษาวิจัยหลายแห่งพบว่า มารดาที่ตั้งครรภ์และคลอดเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี หรือสูงกว่า 30 ปีขึ้นไป จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการตั้งครรภ์และการคลอดสูงกว่ามารดาที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ทั้งนี้เนื่องจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี การเจริญของระบบสืบพันธุ์ทั้งทางด้านกายวิภาคและสรีรวิทยายังไม่สมบูรณ์เต็มที่ ส่วนมากมารดาที่มีอายุเกิน 30 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิน 35 ปีขึ้นไป จะมีอัตราเสี่ยงภัยเพิ่มมากขึ้นตามอายุของมารดา เนื่องจากการปิดกั้นของช่องทางคลอดไม่ดีและตัวคลอดเป็นครรภ์แรกก็จะทำให้คลอดลำบากและมีอันตรายต่อมารดา และทารกมากขึ้นด้วย มารดาที่มีอายุมากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ เช่น โลหิตจาง รกเกาะต่ำ มดลูกแตก และตกเลือดหลังคลอดได้มาก ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาแล้วยังทำให้ทารกเสี่ยงต่อการเกิดโรครีฟ เกิดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าปกติรวมทั้งมีการเจ็บป่วยในระยะหลังเกิดและวัยทารกได้สูงอีกด้วย (กรณีการณ์ วิจิตรสุนทร. 2528 : 10 - 11) มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีหรือสูงกว่า 35 ปี มีอัตราส่วนที่จะมีลูกปัญญาอ่อนมากกว่ามารดาที่มีอายุตั้งแต่ 20-35 ปี ในมารดาที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์มากกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า และการคลอดก็จะคลอดยากกว่า จึงมักจะต้องใช้เครื่องมือช่วยในการคลอดหรือไม่ก็ต้องผ่าตัดออกทางหน้าท้อง (อารี เพชรมุด. 2528 : 51) และยังพบว่าอัตราตายของมารดาสูงกว่าปกติถึง 5-6 เท่า (ปราณีต สวัสดิรักษา. 2524 : 245)

การศึกษาของ มณีรัตน์ ภาคฐป (2526 : 77) เกี่ยวกับการรับรู้บทบาทการเป็นมารดาของหญิงมีครรภ์ พบว่า หญิงมีครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป มีการรับรู้บทบาทการเป็นมารดาดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีอายุ 20 ปีและต่ำกว่า

เออแบช (Auerbach. 1966 : 38 - 39) กล่าวว่า เด็กที่เกิดนอกสมรสมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมักจะเกิดกับเด็กวัยรุ่น ซึ่งเป็นปัญหาของสังคมที่กำลังได้รับความสนใจจากทุกระดับวิชาชีพและองค์การต่าง ๆ หญิงนอกสมรสเหล่านี้มักจะประสบปัญหาต่าง ๆ เช่น คลอดบุตรก่อนกำหนด เด็กที่เจ็บป่วยไม่แข็งแรงและอัตราตายของเด็กสูง

คาร์โลล์ เครนชอร์ (Carlyle Crenshaw. 1973 : 469) ได้ทำการวิจัยที่แผนกสูติศาสตร์ มหาวิทยาลัยดุค (Duke University) โดยสำรวจรายงานมารดาในระยะ

20 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950-1969 มีมารดาคลอดทั้งหมด 28,837 ราย พบมารดาที่มีรกเกาะขวางทางคลอด 106 ราย หรือเท่ากับ 271 : 1 มารดาที่มีอายุมากและในครรภ์หลังมีอันตรายมากที่สุด มารดาประมาณ 50% สามารถได้รับการรักษาให้พ้นอันตรายได้ โดยการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง 42% และช่วยโดยวิธีอื่น 58% แต่อัตราตายของมารดาและทารกสูงถึง 37% เนื่องจากมีโลหิตออกมากและการที่ทารกคลอดก่อนกำหนด

เลิร์ช (Lerch. 1974 : 94) กล่าวว่า การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น ส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่มีการเตรียมตัวมาก่อน หญิงวัยรุ่นส่วนใหญ่จะยังไม่มีความคิดหรือความเข้าใจในบทบาทการเป็นมารดา ไม่พร้อมในการเลี้ยงดูทารก มีความรู้สึกว่าการเป็นครรภ์ทำให้ตนเองพบกับความลำบาก ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ และมักจะเกิดความรู้สึก วิตกกังวล สูญเสีย โกรธ อับอาย ไม่สนใจในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์

โอลด์ และคณะ (Old and Others. 1980 : 335) ได้ให้ความเห็นว่า สตรีอายุ 18 ปี แม้จะมีความสมบูรณ์ทางเพศอย่างเพียงพอ แต่สตรีเหล่านี้ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเพียงพอในการที่จะรับบทบาทการเป็นมารดา และเผชิญต่อความรับผิดชอบได้ ดังนั้น สตรีอายุ 18 ปี หรือต่ำกว่า จึงไม่ใช่อายุที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์

## 2. ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด และลำดับที่ของบุตร

มารดาที่ตั้งครรภ์ถี่เกินไป และคลอดห่างกันน้อยกว่า 1 ปี จะมีอัตราเสี่ยงภัยของมารดาและทารกสูงกว่ามารดาที่มีระยะห่างของการตั้งครรภ์ระหว่าง 2-4 ปี ทั้งนี้เนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดที่ถี่เกินไป จะทำให้สุขภาพของมารดาเสื่อมทรमลง โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่เป็นชาวชนบทหรือฐานะยากจน ซึ่งมีสุขภาพไม่ค่อยดีอยู่แล้ว จะพบว่ามีปัญหาโลหิตจางและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เกิดขึ้นมาก ซึ่งจะมีผลให้ทารกในครรภ์ได้รับอาหารไม่เพียงพอ น้ำหนักแรกเกิดจึงต่ำกว่าปกติ เกิดการคลอดก่อนกำหนด และทำให้ทารกแรกเกิดมีอัตราการเจ็บป่วยและตายสูง นอกจากนี้ทารกก็จะได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมมารดาสั้นลง เนื่องจากมารดาตั้งครรภ์ใหม่ ทำให้ทารกได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าไม่เพียงพอ จึงเกิดปัญหาทางโภชนาการและการติดเชื้อได้ง่าย และจากการศึกษาจำนวนครั้งของการคลอด พบว่า มารดาที่คลอดครั้งที่ 2

และ 3 มีอัตราเสี่ยงภัยจากการคลอดน้อยกว่าครั้งแรก และครั้งที่ 4 ขึ้นไป (กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร. 2528 : 11) อย่างไรก็ตาม เยรูซาลมาย (Yerushalmy. 1938 : 210 - 224) ได้ศึกษาพบว่า ทั้งอายุ ครรภ์ที่ และจำนวนครั้งของการคลอดมีผลต่อการตั้งครรภ์ แต่เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองปัจจัยนี้ พบว่าอายุของมารดามีผลต่อการตั้งครรภ์มากกว่าครรภ์ที่ และจำนวนครั้งของการคลอด

นางลักษณ์ บุญภาค (2519 : 7) กล่าวว่า ระยะห่างระหว่างการมีบุตรควรจะมีกำหนด 2-3 ปี เพื่อให้มารดามีสุขภาพสมบูรณ์เต็มที่ การมีบุตรถี่เกินไป อัตราตายของมารดาและทารกก็สูงขึ้น เพราะสุขภาพของมารดาต้องทรุดโทรม เนื่องจากต้องเสียโลหิตไปครั้งละมาก ๆ ในการคลอดบุตรแต่ละครั้ง ทำให้มารดาโลหิตจาง บุตรตายระหว่างคลอดหรือคลอดก่อนกำหนดได้มาก

มณีรัตน์ สุภชติรัตน์ (2534 : 24) กล่าวว่า ลำดับที่ของการมีครรภ์มีผลต่อพัฒนาการในระยะมีครรภ์ การคลอดและพัฒนาการของทารก สำหรับมารดาที่มีบุตรคนแรกการไหลเวียนของโลหิตระหว่างมดลูกกับรกค่อนข้างช้ากว่าเมื่อมีครรภ์บุตรคนต่อไป ตัวอ่อนจะเจริญเติบโตช้ากว่าและการคลอดบุตรจะเป็นไปด้วยความยากลำบากกว่า ดังนั้นสำหรับทารกที่เป็นบุตรคนแรกอาจมีรูปร่างที่ค่อนข้างเล็กกว่าบุตรคนอื่น ๆ

ดอนเนลลี (Donnelly. 1960 : 663 - 671) ศึกษาพบว่า บุตรที่เกิดจากการตั้งครรภ์ครั้งแรกจะตายมากกว่าบุตรที่เกิดจากการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2, 3, 4 และอัตราตายของทารกจะเพิ่มขึ้นอีกในบุตรที่เกิดจากการตั้งครรภ์ครั้งที่ 5 ขึ้นไป

### 3. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งก่อน

การตั้งครรภ์และการคลอดตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งก่อน ๆ มีผลต่อการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน เช่น ประวัติการแท้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแท้งเป็นนิสัย (การแท้งที่ติดต่อกัน 3 ครั้งขึ้นไป) ซึ่งอาจจะเกิดจากความผิดปกติของปากมดลูก ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องแล้วก็อาจจะทำให้เกิดการแท้งหรือการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์นี้ได้ หรือประวัติการมีเลือดออกก่อนคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเคยมีเลือดออกที่เกิดจากรกเกาะต่ำหรือรกขวางทางในครรภ์ก่อน มักมีแนวโน้มที่จะเกิดในครรภ์ปัจจุบัน และความรุนแรงมักจะเพิ่มมากกว่าในครรภ์ก่อน ๆ (ปราณีต สวัสดิ์รักษา. 2527 : 247)

สุชัย อินทรประเสริฐ (2531 : 220) กล่าวว่า ผู้ที่เคยแท้ง 2 ครั้งขึ้นไป โดยเฉพาะผู้ที่ทำแท้งบ่อย ๆ เมื่อปล่อยให้ตั้งครรภ์อาจจะคลอดก่อนกำหนดได้ และมารดาที่เคยคลอดก่อนกำหนด 1 ครั้ง ในครรภ์ต่อไปมีโอกาสจะคลอดก่อนกำหนดมากถึง 1 ใน 4 และถ้าเคยคลอดก่อนกำหนด 2 ครั้งขึ้นไป จะมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดถึง 1 ใน 2 นับว่ามีอัตราเสี่ยงสูงมาก

#### 4 ฐานะเศรษฐกิจและสังคม

มารดาและทารกที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีอัตราการเจ็บป่วยและตายน้อยกว่ามารดาและทารกที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ เนื่องจากครอบครัวมีรายได้ต่ำไม่อาจหาซื้อเครื่องอุปโภคและบำรุงความเป็นอยู่ได้ รายได้ทั้งหมดต้องใช้เป็นค่าอาหาร แต่ก็อาจจะไม่เพียงพอทำให้เสี่ยงต่อภาวะการขาดอาหาร หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับอาหารอย่างเพียงพอจะมีสุขภาพไม่แข็งแรง ขาดพลังสำรองที่จะใช้ในการสร้างน้ำนมให้แก่บุตรอย่างเต็มที่ ทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าปกติ และมีโอกาสเสียชีวิตในวัยทารกมากขึ้นเป็น 3 เท่าของทารกเกิดปกติ โอมราน (Omran, 1974 : 6 - 13) สำหรับประเทศไทยประชากรส่วนใหญ่อ้อยละ 82.9 อยู่ในชนบท และร้อยละ 71.1 อยู่ในเขตเทศบาล และประชากรส่วนใหญ่อ้อยละ 82.9 โดยเฉพาะกลุ่มเกษตรกร ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน รวมทั้งมารดาและทารกส่วนใหญ่อ้อยละของประเทศ (กรณิการ์ วิจิตรสุนทร. 2528 : 15)

ฐานิต อิศรเสนา ณ อยุธยา (2525 : 111) กล่าวว่า เด็กที่มาจากครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีส่วนสูงดีกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะยากจนได้ถึง 2-5 เซนติเมตร แต่ความแตกต่างของน้ำหนักมีไม่มาก เพราะพวกที่มีเศรษฐกิจยากจนมีความกว้างของกระดูก กล้ามเนื้อและความหนาของไขมันมากกว่า

มาร์โลว์ อาร์ โดโรธี (Marlow R. Dorothy, 1965 : 114) กล่าวว่า กลุ่มมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและในกลุ่มมารดาที่ขาดความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองขณะตั้งครรภ์ ทำงานหนัก และได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมการคลอดก่อนกำหนด ในกลุ่มมารดาที่มีฐานะยากจน เนื่องจากไม่มีเงินจะซื้อหาอาหารมาบริโภค

ทำให้เกิดปัญหาการขาดอาหารเรื้อรัง สุขภาพทรุดโทรมมีการเจ็บป่วยบ่อย ๆ หรือเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน ซึ่งการขาดอาหารและการเจ็บป่วยของมารดาจะกระทบกระเทือนต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

โจนส์ (Jones. 1965 : 196 - 202) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางสังคมกับผลของการตั้งครรภ์ พบว่ามารดาที่อยู่ในฐานะทางสังคมระดับต่ำ ทารกจะคลอดก่อนกำหนด ซึ่งทำให้มีอัตราการตายในอายุต่ำกว่า 7 วัน สูงกว่ามารดาที่อยู่ในฐานะทางสังคมสูงกว่า

จากการศึกษาของ ปาเปแวนเกิลู (Papaevangelou. 1973 : 527) พบว่ามารดาที่อยู่ในสังคมระดับสูง (คือมีรายได้สูง การศึกษาสูง และมีอาชีพอยู่ในตำแหน่งระดับบริหาร) จะให้กำเนิดทารกที่มีสุขภาพแข็งแรง และมีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่ามารดาที่อยู่ในสังคมระดับต่ำ (คือ มีรายได้น้อย การศึกษาน้อย และมีอาชีพประเภทใช้แรงงาน)

## 5 การศึกษาของมารดา

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะในระยะตั้งครรภ์ ถ้ามารดามีความรู้และปฏิบัติถูกต้องในระยะตั้งครรภ์ ขณะคลอด ภายหลังคลอด และเลี้ยงดูทารกแรกเกิดได้อย่างถูกต้องแล้ว มารดาและทารกแรกเกิดก็จะมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ในทางตรงกันข้าม ถ้ามารดามีความรู้ไม่ถูกต้อง ก็ย่อมก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพอนามัย การเจ็บป่วยและตายของมารดาและทารกได้ (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. 2528 : 14) ประเทศไทยมีประชากรส่วนใหญ่อยู่นานเขตชนบท และมีการศึกษาต่ำ จากสถิติของกระทรวงศึกษาธิการปี 2521 พบว่า มีประชากรกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 7-12 ปี) สามารถเข้ารับการศึกษาระบบการศึกษาได้ 92.77% มีประชากรกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 13-16 ปี) เพียง 30.77% เท่านั้นที่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และเพียง 5% ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 17-19 ปี) ได้มีโอกาสศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การศึกษาของประชากรของประเทศยังคงอยู่ในระดับต่ำ และการที่มีการศึกษาต่ำนั้น ทำให้ความรู้ที่จะเป็นพื้นฐานการประกอบอาชีพต่ำไปด้วย ความเข้าใจเหตุผล ความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีต่อตัวเองก็จะอยู่บนขอบเขตจำกัด ความเข้าใจเรื่องโรค ปัญหาความเจ็บป่วย การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพอนามัยก็จะอยู่ในวงจำกัด (พุทธนา สุขสมิตติ. 2525)

ปราณีต สวัสดิรักษา (2524 : 249) กล่าวว่า ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีความรู้สูงจะเข้าใจถึงการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัว ตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงของตนเอง มีการชวนชวนหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งมีผลทำให้อัตราการป่วยและอัตราการตายของทั้งมารดา ทารกลดลง และต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ในระดับต่ำ

แอนดรู บี คอทท์ และ อาร์เธอร์ ที พอร์ท (Andrew B. Dott and Arthur T. Fort. 1975 : 847 - 853) ได้วิเคราะห์การตายของทารก พบว่าอัตราตายของทารกในอายุต่ำกว่า 28 วัน และสูงกว่า 28 วัน พบมากในมารดาที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งขาดความรู้ในการเลี้ยงดูทารก

แมร์ (Mare. 1982 : 539 - 546) ได้วิเคราะห์การตายของทารกละเอียดลง ไปอีกจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการศึกษา มารดาที่มีการศึกษาสูง ฐานะทางเศรษฐกิจจะสูงด้วย ส่วนมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำการศึกษาจะต่ำด้วย และพบอัตราตายของทารกในอายุต่ำกว่า 28 วัน มากในมารดาที่มีฐานะ เศรษฐกิจและสังคมระดับต่ำ

#### 6. สภาวะทางโภชนาการ

โภชนาการของมารดาทั้งในระยะก่อนการตั้งครรภ์ ระหว่างมีครรภ์ และหลังการคลอดบุตรเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การรับประทานอาหารไม่พอ ขาดธาตุอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายมากเรียกว่าทุพโภชนาการ มีผลต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์และทำให้ด้อยทางสติปัญญา การขาดธาตุอาหารสำคัญเพียงชนิดเดียวในระหว่างมีครรภ์อาจมีผลต่อพัฒนาการของทารก เช่น มารดาที่เป็นโรคไทรอยด์ ขาดธาตุไอโอดีน อาจทำให้ทารกมีความพิการทางสมอง เป็นน้ำขี้ หน้าบวม และการเจริญเติบโตชะงัก (มณีรัตน์ สุภษิณีรัตน์. 2534 : 19) ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีสภาวะความเป็นอยู่ดี ไม่อยู่ภาวะการขาดอาหารหรือมีการบกพร่องของเอนไซม์และโคเอนไซม์ที่ช่วยในการย่อยและดูดซึมอาหาร จะมีอัตราการป่วยและอัตราตายของมารดา และทารกต่ำกว่ากลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการ (ปราณีต สวัสดิรักษา. 2524 : 250) การขาดอาหาร วิตามิน หรือแร่ธาตุบางอย่างในขณะตั้งครรภ์ ถ้าเป็นอย่างเฉียบพลันจะหายเป็นปกติได้ แต่ถ้าเป็นอย่างเรื้อรัง

จะมีผลต่อการเจริญเติบโต ทำให้ทารกในครรภ์ตัวเล็กกว่าอายุ (ชวานิต อิศรเสนา ณ อยุธยา. 2525 : 110) อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการเจริญเติบโต และพัฒนาการตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์จนถึงระยะวัยรุ่น เช่น ระยะตั้งครรภ์ถ้าแม่ขาดอาหารจากความเชื่อหรือมีปัญหาทางฐานะ เศรษฐกิจ จะทำให้ทารกในครรภ์ขาดอาหารไปด้วย ซึ่งอาจมีผลต่อการเจริญของสมองเด็ก ถ้าขาดอาหารอย่างรุนแรงอาจทำให้สมองเล็กกว่าปกติ ซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้ (ศรีกัลยา ภิญาญสมสร. 2532 : 32)

อมรา จันทราภานนท์ (2512 : 375) กล่าวว่า การตั้งครรภ์เป็นระยะที่มีการเจริญเติบโตเกิดขึ้นในร่างกายและทารกในครรภ์ย่อมต้องการสารอาหารจากมารดา เพื่อนำมาบำรุงร่างกายให้เติบโต ผลการให้อาหารครบชนิดและพอกับจำนวนตามความต้องการสำหรับสตรีมีครรภ์ได้ทำการศึกษานในแคนาดา คือ ในสตรีมีครรภ์จำนวน 380 คน ได้จัดแบ่งสตรีพวกนี้ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งคงให้รับประทานอาหารไปอย่างเดิม อีกกลุ่มหนึ่งเพิ่มอาหารพวกนี้ นม ไข่ ส้ม มะเขือเทศ เนยแข็ง ปรากฏว่าในสตรีที่นำได้อาหารเพิ่มมีจำนวนมากกว่าครึ่งมีอาการโลหิตจาง แท้งบุตร คลอดก่อนกำหนด ทารกตายในครรภ์ การที่จะให้ทารกมีอนามัยสมบูรณ์และมารดามีสุขภาพดีนั้น ย่อมต้องอาศัยอาหารบริโภคของมารดาเป็นสำคัญ อาหารจะต้องพอในจำนวนและมีสารอาหารครบชนิดตามความต้องการ ทั้งในขณะที่ตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์และหลังจากคลอด

เสาวนีย์ จักรพิทักษ์ (2520 : 10) กล่าวว่า มีหลักฐานยืนยันว่า มารดาที่มีภาวะโภชนาการที่ดีก่อนการตั้งครรภ์จะมีโรคภัยไข้เจ็บหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดบุตรก่อนกำหนดน้อยกว่ามารดาที่มีภาวะโภชนาการไม่ดีก่อนการตั้งครรภ์

จากการศึกษาของ นางนุช บุญเกียรติ (2524 : 65) พบว่าในระหว่างตั้งครรภ์มารดาที่รับประทานอาหารน้อยกว่าเดิมและรับประทานอาหารเท่าเดิม มีอัตราการเกิดทารกน้ำหนักน้อยสูง

#### 7. ภาวะการเจ็บป่วยของมารดาขณะตั้งครรภ์

การติดเชื้อ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นในมารดาระหว่างการตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดผลต่อทารกในครรภ์ได้แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเชื้อ ระยะเวลาของการติดเชื้อ และความแข็งแรงของทารกในครรภ์ โดยปกติทารกในครรภ์จะมีความสามารถใน

การกำจัดเชื้อโรคได้น้อย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของทารกยังไม่สมบูรณ์ และทารกไม่สามารถป้องกันการกระจายของเชื้อไปยังเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทารกในครรภ์อาจจะได้รับเชื้อโดยผ่านทางรก หรือย้อนขึ้นไปทางปากมดลูกผ่านเยื่อหุ้มทารกในกรณีที่ถุงน้ำแตกก่อนคลอด หรือได้รับเชื้อตอนผ่านช่องคลอดโดยที่มารดามีการติดเชื้อในช่องคลอดอยู่ก่อนแล้ว เมื่อทารกในครรภ์ได้รับเชื้อผลที่ตามมาอาจจะมีหลายอย่าง ได้แก่ แท้ง ตายคลอด คลอดก่อนกำหนด ความพิการแต่กำเนิด หรือเป็นโรคหลังจากคลอดแล้ว เชื้อที่ทำให้เกิดอาจจะเป็นได้ทั้งไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา และโปรโตซัว (พองคา ทิลกสกุลชัย. 2528 : 43) ตัวอย่างโรคที่เกิดจากการติดเชื้อและทำให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ หัดเยอรมัน จีฬิส เป็นต้น

วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา (2522 : 141 - 149) ศึกษาประวัติเด็กตายคลอด พบว่าในระยะ 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2517-2521 มีเด็กตายคลอดคิดเป็น 8.7 ต่อทารกที่เกิดมีชีวิต 1,000 คน ร้อยละ 16 ตายเพราะมารดามีโรคแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรม และร้อยละ 15.8 มารดามีโรคแทรกซ้อนด้านสูติกรรม

จากการศึกษาของเอดเวิร์ดและคณะ (Edwards, L.E., et, al. 1978 : 132) พบว่าร้อยละ 12.3 ของมารดาที่ติดเชื้อโรคนิเรียว (Gonorrhea) คลอดทารกก่อนกำหนด

โรคประจำตัว หญิงตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพดี สมบูรณ์ แข็งแรง ทารกก็จะมีสุขภาพแข็งแรงด้วย ในทางตรงกันข้าม ถ้ามารดามีโรคประจำตัวด้วยแล้ว จะทำให้สุขภาพไม่สมบูรณ์ ประกอบกับมีการตั้งครรภ์ขึ้น ซึ่งการตั้งครรภ์นี้จะทำให้การเผาผลาญในร่างกายมีมาก ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ จะมีผลให้สุขภาพของมารดาเลวลง โดยเฉพาะมารดาที่เป็นโรคหัวใจ เบาหวาน โรคไต อยู่ก่อนแล้ว ส่วนใหญ่จะพบว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่มีสภาวะโรคประจำตัวดังกล่าวมักจะคลอดก่อนกำหนด มีอัตราป่วยและอัตราตายสูงกว่ามารดาที่มีสุขภาพสมบูรณ์ (ปราณีต สวัสดิรักษา. 2524 : 247 - 248)

ศรีสมบูรณ์ อ่วมกุล (2521 : 154 - 155) กล่าวว่า โรคเบาหวานมีอุบัติการณ์สูงในสตรีที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปีมากกว่าสตรีที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปีถึง 5 เท่า มักจะเกิดกับสตรีที่อ้วนและมีประวัติทางครอบครัวเป็นเบาหวาน ทารกจะมีขนาดใหญ่แต่มักจะคลอดก่อนกำหนด และจะตายด้วยการกระทบกระเทือนระหว่างคลอดและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

อันสเตด (Ounsted. 1980) กล่าวว่า ภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการคลอดก่อนกำหนด การเพิ่มขึ้นของการอักเสบเรื้อรังแรกเกิดน้ำหนักน้อย และการเสียชีวิตของทารกแรกคลอด และจากการศึกษาของกรูเนวาลด์ (Grunewald. 1966 : 94) พบว่าการคลอดทารกก่อนกำหนดในมารดาที่มีความดันโลหิตสูงจะสูงกว่ามารดาที่มีความดันโลหิตปกติถึง 2-5 เท่า รวมทั้งพบว่า ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตช้าและมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากผลของความดันโลหิตสูงทำให้ปริมาณของเลือดที่ไหลไปสู่รกลดลง

มิลเลอร์และโบเวน (Miller and Bowen. 1967 : 300) ได้กล่าวว่า หญิงมีครรภ์เป็นซิฟิลิสโดยไม่รักษาก่อนการตั้งครรภ์ 5 เดือน จะมีผลทำให้เด็กตายในครรภ์ และคลอดก่อนกำหนดได้ ทารกสามารถได้รับเชื้อจากมารดาโดยทางรก ถ้าหากทารกที่คลอดมามีชีวิตอยู่จะเป็นซิฟิลิสตั้งแต่กำเนิด ซึ่งมีลักษณะสังเกตได้โดยผิวหนังมีผื่นแดง บริเวณฝ่าเท้าจะเป็นเม็ดพองน้ำพุทไฟหล จาม เจาะโลหิตจะพบเชื้อที่ท้าวให้เกิดโรคนี้คือ เชื้อทรอปันมา พัลลิดุม (Treponema Pallidum) โรคนี้รักษาได้ แต่ควรจะตรวจโลหิตของมารดาตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์เพื่อรักษาได้ทัน่วงที

นิสวานเดอร์ (Niswander. 1968 : 89) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสถิติการตายของทารกสรุปได้ดังนี้ ในจำนวนหญิงตั้งครรภ์ 327 คน ซึ่งเป็นโรคหัวใจที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีทั้งแม่และเด็กปรากฏว่า สถิติการตายของแม่และเด็กลดลง แต่จำนวนของเด็กที่คลอดก่อนกำหนดเพิ่มมากขึ้นกว่าที่คาดไว้เนื่องจากเด็กได้รับอันตรายจากการขาดออกซิเจน

บราวน์และดิกซอน (Brown and Dixon. 1978) มารดาที่เป็นโรคหัวใจชนิดไซยาโนติก ฮาร์ท ดิสซิส (Cyanotic Heart Disease) จะก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ อนุบัติ-การณการตายของทารกในครรภ์และการอักเสบเรื้อรังแรกเกิดน้ำหนักน้อยในมารดาที่เป็นโรคหัวใจสูงกว่าในมารดาที่มีหัวใจปกติ

ซาเคอร์และมิทช์ (Zacur and Mitch. 1977 : 61 - 86) กล่าวว่า มารดาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงที่สูงกว่าปกติได้ จะมีอัตราการคลอดทารกก่อนกำหนด และอัตราการเสียชีวิตของทารกสูงกว่ามารดาที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต

โรคพิษแห่งครรภ์ โรคชนิดนี้ถึงแม้ทราบสาเหตุที่แน่ชัด มักเป็นานระยะท้าย ๆ ของการตั้งครรภ์ พบในครรภ์แรกมากกว่าครรภ์หลัง ๆ เริ่มด้วยการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอาการบวมที่เท้า ต่อมาบวมที่มือและหน้า บัสสาวะน้อยลง ความดันโลหิตสูง และตรวจพบไข่ขาวในบัสสาวะในรายที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนตั้งครรภ์ควรระวังให้มากขึ้น เพราะอาจทำให้ถึงแก่กรรมได้รวมทั้งทารกในครรภ์ มักจะพบใน 3 เดือนสุดท้ายก่อนคลอด (สุชา จันทน์เอม. 2527 : 66 - 69)

สมชาย ลูวีระ (2521 : 49 - 50) ได้กล่าวไว้ว่า การตั้งครรภ์ไม่แต่จะทำให้มีภาวะสืบพันธุ์สตรี มดลูก และเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงไปเท่านั้น อวัยวะอื่น ๆ ก็พลอยเปลี่ยนแปลงไปด้วย บ้างก็เปลี่ยนแปลงในหน้าที่อย่างเดี่ยว บ้างก็เปลี่ยนแปลงทั้งทางหน้าที่และรูปร่างโครงสร้างด้วย แต่ทั้งหมดถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงในแง่สรีรภาพในการตั้งครรภ์เท่านั้น แต่บางครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงมากจนเกินขอบเขตก็จะเข้าสู่พยาธิสภาพ ทำให้เกิดโรคขึ้น

จากการศึกษาของโจนส์ (Jones. 1965 : 196 - 202) พบว่าโรคพิษแห่งครรภ์พบมากในมารดาที่อยู่ในฐานทางสังคมระดับต่ำ และพบในมารดาทุกกลุ่มอายุ

โจสเฟียร์ ไออริโอ (Jose Phere Iorio. 1967 : 69 - 155) ได้กล่าวถึงโรคพิษแห่งครรภ์ว่าเป็นโรคที่พบมากในมารดาที่ครรภ์แรก หรือมารดาที่มีอายุมากในครรภ์แรก และยังมีผลเกี่ยวเนื่องกับฐานะ เศรษฐกิจและกรรมพันธุ์ โรคพิษแห่งครรภ์นี้เป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด ทารกจะเสียชีวิตร้อยละ 10-25

โรคเลือดเข้ากันไม่ได้ ความไม่เข้ากันระหว่างหมู่เลือดของมารดาและทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหมู่เลือดในระบบอาร์เอช (Rh) จะมีผลกระทบที่ร้ายแรงต่อทารกได้มากในกรณีที่มารดามีหมู่เลือดอาร์เอชลบ และทารกในครรภ์มีหมู่เลือดอาร์เอชลบ จะมีผลทำให้ทารกเป็นโรคเม็ดโลหิตแดงถูกทำลายได้ ผลที่ตามมาคืออาการแท้ง การตายคลอด หรือถ้าเด็กรอดชีวิตมาได้ก็จะมีสมองพิการ (ประณต คำจิม. 2526 : 151) โรคนี้พบได้น้อยมากในชาวเอเชีย แต่จากงานวิจัยที่ทดลองกับชาวอเมริกันผิวขาว พบว่า 85% ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทารกมีอาร์เอชเป็นลบเช่นเดียวกับบิดา ส่วนมารดามีอาร์เอชเป็นลบ ในจำนวนของทารกกลุ่มนี้มีเพียง 10% ที่เป็นโรคเลือดเข้ากันไม่ได้ อธิบายได้ว่าองค์ประกอบอาร์เอชเป็นสารโปรตีน

านเม็ดเลือดแดง เมื่อมารดามีอาร์เอชเป็นลบ ขณะที่บุตรมีอาร์เอชเป็นบวก บุตรคนแรกอาจ  
 ามเป็นอันตรายเนื่องจากระบบเลือดของทารกในครรภ์และมารดาแยกส่วนกัน แต่อาจเกิดแก่บุตร  
 คนต่อ ๆ ไป กล่าวคือ การผสมกันของเลือดบางส่วนอาจเกิดขึ้นอันเป็นผลจากการตกเลือดใน  
 ระหว่างการคลอดบุตรคนแรก ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ระบบการสร้างภูมิคุ้มกันของมารดาผลิตสารต่อ  
 ด้านองค์ประกอบอาร์เอชในทันทีหลังจากการให้กำเนิดบุตรคนแรก ดังนั้นเมื่อมารดามีครรภ์บุตร  
 คนที่สองหรือบุตรคนถัดไป สารต่อต้านองค์ประกอบอาร์เอชดังกล่าวจะเข้าสู่รกและทำลายเซลล์  
 เม็ดโลหิตแดงของทารกที่มีอาร์เอชเป็นบวก เซลล์เม็ดโลหิตแดงที่ถูกทำลายจะปล่อยสารพิษออกมา  
 สมองทารกอาจถูกทำลาย ทารกอาจคลอดก่อนกำหนด หรือมีโรคสเป็นโรคโลหิตจางหรือโรค  
 ดีซ่าน (มณีรัตน์ สุภชติรัตน์. 2534 : 21 - 22)

#### 8. การฉายรังสี

รังสี เป็นตัวการสำคัญอันหนึ่งที่ทาให้ทารกเกิดความพิการแต่กำเนิด การได้รับ  
 รังสีในหญิงตั้งครรภ์มิได้หลายทาง เช่น การถ่ายเอกซเรย์หรือฉายรังสีในบริเวณเชิงกรานจาก  
 การวินิจฉัยหรือการรักษา ทารกจะมีความพิการแต่กำเนิดได้ถ้ามารดาได้รับรังสีเมื่ออายุครรภ์  
 ต่ำกว่า 6 สัปดาห์ ซึ่งในบางครั้งมารดาเองก็ยังไม่ทราบว่าตนเองกำลังตั้งครรภ์ ยิ่งได้รับรังสี  
 เมื่ออายุครรภ์น้อยเท่าใดความพิการก็จะยิ่งมากขึ้นเท่านั้น ความพิการแต่กำเนิดที่พบได้บ่อย ได้แก่  
 ความพิการที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง เช่น สีรษะเล็ก ปัญญาอ่อน หรือบางครั้งอาจจะ  
 พบต่อกระดูกได้ (พองศา ติลกสกุลชัย. 2528 : 45)

มณีรัตน์ สุภชติรัตน์ (2534 : 23) กล่าวว่า ถ้ามารดาได้รับรังสีระหว่าง  
 สัปดาห์แรกหลังการปฏิสนธิ รังสีจะทำลายไข่ที่ผสมแล้ว แต่ถ้าไข่ได้รับการผสมแล้วยังมีชีวิตอยู่  
 ก็อาจมีพัฒนาการตามปกติ ถ้าได้รับรังสีในสัปดาห์ที่สอง การเจริญเติบโตของไข่ผสมแล้วจะช้าลง  
 หรือเป็นเหตุให้มีรูปร่างวิบริต ถ้าได้รับรังสีระยะที่ตัวอ่อนกำลังพัฒนา จะเป็นเหตุให้ทารกที่คลอด  
 ออกมาเสียชีวิตในไม่ช้า ถ้าได้รับรังสีระยะที่ตัวแก่กำลังพัฒนา ทารกอาจเป็นโรคเนื้องอกและ  
 โรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาว และการเจริญเติบโตจะไม่เป็นไปตามพัฒนาการตามปกติ

ในปี ค.ศ. 1947 เมอร์ฟี (Murphy) ได้ทาการศึกษาทารก 75 คนที่เกิดจาก  
 มารดาที่้ารังสีเอกซเรย์ระหว่างที่ตั้งครรภ์ ปรากฏว่า 1 ใน 3 ของเด็กเหล่านี้มีความผิดปกติทาง

สมองและทางร่างกายซึ่งไม่สามารถจะหาสาเหตุจากสิ่งอื่นได้ นอกจากการรักษาด้วยเอกซเรย์ 20 ใน 75 คน นี้มีความผิดปกติอย่างรุนแรงในระบบประสาทส่วนกลาง อีก 16 คนเป็นปัญญาอ่อน ชนิดที่เป็นแบบสมองเล็ก อีก 8 คนไม่เจริญเติบโตมีขนาดเล็กมาก ร่างกายบางส่วนพิการ ตามอด

#### 9. ยา

ระบบการไหลเวียนของทารกในครรภ์มีความสัมพันธ์กับระบบไหลเวียนของมารดา อย่างใกล้ชิดโดยการแลกเปลี่ยนผ่านรก สารหรือยาบางอย่างที่มารดาได้รับจะผ่านรกไปสู่ทารกได้ ซึ่งจะทำให้เกิดความพิการหรือการเจริญเติบโตผิดปกติของทารกในครรภ์ หรืออาจมีฤทธิ์รบกวน ทารกในระยะแรกเกิดได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของยาและเวลาที่ได้รับยา ดังนั้นการใช้อย่างใด ใดใน ระยะตั้งครรภ์จึงควรหลีกเลี่ยงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ตัวอย่างของยาที่เป็นที่รู้จักกันอย่าง แพร่หลายว่าทำให้ทารกเกิดมาที่มีความพิการ ได้แก่ ทาลิโดไมด์ (Thalidomide) ซึ่งเป็นยาแก้ คลื่นไส้อาเจียน และเคยใช้ในหญิงแพ้ท้องอยู่ระยะหนึ่ง ผลปรากฏว่ายานี้ทำให้ทารกมีความพิการ ของแขน ขา จำนวนมากมาย (พองศา ตีลกสกุลชัย. 2528 : 40)

แม้ว่ายาสามีฤทธิ์ประจําบ้านจะเป็นยาที่ปลอดภัยสำหรับคนปกติทั่วไป แต่อาจจะเป็น อันตรายมากต่อหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ เพราะยาบางชนิดสามารถซึมผ่านรกเข้าสู่ทารกใน ครรภ์ได้ หญิงมีครรภ์จึงไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง ควรปรึกษาแพทย์ ยาที่เป็นอันตราย ได้แก่ ยาแอสไพริน ยาระบายท้อง ยาแก้หวัด ยาแก้ไอ ยาหยอดจมูก ยาแก้ลมประสาท ยาลดกรด ยาระงับต่าง ๆ รวมทั้งวิตามินต่าง ๆ (มณีรัตน์ สุโขศิริรัตน์. 2534 : 23)

#### 10. สิ่งเสพติด

บุหรี่ หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ สารนิโคตินในควันบุหรี่จะไปทำให้เส้นเลือดของทารก ตีบลง ทำให้การไหลเวียนโลหิตลดน้อยลง ส่วนคาร์บอนมอนอกไซด์จะไปลดปริมาณออกซิเจนใน เลือด ทำให้ทารกในครรภ์ไม่ได้รับเลือดและออกซิเจนเพียงพอ ทำให้ทารกไม่เจริญเติบโตเท่า ที่ควร ซึ่ง อารี เพชรสุด (2528 : 50) กล่าวว่า ทารกในครรภ์ที่มารดาชอบสูบบุหรี่จะ เจริญเติบโตช้ากว่าทารกที่มารดาไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะในช่วงการพัฒนาด้านสัปดาห์ที่ 6 ถึงสัปดาห์ ที่ 8 ยิ่งถ้าแม่ขาดอาหารหรือรับประทานอาหารที่มีคุณภาพต่ำและสูบบุหรี่ด้วยแล้วจะยิ่งมีผลต่อการ เจริญเติบโตอย่างมาก

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สอน อุนากุล (2516 : 8 - 14) ได้กล่าวถึงการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อบุตรในครรภ์ว่า ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 50 อัตราตายของทารกเพิ่มขึ้น 1.6 เท่า น้ำหนักของทารกแรกคลอดต่ำกว่าน้ำหนักของทารกปกติประมาณ 170 กรัม ความยาวของทารกแรกคลอดตลอดจนเส้นรอบศีรษะและช่วงไหล่สั้นกว่าปกติ

จริยาวัตร คมพัตช์ (2521 : 394) กล่าวว่ามีการศึกษาพบว่าวันบวหรี่ในปริมาณที่มากจะทำให้หญิงมีครรภ์ตกเลือดระหว่างการตั้งครรภ์ได้ ซึ่งจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด และจากการวิจัยจะพบอันตรายของการสูบบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ที่มีผลต่อทารก ดังนี้

1. ทารกจะมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ 150-200 กรัม
2. มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด 2-3 เท่า
3. มีโอกาสแท้งมากกว่าปกติ
4. ทารกมีโอกาตายก่อนคลอด หรือภายหลังคลอดใหม่ ๆ มากกว่าปกติ
5. มารดาที่เป็นโรคพิษแห่งครรภ์ ควันบวหรี่จะทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น

สุรา หญิงมีครรภ์ไม่ควรดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ถ้าดื่มเพียงเล็กน้อยนาน ๆ ครั้งไม่พบว่าเกิดอันตราย แต่ถ้าดื่มถึงขนาดมึนเมานั้น นอกจากจะมีแนวโน้มที่เป็นอันตรายต่อมารดาแล้ว ยังเป็นอันตรายต่อทารกด้วย ทารกจะมีอาการที่เรียกว่า พิถีลแอลกอฮอล์ซินโดรม (Fetal Alcohol Syndrome) คือ ลักษณะของใบหน้าผิดปกติ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการประสานงานของกล้ามเนื้อ หัวใจพิการ สมอพิการ มารดาอาจแท้งบุตรหรือทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าปกติ (มณีรัตน์ สุกรีฑิรัตน์. 2534 : 23)

จูไรรัตน์ เตียรสุวรรณ (2523 : 148) กล่าวว่า ได้มีการศึกษาทารกที่คลอดจากมารดาที่ดื่มสุราจัด พบว่า เกิดความพิการสูงเป็น 2 เท่าของมารดาที่ไม่ดื่มหรือดื่มเพียงเล็กน้อย ลักษณะของทารกจะมีการเจริญเติบโตช้า ศีรษะเล็ก ปัญญาอ่อน หน้าตาแปลกไป และแขนขาพิการ ทารกเหล่านี้จะมีน้ำหนักน้อยเมื่อคลอดออกมาและการเจริญเติบโตไม่เป็นไปตามปกติเหมือนเด็กอื่น ๆ

จากการศึกษาของแครสเนอร์ (Krasner. 1974 : 831) พบว่าสุรามีผลต่อการลดลงของการดูดซึมน้ำและเกลือแร่ของลำไส้ ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากเอธานอล (Ethanol) ที่มีอยู่ในสุรา ทำให้เกิดภาวะการขาดอาหาร อันมีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

ชาและกาแฟ การดื่มชาหรือกาแฟทุกวันขณะตั้งครรภ์ย่อมมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ สารคาเฟอีนในกาแฟจะทำให้เกิดการแท้งบุตร รวมทั้งเกิดการคลอดก่อนกำหนด โดยปริมาณสารคาเฟอีนที่ได้รับจำนวน 600 มิลลิกรัม/วัน หรือมากกว่านี้จะทำให้เกิดผลข้างต้น (จูไรรัตน์ เตียรสุวรรณ. 2523 : 148 - 149)

ผื่นและกัญชา จะทำให้ทารกที่เกิดมามีอาการมีง่วงและเฉื่อยชา ถ้าแม่สูดไอระเหยเข้าไปสัก 2-3 วินาที หัวใจของทารกในครรภ์จะพลอยเต้นเร็วไปด้วย (สุชา จันทน์เอม. 2527 : 73)

เฮโรอีน มารดาที่เสพเฮโรอีนจะมีการคลอดก่อนกำหนดและทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ สโตน (Stone. 1971 : 716) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิธีการดามเนินชีวิตและภาวะโภชนาการของมารดาที่เสพติดเฮโรอีน แนเย่ (Naeye. 1973 : 494)

#### 11. ครรภ์แฝด

เป็นที่ยอมรับกันว่า ครรภ์แฝดมีผลต่อการคลอดทารกก่อนกำหนดและการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทั้งนี้เนื่องมาจากพื้นที่และอาหารที่จำกัดในครรภ์มารดา อายุครรภ์เฉลี่ยสำหรับครรภ์แฝดจะน้อยกว่าครรภ์เดี่ยว พริทชาร์ด (Pritchard. 1980 : 923) และน้ำหนักแรกคลอดของทารกแฝดจะน้อยกว่าทารกเดี่ยวเช่นเดียวกัน อเดลลุยส์ (Adeluis. 1976 : 316) หญิงมีครรภ์แฝดมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก เช่น โรคพิษแห่งครรภ์ น้ำหล่อเลี้ยงมากผิดปกติ ทารกจะมีอาการซีดเนื่องจากทารกที่เกิดจากครรภ์แฝดได้รับธาตุเหล็กจากมารดาไม่เพียงพอกับความต้องการ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด พบอัตราการตายของมารดาและทารกร้อยละ 10 อัตราตายของทารกที่คลอดเป็นคนที่ 2 ตายเป็น 2 เท่าของทารกที่คลอดเป็นคนแรก ด้วยสาเหตุที่โรลิตาไปเลี้ยงทารกที่คลอดเป็นคนี่ 2 น้อยลง เพราะรกลอกตัวเป็นบางส่วนขณะที่ทารกคนแรกคลอด ไมลส์ (Myles. 1968 : 346 - 349)

#### 12. อารมณ์ของมารดา

อารมณ์ของมารดาในขณะที่ตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับทารกในครรภ์เป็นอันมาก ถ้าหากมารดาได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ มีอารมณ์เคร่งเครียดหรือมีความเสียใจอย่างรุนแรง ต่อมาแอดรีนัลจะขับฮอร์โมนที่เรียกว่าไฮโดรคอร์ติโซน (Hydrocortizone) ผ่า

สามารถเข้าไปสู่เด็กในครรภ์ ทำให้เด็กมีอาการทางประสาทภายหลังคลอดได้ เช่น มีอารมณ์ หงุดหงิด หงาย หงุดหงิด ร้องไห้เก่ง ซึ้ออน และงอแง นอกจากนี้อารมณ์ของมารดายังมีบทบาทสำคัญ ต่อการแท้งหรือการเป็นหมันได้ ปัจจุบันพบว่ากรณีที่หญิงมีครรภ์ในระยะแรก ๆ เกิดความเครียดทาง อารมณ์เป็นเวลานานจะทำให้ทารกในครรภ์เป็นโรคเพดานโหว่ ปากแหว่ง หัวใจพิการ ทั้งนี้เพราะ ในระยะสัปดาห์ที่ 4-6 ทารกเริ่มมีกล้ามเนื้อหัวใจ ถ้ามารดาเกิดความเครียดอาจทำให้ทารก หัวใจพิการ ถ้าอารมณ์เครียดเกิดขึ้นในระยะที่ตั้งครรภ์ได้ 3 เดือนแล้ว เด็กที่เกิดมาจะมีสติปัญญา ต่ำกว่าปกติ เพราะระยะนั้นเป็นระยะที่สมองกำลังเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว (สุชา จันทน์เอม. 2527 : 64 - 65)

ซอนแทก (Sontag. 1944) ได้ทำการวิจัยที่สถาบันเฟลส์ (Fels) ที่โอไฮโอ พบว่า อารมณ์ของแม่มีผลต่อทารกในครรภ์ ทุกครั้งที่แม่มีความตึงเครียดทางอารมณ์ ทารกในครรภ์จะมีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นหลายร้อยเปอร์เซ็นต์ ยิ่งถ้าแม่มีความตึงเครียดระยะยาวก็จะมีผลต่อทารก ในครรภ์มาก (อารี เพชรพุด. 2528 : 55)

เทียมสร ทองสวัสดิ์ (2531 : 197) กล่าวว่า เด็กดี้นมากขึ้นในขณะที่มารดามี อารมณ์ตึงเครียด และถ้าติดตามมารดาเหล่านี้จะพบว่าคลอดบุตรมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่คลอดจาก มารดาที่มีสภาพอารมณ์ปกติ และเมื่อเจริญเติบโตมาจะเป็นเด็กที่เลี้ยงยาก ซึ้อมรธ ต้องง้าหันมถึ เกินใบ และอาเจียนบ่อย ปฏิกริยาต่อการตั้งครรภ์ซึ่งแสดงออกมาในรูปของการใช้อารมณ์ต่าง ๆ มักขึ้นอยู่กับพื้นฐานของอารมณ์เดิม สติปัญญา การศึกษา สุขภาพ อายุ สถานภาพทางการสมรสของ มารดา และความต้องการบุตรของมารดาหรือครอบครัว

### 13. ความวิตกกังวลของมารดา

ในขณะที่ตั้งครรภ์ มารดาจะมีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองและ สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับบุตร เช่นกลัวความเจ็บปวด กลัวจะต้องมาอยู่โรงพยาบาล กลัวการให้ยาสลบ กลัวการผ่าตัด กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอด กลัวเด็กจะได้รับอันตรายระหว่างคลอด กลัวไม่ใ้บุตรตามที่หวังไว้ กลัวการถ่ายทอดทางพันธุกรรมไม่ดี เหล่านี้ ล้วนทำให้มารดาเกิด ภาวะเครียดทางอารมณ์ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ด้วย จากการศึกษาของ วิลเลียม เอส โครเกอร์ (William S.Kroger. 1962 : 32 - 33) ได้ศึกษาหญิงที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ

ไม่พร้อมที่จะเป็นมารดา คือตั้งครรภ์โดยสามีไม่ยอมรับ หรือหญิงที่ไม่ได้แต่งงานเพราะฝ่ายชาย มีบุตรภรรยาอยู่แล้ว ทำให้หญิงมีครรภ์มีความวิตกกังวลตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ และจากการศึกษาพบว่า ทารกมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว นอกจากนี้ยังพบว่า ทารกตัวเล็กกว่าปกติอีกด้วย

ทิชเชอร์ (Teachers. 1964 : 387) กล่าวว่า ความหวงกั้วล ความกลัวของหญิงจะเป็นสาเหตุทำให้ประจำเดือนของผู้นั้นหยุดไปหรือไม่มีความปกติ การตั้งครรภ์และการมีบุตรของหญิงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้เป็นมารดาที่มีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย วิตกกังวลว่าการคลอดจะไม่เป็นปกติ กังวลเรื่องการบำรุงเลี้ยงทารกในครรภ์ เพราะถ้ามารดาปฏิบัติตนไม่ถูกต้องอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนดหรือความผิดปกติในการคลอดได้ รวมทั้งการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด สิ่งเหล่านี้ถ้ามารดาที่ตั้งครรภ์ได้รับความแนะนำที่ทราบถึงกระบวนการตั้งครรภ์ การคลอด การเตรียมตัวเป็นมารดา การปฏิบัติตนในระยะก่อนคลอดและหลังคลอดแล้ว จะทำให้มารดาคลายความวิตกกังวลได้ ทั้งยังจะทำให้เข้าใจถึงการบำรุงร่างกายของตนเองและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพสมบูรณ์

ไมรา เลเฟอร์ (Myra Leifer. 1977) ได้ศึกษาวิจัยกลุ่มมารดา 27 คน เริ่มตั้งแต่มียุครรภ์ 3 เดือนแรก จนถึง 2 เดือนหลังคลอด หญิงทุกคนมีอาการมึน ๆ งง ๆ ผู้ที่มีบุคลิกภาพไม่หวั่นไหวง่ายก่อนมีครรภ์จะมีอาการน้อยกว่า มีความกังวลใจเกี่ยวกับตนเองและทารกที่กำลังเจริญเติบโตในครรภ์น้อยกว่า และเมื่อครรภ์ย่างแก่ลงยิ่งมีความมั่นใจสูงขึ้นในด้านความปลอดภัยในระยะมีครรภ์ ส่วนผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวต่ำ ได้แก่ ผู้ที่ไม่ได้วางแผนการมีบุตร ผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ผู้ที่ขาดความมั่นใจในตนเอง ในระยะมีครรภ์ไตรมาสแรก ความกลัวมักจะมีแนวโน้มที่จะไปยังทารกในครรภ์ เช่น ทารกจะมีชีวิตอยู่หรือไม่ จะแท้งบุตรหรือไม่ ระยะไตรมาสที่สองส่วนใหญ่มีความสบายใจขึ้นเนื่องจากมีความรู้สึกที่ทารกในครรภ์ดิ้น จึงมีความหวังขึ้นว่า ทารกเจริญเติบโตของทารกจะมีพัฒนาการเป็นไปตามปกติ และระยะไตรมาสที่สามส่วนใหญ่มีความรู้สึกห่อเหี่ยวใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างของตนเองและเมื่อใกล้คลอดจะนึกถึงตนเองและลูกมากขึ้น บางคนกลัวว่าสามีจะตีจาก กลัวตาย หรือกังวลว่าบุตรที่คลอดออกมาจะพิการ (อ้างใน มณีรัตน์ สุภราชดิรัตน์. 2534 : 36)

#### 14. ทักษะคติของมารดา

ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และความคาดหวังในการมีบุตรจะเป็นตัวนำไปสู่การเกิดภาวะทางอารมณ์ มารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์จะรู้สึกมีความสุข มีความยินดี แต่ถ้ามารดามีทัศนคติในทางตรงกันข้าม อาจเนื่องมาจากปัญหาขัดแย้งในเรื่องคู่สมรสหรือการแต่งงาน มักไม่ต้องการมีบุตร และเมื่อตั้งครรภ์ขึ้นมาก็ว่าไม่ยอมรับ นอกจากนี้แล้วบางคนเมื่อตั้งครรภ์ขึ้นมาสามารถจะปรับตัวได้ ก็เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ และมีความรู้สึกไม่ต้องการทารกในครรภ์ขึ้นมา (อารี เพชรมุด. 2528 : 55)

สุชา จันทน์เอม (2527 : 74) กล่าวว่า ถ้ามารดามีทัศนคติดีจะมีผลต่อพฤติกรรมภาวะทางอารมณ์ ทำให้รู้จักปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์ แต่ถ้ามีทัศนคติไม่ดีหรือไม่อยากมีบุตร จะทำให้สุขภาพจิตของผู้เป็นมารดาเสื่อม มีผลต่อการปรับตัว ความต้านทานโรคและการพัฒนาในด้านต่าง ๆ บกพร่องไปอาจทำให้เกิดการแท้งหรือการคลอดก่อนกำหนด

เปรียบ บัณยวานิช และคณะ (2517) ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติอนามัยแม่และเด็กของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วในในเมืองและในชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ ผลปรากฏว่า ประชาชนที่อยู่ในเมืองมีความรู้ ทัศนคติ และด้านการปฏิบัติอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัวถูกต้องกว่ามารดาที่อาศัยอยู่ในชนบท

#### 15. เหตุการณ์ในชีวิต

เหตุการณ์ในชีวิต โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่ร้ายแรงของชีวิตหรือเหตุการณ์เครียดของชีวิต มีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาสุขภาพจิตหลายประการ ได้แก่ โรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ความพยายามฆ่าตัวตาย อาการทางกายที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ และปัญหาสุขภาพจิตทั่ว ๆ ไป ริชและคณะ (Ruch, Chandler and Harter. 1980 : 248 - 260) ทั้งนี้เพราะการได้ประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตและการเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตอย่างสร้างสรรค์ จะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาตนเองให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตอย่างไม่เหมาะสม ผลลัพธ์ก็จะเป็นในทางตรงกันข้ามเช่นกัน คือจะเกิดความผิดปกติของจิตใจขึ้นได้ แคปแลน (Caplan 1964 cited By Bell. 1977 : 136) ตัวอย่างเหตุการณ์ในชีวิต เช่น การป่วยเข้าโรงพยาบาล การประสบอุบัติเหตุ สมาชิกในครอบครัวเสียชีวิต บิดามารดาแยกกันหรือแต่งงานใหม่ ตั้งครรภ์โดยไม่

ได้ตั้งใจ คลอดก่อนกำหนดหรือครบกำหนดแต่ทารกเสียชีวิต แท้งบุตร มีความขัดแย้งกับคู่รัก เป็นต้น เหตุการณ์ในชีวิตเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ เนื่องจากเหตุการณ์ที่ร้ายแรงของชีวิตที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับจะทำให้จิตใจไม่เป็นปกติ มีความวิตกกังวล หวาดระแวง หวาดกลัว และมีความกดดัน ซึ่งนักวิทยาศาสตร์เชื่อว่า อารมณ์ ความรู้สึก เช่น ความกลัว ความเศร้า รอคอย ความเครียด ความวิตกกังวลสูงของมารดาขณะมีครรภ์สามารถถ่ายทอดไปยังทารกได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสรีระในทารก เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น (มณีรัตน์ สุภรชดิรัตน์, 2534 : 20)

ในระหว่างปี ค.ศ. 1930 - 1950 ซอนแทกและคณะ (Dr. Lester Sontag and Others) ศึกษาหญิงมีครรภ์ที่มีความเครียดสูง พบว่าทารกในครรภ์ก่อนข้างว่องไวมาก มีการเคลื่อนไหวตัวบ่อยครั้ง เมื่อแรกคลอดทารกเหล่านี้มีน้ำหนักตัวน้อยเมื่อเทียบกับความยาวของลำตัว และมีปัญหาเกี่ยวกับกระเพาะอาหารในช่วงขวบแรกของอายุ อาเจียน ร้องไห้ และท้องเสียบ่อยครั้ง เคลื่อนไหวได้เร็ว ก่อนข้างกระสับกระส่าย มีความรู้สึกไวต่อเสียงและโรคราง่าย

#### 16 การฝากครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรง เพื่อตนเองและบุตรในครรภ์ ถึงแม้การตั้งครรภ์จะเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรไปฝากครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ได้ 3-4 เดือน เพราะในขณะที่ตั้งครรภ์ร่างกายต้องทำงานเพิ่มขึ้นหลายอย่าง และมีโรคบางอย่างที่เกิดขึ้นเนื่องจากการตั้งครรภ์โดยเฉพาะ อันอาจมีอันตรายได้ทั้งมารดาและบุตร หากได้ฝากครรภ์เสียแต่เริ่มแรกอันตรายหรือผลร้ายที่จะเกิดขึ้นก็จะลดน้อยลงหรือไม่มีเลย (ชลอ สงวนศักดิ์, 2503 : 53 - 56) หญิงมีครรภ์ควรจะฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มแรกซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะป้องกันการเกิดเด็กคลอดก่อนกำหนด และควรได้รับการดูแลอย่างดีในระยะตั้งครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ถ้าพบอาการผิดปกติรีบทำการรักษาให้หายขาดเสียก่อน (Ziegel, 1966 : 598)

ในปี ค.ศ. 1958 แซม ชาปิโร และคณะ (Sam Shapiro and Others, 1958 : 170 - 187) ได้ศึกษาสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดพบว่า มารดาที่มาฝากครรภ์ในระยะที่สามของการตั้งครรภ์จะทำให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด มากกว่ามารดาที่มาฝากครรภ์ในระยะที่ 1 ของการตั้งครรภ์

ลินเนย์ แอนเดอร์สัน ฮอลล์ (Lynne Anderson Hall. 1980 : 317 - 341) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับการให้คำแนะนำต่อมารดาระหว่างการตั้งครรภ์ กล่าวว่ามีมารดาระหว่างการตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการรักษาสุขภาพเป็นอย่างดีจะช่วยให้ทารกแรกคลอดมีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง

จากการศึกษาของไบรอันและคณะ (Brian and Others. 1982 : 557 - 561) พบว่ามารดาที่ไม่มาฝากครรภ์ทารกจะตายเป็น 6 เท่าของทารกที่เกิดจากมารดาที่มาฝากครรภ์ จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่ออายุครรภ์ ในการศึกษาครั้งนี้จะเลือกทำการศึกษาเพียงบางปัจจัยที่น่าสนใจเท่านั้น ปัจจัยดังกล่าวได้แก่ อายุของมารดา ฐานะเศรษฐกิจ การศึกษาของมารดา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ทักษะติดต่อการมีบุตร ความวิตกกังวลต่อการมีบุตร การสำราญดูแลสุขภาพอนามัย และประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง

#### การคลอด

การคลอด หมายถึง ปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับไล่เด็ก รก และน้ำคร่ำ ออกจากโพรงมดลูก ภายในครรภ์มารดาเข้าสู่ภายนอก (วรารุช สุมาวงศ์. 2527 : 129)

การคลอดเป็นปรากฏการณ์ตามชาติ เมื่อการตั้งครรภ์ครบ 40 สัปดาห์จะเกิดการเจ็บครรภ์ เนื่องจากการหดตัวของมดลูกเป็นระยะ ๆ ซึ่งจะทำให้เด็ก รก และน้ำคร่ำถูกผลักดันออกมาจากโพรงมดลูก ขบวนการดังกล่าวถือว่าเป็นการคลอดปกติและทารกที่คลอดออกมาเมื่อครบกำหนดนี้将有ความยาวเฉลี่ย 50 เซนติเมตร น้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป ผิวหนังเต่งตึงสีชมพู แข็งแรง มีการเคลื่อนไหวของแขนขาดี และทันทีที่คลอดออกมาจะร้องเสียงดัง การเจริญของอวัยวะต่าง ๆ เป็นไปอย่างสมบูรณ์ แตกต่างกับทารกที่คลอดก่อนกำหนดซึ่งยังไม่เจริญสมบูรณ์เต็มที่ ขนาดของร่างกายเล็กและบอบบาง น้ำหนักน้อย อวัยวะบางส่วนเจริญไม่เต็มที่ เช่น สมอง ระบบทางเดินหายใจ ระบบย่อยอาหาร การทำงานของอวัยวะเหล่านี้จึงทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ เด็กเหล่านี้มีความต้านทานโรคต่ำ พบว่ามีโรคแทรกซ้อนได้ง่ายและอัตราตายสูง (กาญจนา จันทวงศ์. 2524 : 1) การคลอดเป็นการก้าวไปสู่โลกาใหม่ของเด็ก เป็นการ

เปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุด เด็กต้องจากสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่นและคุ้นเคยจากในครรภ์มารดา มาสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ทั้งหมด การปรับตัวจะต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว เช่น ปอดจะเริ่มทำงานในวินาทีที่คลอดจากครรภ์มารดา และถ้าหากการทำงานของปอดล่าช้าไป เด็กทารกจะมีอันตรายถึงชีวิตหรือก่อให้เกิดผลกระทบกระเทือนถึงสมองอย่างรุนแรง ซึ่งอาจเป็นเหตุทำให้สมองพิการตลอดชีวิต เสียงร้องครั้งแรกของเด็กแสดงให้เห็นที่ทราบถึงว่าปอดและหัวใจเริ่มต้นทำงานแล้ว การเดินของหัวใจในระยะแรกจะไม่สม่ำเสมอแต่จะค่อย ๆ พัฒนาดีขึ้นเป็นลำดับ นอกจากนี้การปรับตัวของส่วนต่าง ๆ ของร่างกายก็ต้องทำงานประสานกันเป็นอย่างดี ผิวหนังจะต้องปรับให้เข้ากับอุณหภูมิของอากาศภายนอก ส่วนระบบการย่อยอาหารนั้นในระหว่างที่อยู่ในครรภ์จะกระทำผ่านทางรกและสายสะดือ แต่ภายหลังคลอดสายสะดือและรกจะถูกตัดออก ดังนั้นทารกจำเป็นต้องปรับตัวในเรื่องการย่อยอาหารอย่างรวดเร็ว จะต้องหัดดูด กลืนอาหารทางปาก และรู้จักขับถ่ายของเสียออกทางอวัยวะขับถ่าย ขบวนการดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีชีวิตรอดของเด็กทุกคน (นวลศิริ เปาโรหิตย์ และคณะ. 2520 : 62)

การคลอดถือว่าเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งทางสรีระ-ชีวะ-จิต ของสตรีในระยะคลอดทุกคน และถือว่าเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งในชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บปวดขณะที่มดลูกหดตัว ซึ่งความเจ็บปวดนี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์แก่สตรีในระยะคลอดเป็นอย่างมาก มัวร์ (Moore. 1977 : 19)

#### การคลอดก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การเจ็บครรภ์และการคลอดที่เกิดขึ้นเมื่อครรภ์มีอายุระหว่าง 28 ถึง 37 สัปดาห์ และ/หรือน้ำหนักทารก 2,500 กรัมหรือน้อยกว่า (วรรณิบรรเทิง. 2530 : 96)

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปรากฏการณ์อีกอย่างหนึ่งที่ดูเหมือนจะเป็นเครื่องหมายถึงพัฒนาการของเด็กในระยะเวลาต่อมา คำนิยามของการคลอดก่อนกำหนดจะอยู่ในรูปของจำนวนสัปดาห์ของอายุตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนถึงวันคลอด เด็กทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์จะถูกจัดประเภทว่าเป็นเด็กคลอดก่อนกำหนด เด็กที่เกิดระหว่างอายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์

จัดประเภทว่าเป็นเด็กคลอดครบกำหนด อย่างไรก็ตามเป็นการยากที่จะทราบระยะของการ  
 บวสนธิ นักวิทยาศาสตร์ส่วนมากใช้น้ำหนักแรกเกิดเป็นเครื่องตัดสินว่าเด็กคลอดก่อนกำหนดหรือไม่  
 ถ้าเด็กเกิดมาน้ำหนักต่ำกว่า 51 ปอนด์ (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) ก็ถือได้ว่าเป็นเด็กคลอดก่อน  
 กำหนด ถ้าต่ำกว่า 4 ปอนด์ ถือว่าคลอดก่อนกำหนดอย่างมาก ในการศึกษาพัฒนาการของเด็ก  
 คลอดก่อนกำหนดพบว่าเด็กเหล่านี้มีส่วนสูงและน้ำหนักน้อยกว่าเด็กปกติจนกระทั่งอายุ 5 หรือ 6 ขวบ  
 นอกจากนี้เด็กที่คลอดก่อนกำหนดยังคงมีแนวโน้มที่จะได้คะแนนต่ำกว่าเด็กปกติในด้านพัฒนาการทาง  
 การคิดและพัฒนาการทางการเคลื่อนไหวในระหว่าง 5 ปีแรกด้วย

ในการมีที่คลอดก่อนกำหนดมาก เด็กมักจะมี ความบกพร่องทางสมองมาก จนกระทั่ง  
 ทำให้เกิดความบกพร่องทางจิตอย่างรุนแรงตามมาภายหลังได้ เด็กที่มีระดับการคลอดก่อน  
 กำหนดเพียงเล็กน้อยจะไม่แตกต่างไปจากเด็กปกติมากนักในการทดสอบพัฒนาการทางด้านความคิด  
 และการเคลื่อนไหว นอกจากนี้เรายังอาจตั้งข้อสงสัยความเป็นไปได้ที่ว่าความแตกต่างทาง  
 พฤติกรรมระหว่างเด็กคลอดก่อนกำหนดและเด็กปกติในบางส่วนอาจจะมีสาเหตุมาจากพฤติกรรม  
 ของแม่ก็เป็นได้ เช่นการเลี้ยงลูกที่คลอดก่อนกำหนดแบบปกป้องมากเกินไปและถูกตัดขาดจาก  
 คนอื่น ๆ ซึ่งเป็นเพราะพ่อแม่กลัวอันตรายจะเกิดกับร่างกายอันบอบบางของลูก เท่ากับเป็นการ  
 ไม่ส่งเสริมในด้าน การแสดงออกและการคิดเท่ากับในกรณีของเด็กที่คลอดครบกำหนด

สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดไม่ทราบแน่ชัด แต่มีสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดการ  
 คลอดก่อนกำหนดได้ง่ายคือ มารดาที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอระหว่างตั้งครรภ์ (อารีย์  
 มหุวรรณ. 2527 : 19) มารดาที่มีอายุต่ำกว่า 17 ปีหรือสูงกว่า 34 ปี มารดาที่ได้รับความ  
 กระทบกระเทือนทางร่างกายและจิตใจ มารดาที่มีประวัติคลอดบุตรก่อนกำหนด มารดาที่มี  
 ประวัติดื่มเหล้า น้าชา หรือกาแฟเป็นประจำ มารดาที่มีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำขณะตั้งครรภ์  
 (ดวงพร พรวิทยา. 2529 : 33) กลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มารดาที่ตั้งครรภ์ถี่  
 และมารดาที่ติดยาเสพติด

ทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายสูง อัตรารอด  
 แปรตามอายุในครรภ์และน้ำหนักแรกเกิด ทารกที่มีอายุในครรภ์และน้ำหนักตัวใกล้เคียงทารก  
 ปกติมาก จะรอดได้มาก ทารกจำนวนที่รอดตายจะพบว่ามียุบัติการณ์ของโรคปัญญาอ่อนและ  
 โรคทางจิตสูงกว่าทารกที่คลอดครบกำหนด (สุรพล บุญประกอบ. 2520 : 50)

ทารกคลอดก่อนกำหนดมีความบกพร่องทางสรีรวิทยาที่สำคัญหลายอย่าง กล่าวคือ มีการหายใจไม่สม่ำเสมอ หายใจเป็นพัก ๆ และหยุดหายใจได้ง่ายเนื่องจากปอดแลกเปลี่ยนก๊าซได้ไม่ดี เด็กคลอดก่อนกำหนดจึงมีปอดแฟบ (Atelectasis) ได้ง่าย และยังพบว่ามีโอกาสที่จะเกิดปอดบวม (Pneumonia) ได้ง่ายเช่นกัน นอกจากนี้ศูนย์ควบคุมความร้อนยังเจริญไม่เต็มที่ ขนมันใต้ผิวหนังมีน้อยจึงสูญเสียความร้อนได้ง่าย อุณหภูมิจึงมักต่ำกว่าปกติ และทารกยังได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพราะความสามารถในการนำสารอาหารเข้าสู่ร่างกายบกพร่อง เช่นการดูดกลืน การย่อย และการดูดซึมอาหาร พวกไขมันไม่ดี จึงมักมีอาการท้องอืด สาโรก ในทารกคลอดก่อนกำหนดเส้นเลือดจะเปราะแตกง่ายเนื่องจากมีโปรทรอมบิน (Prothrombin) ต่ำ ขาดเหล็กและสารที่จำเป็นในการสร้างเม็ดเลือด ซึ่งปกติจะได้รับช่วงสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ทารกที่มีเลือดออกในสมองได้ และระดับของแกมมา โกลบูลิน (Gamma Globulin) ในกระแสเลือดต่ำ ทารกที่มีการติดเชื้อได้ง่าย ส่วนตับและม้ามยังเจริญไม่เต็มที่ ตัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ทารกที่มีบิลิรูบิน (Bilirubin) ในเลือดสูงถึง 15-20 มิลลิกรัม/มิลลิเมตร และพบอาการตัวเหลืองประมาณร้อยละ 80 (Davis and Rubin. 1966 : 466)

#### พัฒนาการของทารกคลอดก่อนกำหนด

เมื่อแรกคลอดแม้ว่าทารกคลอดก่อนกำหนดนั้นจะมีสุขภาพปกติดี แต่การพัฒนาก็จะไม่เท่าทารกที่คลอดครบกำหนด ทารกคลอดก่อนกำหนดมักจะอ่อนแอกว่า รับประทานอาหารยากกว่า ดูแลยากกว่า โตช้ากว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดจะค่อย ๆ พัฒนาใส่หลังทารกคลอดครบกำหนดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทารกคลอดก่อนกำหนดที่ตัวเล็กมาก ๆ มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 900 กรัม ปัจจุบันสามารถรอดชีวิตอยู่ได้ แต่ต้องใช้เวลาานจึงจะเติบโตทันเด็กปกติ (จันทร์เพ็ญ ศรีมันตะ. 2533 : 43)

#### **การคลอดครบกำหนด**

การคลอดครบกำหนด หมายถึง การเจ็บครรภ์และการคลอดที่เกิดขึ้นเมื่อครรภ์มีอายุระหว่าง 37 ถึง 40 สัปดาห์ และ/หรือน้ำหนักทารกมากกว่า 2,500 กรัม

รูปร่างลักษณะทั่วไปของทารกคลอดครบกำหนด (กองงานวิทยาลัยพยาบาล.

2531 : 160 - 161)

ความยาวหรือความสูง เฉลี่ยแล้วความยาวของทารกคลอดใหม่ประมาณ 48-52 เซนติเมตร แต่ความยาวจะแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยที่ทารกเพศชายจะยาวกว่าทารกเพศหญิงเล็กน้อย

น้ำหนัก น้ำหนักของทารกคลอดใหม่ปกติประมาณ 2,700-3,500 กรัม

ผิวหนัง สีของผิวหนังจะแตกต่างกันตามเชื้อชาติและเผ่าพันธุ์ โดยมากเป็นสีแดงหรือชมพูอ่อน ผิวหนังเรียบตึงเพราะมีไขมันใต้ผิวหนังมีขนอ่อนและขาติดอยู่ตามหลังและไหล่

ศีรษะ ขนาดศีรษะของทารกคลอดใหม่จะใหญ่กว่าหรือเท่ากับขนาดของทรวงอกและท้อง เส้นวงรอบศีรษะประมาณ 33-35.5 เซนติเมตร น้ำหนักศีรษะของทารกจะเป็น 1/4 ของน้ำหนักลำตัวทั้งหมด ซึ่งถ้าเป็นในผู้ใหญ่ น้ำหนักศีรษะจะประมาณ 1/8 ของน้ำหนักร่างกาย

กระดูกกระโหลกศีรษะของทารกยังต่อกันไม่สนิท สามารถคลำพบรอยต่อและขม่อมได้ชัดเจน บริเวณใบหน้าจะเห็นกรามของทารกเล็ก คางสั้นและนุ่มเข้าไป หน้าสั้น จมูกและใบหูยังอ่อน เนื่องจากกระดูกอ่อนยังเจริญไม่เต็มที่ ใบหน้าของทารกยังไม่แสดงความรู้อีกใด ๆ คอสั้นและมีรอยพับ บางรายรอยพับจะลึกและเป็นแผลได้ถ้าทาความสะอาดไม่เพียงพอ

ทรวงอก จะเล็กกว่าศีรษะเล็กน้อยแต่เกือบเท่าส่วนท้อง ลักษณะเกือบจะเป็นทอกลม เพราะส่วนแขนของทารกกดแนบเข้ามาใกล้ลำตัว ในทารกคลอดใหม่การหายใจยังไม่ได้ชักสัมพันธ์กับทรวงอก แต่จะใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องแทน

อวัยวะสืบพันธุ์ ในทารกเพศชายปกติลูกอัณฑะจะเคลื่อนลงมาอยู่ในถุงอัณฑะ เมื่อทารกอยู่ในครรภ์ได้ประมาณ 8 เดือน แต่ในบางรายที่อาจยังไม่เคลื่อนลงมา ยังคงอยู่ในช่องท้อง ส่วนในทารกเพศหญิงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกจะบวมเล็กน้อย เนื่องจากได้รับฮอร์โมนจากมารดา แคมใหญ่จะเจริญปิดแคมเล็ก และจะมีพวกมิวคัสและคิสซาร์จออกมาอุดที่ช่องคลอด หรือบางที่มีโลหิตปนออกมาด้วย ซึ่งเป็นผลจากฮอร์โมนของมารดาเช่นกัน

อุณหภูมิ ทารกเมื่อแรกคลอดอุณหภูมิของร่างกายจะสูงกว่าธรรมดาเล็กน้อย และจะค่อย ๆ ลดลงภายหลังคลอดแล้ว โดยเฉลี่ยอุณหภูมิของทารกที่วัดทางทวารหนักจะประมาณ 36.7-37.2 องศาเซลเซียส บริเวณอวัยวะส่วนปลายเช่น แขนขาจะมีอุณหภูมิต่ำกว่าลำตัวเนื่องจากมีการไหลเวียนของโลหิตยังไม่ดี

การหายใจ การหายใจของทารกคลอดใหม่จะไม่สม่ำเสมอทั้งความถี่และ จานวนครั้งและ จังหวะทารกจะหายใจเฉลี่ยประมาณ 35-50 ครั้งต่อนาที ซึ่งอาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งเร้า ภายในและภายนอกได้ ในการหายใจของทารกตามปกติจะเงียบ เบา เร็ว และตื้น ซึ่งสังเกตู ได้ง่ายโดยดูจากการเคลื่อนไหวของผนังหน้าท้อง

การทำงานของหัวใจ ความดันโลหิต หัวใจของทารกจะเต้นไม่สม่ำเสมอ ก่อนข้างเร็ว 120-140 ครั้งต่อนาที เมื่อทารกร้องหัวใจก็จะทำงานเพิ่มขึ้น ส่วนความดันโลหิตโดยปกติจะไม่วัด ในทารกคลอดใหม่ เพราะวัดยากไม่ค่อยได้ยินเสียงการบีบตัวของหัวใจ เว้นแต่ในรายที่จำเป็น ถ้าสามารถวัดได้

เปรียบเทียบพัฒนาการระหว่างเด็กที่คลอดก่อนกำหนดและเด็กที่คลอดครบกำหนด (อารี เพชรพุด. 2521 : 53)

1. การพัฒนาส่วนต่าง ๆ โดยรวม ๆ ของเด็กที่คลอดก่อนกำหนดจะช้ากว่าเด็กที่คลอด ครบกำหนดใน 2 ปีแรก ในทุก ๆ ด้าน แต่หลังจาก 2 ปีแรกไปแล้วก็จะเจริญเติบโตและพัฒนาด้าน ต่าง ๆ ทันเด็กปกติ
2. การควบคุมอวัยวะมอเตอร์ การบังคับทางกล้ามเนื้อของทารกที่คลอดก่อนกำหนด จะ ล่าช้ากว่าเด็กคลอดครบกำหนดโดยเฉพาะการใช้มือ การเดิน และการเคลื่อนไหวอื่น ๆ
3. การพูด เด็กคลอดก่อนกำหนดจะพูดได้ช้ากว่าเด็กที่คลอดครบกำหนด และจะพูด ติดอ่างมากกว่า
4. สติปัญญา ทางด้านสติปัญญานั้น เด็กคลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกับเด็กที่คลอดครบ กำหนดไม่มีความผิดปกติทางสมอง
5. ประสาทสัมผัส ทางด้านประสาทสัมผัสนั้น เด็กที่คลอดก่อนกำหนดพัฒนาทางการได้ยิน มากกว่าพวกสัมผัสทางผิวหนัง
6. ทางด้านอารมณ์ เด็กที่คลอดก่อนกำหนดเป็นเด็กที่มีอารมณ์ต่อต้านน้อยกว่าเด็กที่คลอด ครบกำหนด และมีอารมณ์ซาบซึ้งในบางสิ่งบางอย่างมากกว่า
7. พฤติกรรมทางสังคม นักจิตวิทยาได้ทำการศึกษาและพบว่าเด็กคลอดก่อนกำหนดมี พัฒนาการทางด้านสังคมด้อยกว่า และมักจะเป็นเด็กขี้อายและติดแม่

8. ลักษณะบางอย่างทางประสาท เด็กที่คลอดก่อนกำหนดมักจะมีความคิดปกติทางพฤติกรรมมากกว่า และมีอาการทางจิตที่แสดงออกทางร่างกายบ่อย ๆ เช่น ปวดหัว ปวดท้อง หายใจไม่ออก

## พัฒนาการ

### ความหมายของพัฒนาการ

คำว่า "พัฒนาการ" เป็นศัพท์บัญญัติในวิชาการศึกษามาจากคำว่า Development บางทีคำว่าพัฒนาการนี้ บางตำราก็ให้ภาษาอังกฤษว่า Growth นักการศึกษาและนักจิตวิทยาได้ให้ความหมายของคำว่า "พัฒนาการ" ไว้หลายอย่างคล้าย ๆ กันดังนี้

ประเสริฐ ต้นสกุล (2517 : 19) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พัฒนาการ หมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับคุณภาพเป็นส่วนใหญ่ และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นกระบวนการต่อเนื่องสืบสายกันเป็นลำดับ เพื่อบรรลุจุดบริบูรณ์ของพัฒนาการที่เรียกว่า วุฒิภาวะ

จันทมาศ ชื่นบุญ และคณะ (2518 : 47) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พัฒนาการ หมายถึงเปลี่ยนแปลงอย่างมีระเบียบ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางอวัยวะหรือทางพฤติกรรมที่ต้องอาศัยอวัยวะ

ศรีกัลยา ภิบุญสรอมสร (2532 : 25 - 26) กล่าวว่า พัฒนาการ หมายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ของอวัยวะของร่างกาย ตลอดจนการปรับตัวเข้ากับสภาวะแวดล้อม

บูต (Good. 1945 : 175 - 176) ให้ความหมายว่า พัฒนาการ คือการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง การทำงานของส่วนต่าง ๆ การจัดระเบียบของร่างกายซึ่งทำให้มีการเพิ่มพูนด้านขนาด ความแตกต่าง ความสลับซับซ้อน การผสมกลมกลืน จัดความสามารถ ประสิทธิภาพ หรือก่อให้เกิดความเพิ่มพูนระดับภาวะจิตสุด ทั้งนี้รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงมิตความคงทนถาวรอันสืบเนื่องมาจากการเรียนรู้ที่ยาวนาน ซึ่งอาจเป็นการเรียนรู้ที่มีจุดหมาย หรือเกิดขึ้นตามเหตุการณ์ก็ได้

เฮอร์ลอค (Hurlock. 1964 : 1) กล่าวว่า พัฒนาการ หมายถึงการเพิ่มทางด้านคุณภาพ กล่าวคือ การที่มีขนาดและรูปร่างใหญ่โตขึ้น การมีลักษณะใหม่ ๆ เกิดขึ้น เป็นผลให้มนุษย์มีความสามารถมากขึ้น

จากการที่นักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายของพัฒนาการ สรุปได้ว่า พัฒนาการ คือการเปลี่ยนแปลงที่มีการเพิ่มขนาด มีลักษณะใหม่ ๆ เกิดขึ้น การมีความสามารถใหม่ ๆ เกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วน และการเปลี่ยนแปลงที่ลักษณะเก่าบางอย่างหายไป

การศึกษาพัฒนาการแยกศึกษาได้เป็น 4 ด้านคือ พัฒนาการทางด้านร่างกาย พัฒนาการทางด้านสติปัญญา พัฒนาการทางอารมณ์ และพัฒนาการทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้จะเลือกศึกษาเฉพาะพัฒนาการทางด้านร่างกายเท่านั้น เพราะการวัดพัฒนาการทางด้านร่างกายเป็นวิธีการที่บอกถึงความผิดปกติของอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายได้ง่ายและเร็วกว่าการวัดพัฒนาการทางด้านอื่น

#### พัฒนาการทางด้านร่างกาย

พัฒนาการทางด้านร่างกาย หมายถึง การที่เด็กจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงทางกาย คือมีร่างกายสูงขึ้น มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อมีกำลังมากขึ้น ระบบประสาทต่าง ๆ ทาหน้าที่ถูกต้องตามระบบ (ประสาร กิพย์ธารา, 2521 : 10 - 11)

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางด้านร่างกาย

สุพล บุญทรง (2523 : 6) กล่าวว่า พัฒนาการทางด้านร่างกายหรือการเปลี่ยนแปลงทางกาย จะเห็นได้ชัดว่ามีการเปลี่ยนแปลงขนาดและรูปร่าง การมีลักษณะใหม่ การมีความสามารถใหม่ การเปลี่ยนแปลงสัดส่วน การมีลักษณะเก่าบางอย่างหายไปด้วย สำหรับการเปลี่ยนแปลงอีก 3 ด้านคือ ทางสติปัญญา อารมณ์ และสังคมนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการมีความสามารถใหม่เกิดขึ้น

ศรีธัญย์ คาริสุข (2525 : 87) กล่าวถึงพัฒนาการทางด้านร่างกายของทารกว่า เป็นความเจริญเติบโตและความเปลี่ยนแปลงในด้านส่วนสูงและในด้านน้ำหนัก ขนาดและน้ำหนักเมื่อแรกเกิดทารกจะมีน้ำหนักเฉลี่ยประมาณ 3,200 กรัม และมีลำตัวยาวประมาณ 60 เซนติเมตร การเจริญเติบโตของทารกตอนต้นจัดว่าเป็นวัยที่เจริญเติบโตอย่างรวดเร็ววัยหนึ่งงานช่วงชีวิต และอีกวัยหนึ่งที่คนเราเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วได้แก่วัยรุ่น เมื่อทารกอายุได้ 6 เดือนจะมีน้ำหนักมากกว่าเมื่อแรกเกิดประมาณ 2 เท่า และเมื่ออายุ 1 ขวบจะมีน้ำหนักมากกว่าเมื่อแรก

เกิด 3 เท่า ตามปกติในระยะ 3 เดือนแรกจะมีน้ำหนักเพิ่มวันละ 1 ออนซ์ ในช่วง 1 ปีแรก ของชีวิตทารกจะมีความสูงเพิ่มขึ้น 75 เซนติเมตร และเพิ่มเป็น 2 เท่าของความสูงเมื่ออายุ ได้ 4 ขวบ

ทฤษฎีของยัง บาด รูสโซ (Jean Jaeques Rousseau. 1948 : 181) รูสโซมีความเห็นว่า ธรรมชาติจะพัฒนามนุษย์ให้มีความสามารถและพฤติกรรมในแบบต่างกันในช่วงระยะเวลาต่างกัน และเชื่อว่าธรรมชาติน่าจะมิบทยาทในการพัฒนามนุษย์ เขาไม่เห็นความสำคัญของสิ่งแวดล้อมว่าจะมีอิทธิพลต่อเด็กมาก นอกจากนี้รูสโซยังได้แบ่งวัยแห่งความเจริญเติบโตของเด็ก ออกเป็น 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 วัยทารก (0-2 ปี) ระยะที่ 2 วัยเด็กเล็ก (2-12 ปี) ระยะที่ 3 วัยเด็กโต (12-15 ปี) และระยะที่ 4 วัยรุ่น (15 ปี)

ทฤษฎีของเวอร์เนอร์ (Werner. 1956 : 866) เวอร์เนอร์ประสงค์จะอธิบายพัฒนาการ ทั่วทั้งงานของความเจริญเติบโตของแต่ละคนโดยส่วนรวม และเปรียบเทียบพัฒนาการของบุคคลไป ด้วย กล่าวว่ พัฒนาการควรเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างตามหลักโครงสร้างเผ่าพันธุ์ กล่าวคือ พัฒนาการนั้นประเมินได้จากหลัก 2 อย่างที่เป็นไปได้คือ ความแตกต่างเติบโตที่ต่างไปจากเดิม อย่างหนึ่ง การรวมตัวร่วมงานของสิ่งมีชีวิตอีกอย่างหนึ่ง

ทฤษฎีของเกเซล (Gesell) เกเซล กล่าวว่า ความเจริญเติบโตของเด็กได้รับอิทธิพล มาจากสิ่งแวดล้อมอย่างหนึ่งและธรรมชาติในตัวเด็กอีกอย่างหนึ่ง ธรรมชาติในตัวเด็กนี้เป็นราก ฐานที่สำคัญ เป็นผลเนื่องมาจากการทำงานของยีนส์ที่เป็นไปโดยธรรมชาติเรียกว่า วุฒิภาวะ วุฒิภาวะนี้มีความสำคัญมากในการกำหนดลำดับขั้นพัฒนาการตามธรรมชาติของเด็ก เริ่มตั้งแต่เด็ก ปฏิสนธิในครรภ์มารดา

พัฒนาการทางกาย ประกอบด้วย ส่วนสูงและน้ำหนัก การเจริญเติบโตของกระดูกและพัน การเจริญเติบโตของกล้ามเนื้อ สัดส่วนของร่างกาย พัฒนาการทางด้านสรีระ และต่อมไร้ท่อ (สุพล บุญทรง. 2523 : 58)

ในการศึกษาครั้งนี้ จะเลือกศึกษาพัฒนาการทางกายเฉพาะความยาว น้ำหนัก และ สัดส่วนของร่างกาย (ได้แก่ เส้นรอบศีรษะและเส้นรอบอก) ของเด็กแรกเกิดเท่านั้น เหตุที่ เลือกศึกษาเช่นนี้เพราะ เป็นวิธีการที่ง่ายและสะดวกในการหาความผิดปกติของเด็ก โดยความยาว

และน้ำหนักจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงความปกติของร่างกาย ส่วนเส้นรอบศีรษะและเส้นรอบอกจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงความปกติของสมอง

### พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด

พัฒนาการทางกาย หมายถึง การเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย มีการเพิ่มจำนวนและขนาดของเซลล์ การเจริญเติบโตนี้สามารถวัดได้จาก น้ำหนัก ความยาว ความกว้างและความหนา เป็นต้น

วัยแรกเกิดเป็นวัยที่มีความสำคัญมากของมนุษย์ เพราะ เป็นวัยที่มีอัตราการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ซึ่งการส่งเสริมการเจริญเติบโตให้ได้เต็มกำลังของกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อมของทารก จะช่วยให้ทารกมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่เป็นปกติต่อไป

#### ลักษณะทางกายของเด็กแรกเกิด

1. น้ำหนัก น้ำหนักของเด็กแรกเกิดจะแตกต่างกัน สิ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อน้ำหนักตัว ได้แก่ เชื้อชาติ ภาวะโภชนาการของมารดาขณะตั้งครรภ์ และองค์ประกอบอื่น ๆ ทางพันธุกรรม ทารกชาวคอเคเซียนจะมีน้ำหนักตัวมากกว่าทารกชาติอื่น ๆ 1/2 ปอนด์ ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเป็นเพราะมารดามีภาวะโภชนาการดีขณะตั้งครรภ์ ถ้าทารกแรกเกิดนั้นเป็นคนที่สอง ก็มักจะมีน้ำหนักตัวเมื่อเกิดมากกว่าคนแรก และในคนถัดไปก็จะค่อย ๆ มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น น้ำหนักเฉลี่ยของเด็กหญิงผิวขาวที่ครบกำหนดประมาณ 3,400 กรัม ส่วนเด็กชายผิวขาวจะหนักประมาณ 3,500 กรัม ถ้าทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่า 2,500 กรัม เรียกว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และจะเป็นพวกที่มีการเสี่ยงสูง แต่ถ้าทารกมีน้ำหนักตัวเกิน 4,700 กรัม จะถือว่าผิดปกติและต้องสงสัยว่ามารดาเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ ทารกแรกเกิดจะมีน้ำหนักตัวลดลง 5-10% ของน้ำหนักแรกเกิดในระหว่าง 2-3 วันแรกหลังเกิด การที่น้ำหนักลดลงเป็นเพราะสอรัมนจากมารดาที่ทำให้เกิดการคั่งของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายลดระดับลง และอาหารที่ทารกรับประทานก็คือน้ำนมเหลืองหรือหัวน้ำนมซึ่งจะให้พลังงานต่ำเมื่อเทียบกับน้ำนมแม่ ทั้งทารกจะถ่ายอุจจาระและปัสสาวะบ่อยเมื่อผ่านพ้นระยะนี้ไปแล้วน้ำหนักตัวก็จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นโดยน้ำหนักจะเท่ากับน้ำหนักแรกเกิดประมาณวันที่ 10 และต่อไปก็จะเริ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอประมาณ 900 กรัม (2 ปอนด์) ต่อเดือนในช่วง 6 เดือนแรก

2. ความยาว ความยาวโดยเฉลี่ยของเด็กแรกเกิดประมาณ 50 เซนติเมตร ความยาวต่ำสุดคือ 46 เซนติเมตร ถ้าความยาวน้อยกว่า 46 เซนติเมตร มักจะเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งใน 6 เดือนแรกหลังเกิดความยาวจะเพิ่มขึ้นเดือนละ 2.5 เซนติเมตร (คารณิ สายะวัน. 2528 : 50 - 51)

3. ความยาวรอบศีรษะ เนื่องจากการเจริญเติบโตของศีรษะมีความสัมพันธ์กับขนาดของสมอง การวัดขนาดรอบศีรษะจึงเป็นวิธีย่อมนในการวัดการเจริญเติบโตของสมอง โดยทั่วไปขนาดรอบศีรษะของเชื้อชาติต่าง ๆ มีค่าแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย เด็กชายจะมีขนาดรอบศีรษะมากกว่าเด็กหญิง แต่มากกว่าไม่เกิน 1 เซนติเมตร ขนาดรอบศีรษะที่ผิดปกติของเด็กแรกเกิดจะเป็นเครื่องบอกถึงความผิดปกติของสมองได้เร็วและง่ายกว่าการตรวจทางระบบประสาทอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น ขนาดรอบศีรษะที่เพิ่มอย่างรวดเร็ว แม้จะไม่เกิน 2 เท่าของค่าเบี่ยงเบนจากขนาดมาตรฐานก็อาจพบในภาวะน้ำคั่งในศีรษะได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าขนาดของรอบศีรษะน้อยกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 2 เท่าของค่าเบี่ยงเบน อาจแสดงว่ามีหัวเล็กกว่าปกติ หรือมีโรคทาสเป็นเด็กปัญญาอ่อนในไดโนเปอร์เซนต์สูง เป็นต้น วิธีวัดรอบศีรษะเด็กโดยวัดจากหน้าผากผ่านไปยังท้ายทอย แล้ววกมาบรรจบที่หน้าผากซึ่งปกติจะมีค่า 35 เซนติเมตร และใหญ่กว่าเส้นรอบอกประมาณ 1-2 เซนติเมตร

4. ความยาวรอบอก วิธีวัด วัดผ่านหัวนมทั้ง 2 ข้างในระหว่างช่วงกลางของการหายใจเข้าและออกตามปกติ เมื่อแรกเกิดอกมีความกว้างระหว่างด้านหน้า ด้านหลังและด้านขวางเกือบเท่ากันเพราะฉะนั้นอัตราส่วนของทรงอกระหว่างความกว้างด้านข้าง ความกว้างด้านหน้า-หลังจึงมีค่าประมาณ 1

#### ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดรอบอกและขนาดรอบศีรษะ

ในระยะแรกเกิด ควรวัดขนาดรอบอกเปรียบเทียบกับขนาดของรอบศีรษะด้วย เนื่องจากค่าทั้ง 2 ตอนข้างใกล้เคียงกัน หลังจากนั้นขนาดรอบอกจะเพิ่มเร็วกว่าสัมพันธ์กับการเพิ่มขนาดรอบศีรษะ เด็กแรกเกิดขนาดรอบอกน้อยกว่าขนาดรอบศีรษะประมาณ 1-2 เซนติเมตร ค่าความแตกต่างที่ผิดปกติระหว่างขนาดรอบอกทั้ง 2 นี้ มักจะเกิดจากขนาดของศีรษะผิดปกติ นอกจากในรายที่มีการขาดอาหาร ทานหีบปริมาณไขมันได้ผิวหนังน้อย หรือในเด็กแรกเกิดน้ำหนัก

ตัวน้อยจะดูเหมือนศีรษะโตผิดปกติ โดยที่เป็นความผิดปกติของขนาดเส้นรอบอก (ฐานิต อิศรเสนา ๗ อยุรยา. 2525 : 124 - 128)

ความสำคัญของน้ำหนักแรกเกิด (ประพุทธ ศิริบุญย์. 2533 : 9)

น้ำหนักแรกเกิดเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะบอกถึงสุขภาพอนามัยของทารกในครรภ์ ในปัจจุบันประมาณร้อยละ 50 ของทารกแรกเกิดในประเทศไทยน้ำหนักจะต่ำกว่า 3,000 กรัม อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญอีกอันหนึ่งที่จะบอกถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการตายของทารก ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูง ค่าเฉลี่ยของประเทศประมาณร้อยละ 10 และมีอัตราตายของทารกน้ำหนักน้อยสูงเช่นกัน และในจำนวนทารกที่เสียชีวิตนี้พบว่ามากกว่าร้อยละ 65 เป็นทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม สาเหตุการตายของทารกเหล่านี้ส่วนใหญ่ยังเป็นเรื่องของการติดเชื้อและโรคระบบหายใจ การแก้ปัญหาจึงควรมุ่งในด้านการป้องกัน โดยเฉพาะสาเหตุสำคัญ ๆ ในระยะนี้ ได้แก่ การติดเชื้อ ปัญหาภาวะหายใจลำบาก การคลอดก่อนกำหนด และความพิการแต่กำเนิด

ในปี พ.ศ. 2511 ลักนา อิมฮูญ ได้ทำการสำรวจน้ำหนัก ความยาว และโรคของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2510 โดยใช้ประชากรจำนวน 600 คน ผลของการสำรวจสรุปได้ดังนี้คือ

1. ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดทั้งเพศหญิงและเพศชายมีน้ำหนักเฉลี่ย 2,150 กรัม ความยาวเฉลี่ย 44.12 เซนติเมตร
2. ทารกแรกเกิดปกติมีน้ำหนักและความยาวน้อยที่สุดเป็นทารกที่คลอดในครรภ์แรก และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนมีน้ำหนักคงที่ในครรภ์ที่ 7-9 หลังจากครรภ์ที่ 10 ขึ้นไปจะลดลงเรื่อย ๆ ตามลำดับ
3. ทารกที่คลอดก่อนกำหนดทั้งเพศชายและเพศหญิง จะมีน้ำหนักและความยาวมากที่สุดน้อยที่สุดไม่เท่ากัน ทั้งนี้แล้วแต่สภาวะของการตั้งครรภ์และสิ่งแวดล้อม
4. ทารกเพศหญิงและเพศชายที่คลอดจากมารดาซึ่งมีอายุระหว่าง 36-42 ปี จะมีน้ำหนักและความยาวเฉลี่ยมากที่สุด หลังจากนั้นไปก็จะลดลงตามลำดับ น้ำหนักและความยาวน้อยที่สุดเป็นทารกที่คลอดจากมารดาอายุ 15-21 ปี

ในปี พ.ศ.2512 วนิดา ชูวโรชิตี ได้ศึกษาสถิติการอยู่รอดและการตายของเด็กคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลราชวิถีในปี พ.ศ. 2511 พบว่า เด็กคลอดก่อนกำหนดส่วนมากมีน้ำหนักระหว่าง 1,500-2,000 กรัม มีจำนวน 543 คนหรือร้อยละ 53.49 และเป็นช่วงน้ำหนักที่เด็กคลอดก่อนกำหนดเสียชีวิตมากที่สุดคือเสียชีวิต 198 คนหรือร้อยละ 44.39 ของจำนวนที่เสียชีวิตทั้งหมด

สุมาลี อารีเอื้อ (2526 : 1 - 3) แห่งวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ได้กล่าวถึงน้ำหนักของทารกแรกเกิดว่าเป็นดัชนีที่แสดงถึงความสำเร็จของทารก ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายมาประมาณ 50 กว่าปีแล้ว การตายของทารกและความผิดปกติทางสมองมักมีสาเหตุมาจากน้ำหนักแรกคลอดเป็นประการสำคัญ ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 7 วัน พบว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจะตายมากกว่าน้ำหนักแรกเกิดปกติถึง 22 เท่า ส่วนอัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 28 วัน พบว่า 2 ใน 3 ของทารกที่ตายเป็นทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเช่นกัน นอกจากนี้ทารกแรกคลอดจะเป็นดัชนีที่แสดงถึงความสำเร็จของเด็กทารกแล้ว น้ำหนักแรกคลอดยังช่วยทำนายการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กในเวลาต่อมาด้วย เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยจะมีการเจริญเติบโตทั้งด้านน้ำหนักและส่วนสูงช้ากว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดปกติในช่วงอายุที่เท่ากัน ในด้านพัฒนาการทางอารมณ์ พบว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยเมื่อเข้าสู่วัยเรียน เด็กจะมีปัญหาด้านการเรียน การเรียนรู้ทั้งด้านทักษะและความจำช้ากว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดปกติ สภาวะของเด็กเหล่านี้จะท่อนำให้ถึงพัฒนาการของสังคม รวมถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดแก่มารดาขณะตั้งครรภ์อีกด้วย

### สุขภาพของเด็กแรกเกิด

เด็กแรกเกิดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและจะต้องปรับตัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในวัยแรก ๆ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่ทารกเคยอาศัยอยู่ อย่างกระทันหันโดยเปลี่ยนจากครรภ์มารดาเข้าสู่สภาพแวดล้อมภายนอก อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทารกจะต้องทำงานเองโดยไม่ต้องพึ่งพามารดาเหมือนเมื่ออยู่ในครรภ์ ในระยะแรกนี้การทำงานของร่างกายในระบบต่าง ๆ จะยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ ดังนั้นอาจจะทำให้ทารกแรกเกิดโดยเฉพาะ

ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด เกิดปัญหาที่รุนแรงและต้องการการแก้ไขอย่างรวดเร็ว การประเมินภาวะสุขภาพของทารกได้อย่างถูกต้องตั้งแต่แรกจะช่วยลดความรุนแรงของปัญหาหรือป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นแก่ทารกได้

กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ (2528 : 81) กล่าวถึง วัตถุประสงค์ของการประเมินภาวะสุขภาพของเด็กแรกเกิดมีดังนี้

1. เพื่อตรวจหาความผิดปกติของเด็กแรกเกิด
2. เพื่อประเมินภาวะการเจ็บป่วยของทารกที่เกิดขึ้นตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างคลอด
3. เพื่อเป็นเกณฑ์สำหรับเปรียบเทียบ หรือติดตามการเจริญเติบโตของเด็กต่อไป
4. เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นประโยชน์ในการตอบคำถามแก่บิดามารดาของทารกแรกเกิด และ เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ซักถามปัญหาในการดูแลทารกแรกเกิด

ระยะเวลาที่ควรทำการประเมินภาวะสุขภาพของเด็กแรกเกิด

1. ระยะเวลาแรกทันทีภายหลังเกิด เป็นการประเมินอย่างสั้น ๆ เพื่อตรวจดูสุขภาพของทารกโดยทั่ว ๆ ไป เกี่ยวกับระบบการไหลเวียนโลหิต การหายใจ ระบบประสาท เป็นต้น ว่ามีความผิดปกติหรือต้องการการแก้ไขอย่างรวดเร็วหรือไม่
2. เมื่อทารกย้ายไปอยู่แผนกทารกแรกเกิด ภายใน 12 ชั่วโมงแรกหลังคลอดทารกควรได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียดซ้ำอีกครั้ง สำหรับทารกที่มีภาวะช็อคหลังเกิด หรือมารดาต้องเข้ารับการเจ็บปวด หรือยาสลบระหว่างการคลอด ควรจะต้องทำการตรวจร่างกายอีกครั้งเมื่อทารกอายุได้ประมาณ 72 ชั่วโมง
3. ก่อนจำหน่ายทารกจากโรงพยาบาล ทารกควรได้รับการประเมินสุขภาพอย่างละเอียดอีกครั้งหนึ่ง พร้อมทั้งคำแนะนำในการดูแลเลี้ยงดูทารกอย่างถูกต้องด้วย
4. เมื่ออยู่ที่บ้านได้ประมาณ 1-2 สัปดาห์ โรงพยาบาลสาธารณสุขควรติดตามไปตรวจเยี่ยมและประเมินภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดที่บ้านว่า เป็นปกติหรือมีปัญหาที่ต้องการคำแนะนำช่วยเหลือหรือไม่

5. เมื่อทารกอายุครบ 1 เดือน ทารกที่เกิดที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยจะได้รับ การนัดมาตรวจสุขภาพเมื่ออายุครบ 1 เดือน นอกจากการตรวจสุขภาพแล้ว พยาบาลจะให้ คำแนะนำวิธีการป้องกันการติดเชื้อ การมารับภูมิคุ้มกันโรค การให้อาหาร การดูแลทางด้าน ร่างกายและจิตใจโดยทั่วไปที่เหมาะสมแก่ทารกด้วย

ในระยะแรกหลังจากเกิดทารกอาจมีความผิดปกติ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่าง รียบด่วนคือ ภาวะขาดออกซิเจนในโลหิตเกิดขึ้น ดังนั้นจึงต้องทำการประเมินภาวะสุขภาพของ ทารกตั้งแต่ภายใน 1 นาทีแรกหลังเกิด ซึ่งวิธีที่ใช้ในการประเมินนี้มี 2 วิธีคือ วิธีของ ดร. เวอร์จิเนีย แอปการ์ (Dr. Virginia Apgar) เรียกว่าแอปการ์สกอร์ (Apgar Score) และวิธีของมอร์ราร์ว์ และไมลส์ (Morrow and Myles) เรียกว่าระบบเอพีซี (ABC System)

เอเวอร์รี่ และเทอส์ซ (Every and Taeusch. 1984) ได้กล่าวถึงคะแนนแอปการ์ว่า เป็นวิธีง่าย ๆ ที่นิยมใช้เป็นประจําในการประเมินสภาพร่างกายของทารกทันทีภายหลังเกิดภายใน 1 และ 5 นาที โดยการให้คะแนนเป็น 0, 1 หรือ 2 สำหรับการแสดงสภาพของหน้าที่ซึ่งจำเป็น สำหรับชีวิต (เช่น สีส้ม การหายใจ การเต้นของหัวใจ) และการได้รับออกซิเจนของระบบประสาท ส่วนกลาง (เช่น การดึงตัวของกล้ามเนื้อ และรีเฟลกซ์) ตามตาราง 2 คะแนนที่ได้จากการ ตรวจคะแนนแอปการ์ที่ 1 นาทีแรกนี้ จะมีความสัมพันธ์กับระดับของความเป็นกรดหรือด่างของเลือด ที่ได้จากเส้นเลือดแดงของสายสะดือทารกแรกเกิดด้วย ซึ่งจะชี้ให้เห็นว่าทารกมีภาวะการขาด ออกซิเจนในเลือดเกิดขึ้นหรือไม่ ถ้าทารกแรกเกิดปกติคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 8-10 ถ้ามีการขาดออกซิเจนในเลือดบ้าง แต่ไม่มากคะแนนอยู่ระหว่าง 5-7 ถ้ามีการขาดออกซิเจนมาก คะแนนจะต่ำกว่า 5 เมื่อทารกแรกเกิดอายุได้ 5 นาที จะให้คะแนนซ้ำอีกครั้ง คะแนนที่ 5 นาทีนี้จะแสดงให้เห็นถึงผลภาวะแทรกซ้อนทางสมองที่จะเกิดขึ้นในระยะต่อไป ถ้าอาการทารกยัง ไม่ดีขึ้นก็ควรทำการตรวจให้คะแนนต่อไปอีกระยะหนึ่ง เพื่อจะได้เป็นแนวทางการพิจารณาเลือก วิธีปฏิบัติในการแก้ไขที่เหมาะสมกับสภาพทารกของแต่ละคน

ตาราง 2 คะแนนแอฟการ์และอาการแสดง

อาการแสดง	คะแนนแอฟการ์		
	0	1	2
ลักษณะสีผิวของเด็ก	ตัวเขียว คล้ำ ซีด	อาการเขียวที่ส่วน ปลายมือ ปลายเท้า	สีชมพู
ชีพจรหรืออัตราเต้น ของหัวใจ	ไม่มี	ช้า (น้อยกว่า 100 ครั้ง/ นาที)	มากกว่า 100 ครั้ง/นาที
สีหน้าจากการถูก กระตุ้น	ไม่ตอบสนอง	หน้าเบะ	ร้องเสียงดัง
การเคลื่อนไหวหรือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ	อ่อนปวกเปียก	งอแขนขาบ้าง	เคลื่อนไหวดี
การหายใจ	ไม่หายใจ	ช้า ไม่สม่ำเสมอ	ดี ร้องดัง

การประเมินสภาพของทารกแรกเกิดโดยาชีพระบบเอบีซีนั้นแตกต่างจากการบันทึกคะแนนแบบของแอฟการ์ ซึ่งใช้วิธีรวมคะแนนที่ได้จากการประเมินสภาพของทารก แต่ระบบเอบีซีไม่ใช้คะแนนรวม จะใช้วิธีแจ้งคะแนนที่ประเมินได้จากแต่ละสภาพมาลงบันทึก ตามตาราง 3 เช่น คะแนน 011 หมายความว่า คะแนนการเคลื่อนไหว 0 การหายใจ 1 อัตราเต้นของหัวใจ 1 เป็นต้น

ตาราง 3 การตรวจและการให้คะแนนระบบเอปี้ซี

สภาพ	คะแนน		
	0	1	2
การเคลื่อนไหว	ไม่มีการเคลื่อนไหว	มีการเคลื่อนไหวบ้าง แต่เชื่องช้าและอ่อนแรง	การเคลื่อนไหวดี
การหายใจ	ไม่มีการหายใจเอง	หายใจผิดปกติ ไม่สม่ำเสมอ หอบ กระตุกเป็นช่วง ๆ	หายใจสะดวก ปกติดี
อัตราเต้นของหัวใจ	หัวใจไม่เต้น	หัวใจเต้นช้ากว่า 100 ครั้ง/นาที มีหน้าเขียวหรือซีด	หัวใจเต้นเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที ไม่มีหน้าเขียว

เมื่อทารกแรกเกิดได้รับการตรวจเพื่อประเมินว่ามีภาวะขาดออกซิเจนในโลหิตหรือไม่และได้รับการช่วยเหลือแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว จึงทำการตรวจร่างกายทารกแรกเกิดอย่างละเอียดอีกครั้ง

#### การประเมินสุขภาพของทารกแรกเกิดด้วยระบบการให้คะแนนแอฟการ์

วนิดา ชูวโรชติ (2512 : 12) ให้การสนับสนุนการพยากรณ์การมีชีวิตรอดของทารกแรกเกิดว่า นอกจากจะประเมินจากน้ำหนักของทารกแล้ว ยังต้องอาศัยการประเมินคะแนนแอฟการ์ ซึ่งเกิดขึ้น โดย ดร.เวอร์จิเนีย แอฟการ์ (Dr. Virginia Apgar) ในปี ค.ศ.1952 ด้วยการประเมินสภาพทารกใน 1 นาที และ 5 นาทีแรกตลอดโดยพิจารณาจากลักษณะอาการ 5 ประการดังนี้ เฮเลน ซี แลทแฮมและคณะ (Helen C. Latham and Others, 1977 : 53)

1. อัตราการเต้นของหัวใจ เป็นอาการแสดงที่สำคัญที่สุด ตรวจได้ด้วยการใช้หูฟังนับ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นที่สม่ำเสมอมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที จะให้คะแนน 2 ถ้าต่ำกว่า 100 ครั้งหรือเต้นเร็วเกินกว่า 160 ครั้งต่อนาที และมีอัตราการเต้นไม่สม่ำเสมอให้คะแนน 1 หัวใจไม่เต้นเลยให้คะแนน 0

2. การหายใจ ทารกที่สามารถร้องเสียงดังได้ในทันทีที่คลอดให้คะแนน 2 ทารกที่หายใจช้า (ต่ำกว่าระดับปกติ คือ 36-40 ครั้งต่อนาที) หายใจไม่สม่ำเสมอให้คะแนน 1 ทารกที่ไม่หายใจให้คะแนน 0

3. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทารกที่ยกแขนขาเคลื่อนไหวได้ดีให้คะแนน 2 ทารกที่ยกแขนขาได้เพียงเล็กน้อยให้คะแนน 1 และทารกที่อ่อนปวกเปียก กล้ามเนื้อไม่มีแรงให้คะแนน 0

4. การตอบสนองต่อการกระตุ้น ทารกแรกคลอดที่ร้องเสียงดังหรือจามทันทีเมื่อสอดสายดูดคอเข้าไปให้คะแนน 2 ทารกที่ร้องครางเบา ๆ หรือเพียงแต่นิวหน้าให้คะแนน 1 ทารกที่ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นใด ๆ ให้คะแนน 0

5. สีผิว ทารกแรกคลอดที่หายใจได้เอง จะมีสีผิวเป็นสีชมพูทั้งตัวให้คะแนน 2 แต่ส่วนใหญ่ทารกจะเขียวตามปลายมือปลายเท้าให้คะแนน 1 และทารกที่ซีดและเขียวทั้งตัวให้คะแนน 0

เพื่อความสะดวกและง่ายขึ้น ดร.เวอร์จิเนีย แอพการ์ จึงได้จัดทำตาราง (ดังแสดงไว้ข้างต้น) เพื่อประเมินสภาพทารกและให้คะแนน

วิลเลียม โอ โกลธอร์ป (William O. Goldthorp. 1969 : 1195 - 1196) ได้สรุปผลการค้นคว้าว่า การที่ทารกแรกคลอดมีแอพการ์ สกอร์ต่ำ เป็นผลเนื่องมาจากมารดามีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด

บรูโน แกนส์ (Bruno Gans. 1969 : 1482) กล่าวว่า สาเหตุประการหนึ่งซึ่งส่งเสริมให้ทารกแรกคลอดมีภาวะขาดออกซิเจนและตายคลอดได้นั้นคือ การตกเลือดก่อนคลอด

เบซิล พิคเคิลส์ (Basil Pickles. 1974 : 62 - 63) ได้ศึกษาถึงสาเหตุการตายของทารกแรกคลอดในปี ค.ศ.1972 กล่าวว่า สาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้ทารกแรกคลอดมีภาวะหายใจลำบากและมีแอพการ์ สกอร์ต่ำ เนื่องมาจากการที่มารดามีน้ำเดินก่อนคลอด

### สมมติฐานของการวิจัย

1. มารดาที่มีชีวสังคมต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 1.1 มารดาที่มีอายุต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 1.2 มารดาที่มีฐานะ เศรษฐกิจต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 1.3 มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 1.4 มารดาที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
2. มารดาที่มีจิตลักษณะต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 2.1 มารดาที่มีทัศนคติต่อการมีบุตรต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 2.2 มารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ต่างกัน จะมีพัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 2.3 มารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 2.4 มารดาที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
3. ชีวสังคม จิตลักษณะ สามารถพยากรณ์อายุครรภ์ได้
4. ชีวสังคม จิตลักษณะ สามารถพยากรณ์พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดได้
5. ชีวสังคม จิตลักษณะ สามารถพยากรณ์สุขภาพของเด็กแรกเกิดได้
6. มารดาที่ตลอดครบกำหนดมีทัศนคติต่อการมีบุตรดีกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด

7. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีความวิตกกังวลในขณะที่ตั้งครรภ์น้อยกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด
8. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อยกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด
9. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมากกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิด การศึกษาครั้งนี้ ได้แบ่งวิธีดำเนินการออกเป็นขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. ลักษณะของเครื่องมือ
5. การหาคุณภาพของเครื่องมือ
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล
7. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ หญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาล ตารวจในระหว่างเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน 2538

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นหญิงมีครรภ์ที่คลอดบุตรและได้รับการดูแลหลังคลอดในแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลตารวจ ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน 2538

#### วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์ที่คลอดบุตรและได้รับการดูแลหลังคลอดในแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลตารวจ ในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2538 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2538 จำนวน 200 คน โดยเป็นผู้มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นมารดาที่มีการคลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด
2. คลอดทารกเมื่ออายุครรภ์ 28-42 สัปดาห์

3. ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต โรคประสาท

4. ไม่มีปัญหาในเรื่องการได้ยิน สามารถตอบแบบสอบถามได้

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการท้าววิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยสำรวจรายชื่อมารดาหลังคลอดที่หอผู้ป่วยหลังคลอด คัดเลือกเฉพาะมารดาที่มีคุณสมบัติตามกำหนด แล้วจับฉลากขึ้นมาครั้งละ 5 คน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 200 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของหญิงมีครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านจิตลักษณะของหญิงมีครรภ์

2. แบบบันทึกอายุครรภ์ และข้อมูลเกี่ยวกับทารก

### ลักษณะของเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของหญิงมีครรภ์ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังของหญิงมีครรภ์ ได้แก่ อายุ สถานะเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ดังนี้

1.1 อายุของมารดา

ก. น้อยกว่า 20 ปี

ข. 20 - 30 ปี

ค. มากกว่า 35 ปี

## 1.2 รายได้ของครอบครัวมารดา

- ก. ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม
- ข. พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม
- ค. พอใช้ เหลือเก็บ

## 1.3 การศึกษาของมารดา

- ก. ระดับประถมศึกษา
- ข. ระดับมัธยมศึกษา
- ค. ระดับอุดมศึกษา

## 1.4 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

- ก. ช่วง 1-2 ครั้ง
- ข. มากกว่า 2 ครั้ง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านจิตลักษณะของหญิงมีครรภ์ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการมีบุตร ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง และการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) คำถามมีลักษณะเป็นข้อความซึ่งเป็น การบรรยายระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด คำถามจะมีลักษณะทั้งทางบวก (Positive) และทางลบ (Negative) มีจำนวนทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งออกเป็น

1. ทักษะคิดต่อการมีบุตร จำนวน 15 ข้อ
2. ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ จำนวน 14 ข้อ
3. ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง จำนวน 8 ข้อ
4. การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย จำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็น
  - การรับประทานอาหาร จำนวน 2 ข้อ
  - การหลีกเลี่ยงจากโรคติดต่อ จำนวน 2 ข้อ
  - การใช้อายัดรักษาโรค จำนวน 3 ข้อ

- การรำใช้สิ่งเสพติด จำนวน 3 ข้อ
- การผากกรรม จำนวน 3 ข้อ

แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้

น้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิด หรือการกระทำของผู้ตอบน้อยที่สุด
น้อย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิด หรือการกระทำของผู้ตอบบ้างเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิด หรือการกระทำของผู้ตอบบ้างพอสมควร
มาก	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิด หรือการกระทำของผู้ตอบเป็นส่วนมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิด หรือการกระทำของผู้ตอบมากที่สุด

การกำหนดคะแนน สำหรับแบบวัดทัศนคติต่อการมีบุตร และการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย  
คำถามจะมีลักษณะทั้งทางบวกและทางลบ

ตัวเลือกตอบ	คะแนนของข้อความทางบวก	คะแนนของข้อความทางลบ
น้อยที่สุด	1	5
น้อย	2	4
ปานกลาง	3	3
มาก	4	2
มากที่สุด	5	1

ส่วนแบบวัดความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ และประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง คำถามจะมีลักษณะทั้งทางบวกและทางลบเช่นกัน และมีการกำหนดคะแนนดังนี้

ค่า เลือกตอบ	คะแนนของข้อความทางบวก	คะแนนของข้อความทางลบ
น้อยที่สุด	5	1
น้อย	4	2
ปานกลาง	3	3
มาก	2	4
มากที่สุด	1	5

2. แบบบันทึกอายุครรภ์และข้อมูลเกี่ยวกับทารก ประกอบด้วยอายุครรภ์เป็นสัปดาห์ และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กแรกเกิด ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ และข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบศีรษะและเส้นรอบอก

เครื่องมือวัดสุขภาพของเด็กแรกเกิด เป็นแบบวัดมาตรฐานที่ชื่อว่า มาตรฐานวัดแอฟการ์ (Apgar Scale) ของ ดร.เวอร์จิเนีย แอฟการ์ (Dr.Virginia Apgar) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับคือ 0, 1 และ 2 โดยประเมินลักษณะทางคลินิกของเด็ก 5 อย่าง ได้แก่

1. ลักษณะสีผิวของเด็ก
2. อัตราการเต้นของหัวใจ
3. การหายใจ
4. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ
5. การตอบสนองของเด็กเมื่อถูกกระตุ้น

#### การกำหนดคะแนน

##### ลักษณะสีผิวของเด็ก

- สีผิวเป็นสีชมพูทั้งตัว ให้คะแนน 2
- ปลายมือปลายเท้าเป็นสีเขียว แต่ตัวเป็นสีชมพู ให้คะแนน 1
- สีผิวเป็นสีเขียวทั้งตัว ให้คะแนน 0

##### อัตราการเต้นของหัวใจ

- อัตราการเต้นของหัวใจที่สม่ำเสมอมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ให้คะแนน 2

- อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 100 ครั้งหรือเต้นเร็วกว่า 160 ครั้งต่อนาที และมีอัตราการเต้นไม่สม่ำเสมอ ให้คะแนน 1
- หัวใจไม่เต้นเลย ให้คะแนน 0

#### การหายใจ

- ร้องเสียงดังทันทีที่คลอด ให้คะแนน 2
- หายใจต่ำกว่า 36 ครั้งต่อนาทีและมีอัตราการหายใจไม่สม่ำเสมอ ให้คะแนน 1
- ไม่หายใจ ให้คะแนน 0

#### การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ

- ยกแขนขาเคลื่อนไหวได้ดี ให้คะแนน 2
- งอแขนขาได้เพียงเล็กน้อย ให้คะแนน 1
- กล้ามเนื้อไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก ให้คะแนน 0

#### การตอบสนองของเด็กเมื่อถูกกระตุ้น

- ร้องเสียงดังหรือจามทันทีที่ถูกกระตุ้น ให้คะแนน 2
- ร้องครางเพียงเบา ๆ หรือเพียงนิ้วหน้าเมื่อถูกกระตุ้น ให้คะแนน 1
- ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น ให้คะแนน 0

การให้คะแนน จะให้เมื่อทารกอายุได้ 1 นาที และ 5 นาที นักคะแนนที่ได้นั้นแต่ละลักษณะรวมกันจะได้เป็นคะแนนเฉลี่ยเฉพาะตัว ทั้งนี้คะแนนเหล่านี้ผู้ที่ทำเพื่อ พยายามแปลผลที่ห้องคลอด เครื่องมือวัดพัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด เครื่องมือที่ใช้ในการวัด ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก สายเทปสำหรับวัดความยาว เส้นรอบศีรษะและเส้นรอบอก

#### วิธีชั่งน้ำหนักเด็ก

1. ปรับเครื่องชั่งให้สมดุล
2. ถอดผ้าที่ห่อเด็กออก
3. ใช้นิ้วเด็กวางลงบนเครื่องชั่ง
4. ปรับเครื่องชั่งให้สมดุล อ่านผลในขณะที่เครื่องชั่งนิ่งสนิท จดบันทึกไว้

### วิธีวัดรอบอก รอบศีรษะ ความยาว

1. วัดรอบศีรษะ ใช้สายเทปด้านเซนติเมตรวัดจากหน้าผากส่วนที่ยื่นที่สุดของท้ายทอย ย้อมมาจรดหน้าผากแล้วอ่านค่า จดบันทึก
2. วัดรอบอก ใช้สายเทปด้านเซนติเมตรวัดผ่านระดับราวมอ้อมด้านหลังมาจรดกัน แล้วอ่านค่า จดบันทึก
3. วัดความยาว ใช้สายเทปด้านเซนติเมตรวัดจากสันเท้า แนบเทปไปตามขา กระดูกลิ้นหลัง ต้นคอ ถึงจุดบนสุดของศีรษะแล้วอ่านค่า

### การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางกุมารเวชศาสตร์ 1 ท่าน และทางจิตวิทยาพัฒนาการ 2 ท่าน ตรวจสอบลักษณะคุณภาพของข้อความหรือคำถามในแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เพื่อให้แบบสอบถามมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ เหมาะสมกับการนำไปทดสอบหญิงมีครรภ์ต่อไป
2. หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับหญิงมีครรภ์ที่คลอดบุตร จำนวน 60 คน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่หญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลตำรวจ การสร้างแบบทดสอบจะสร้างให้มีข้อทดสอบมากกว่าจำนวนข้อที่กำหนด แล้วทดสอบหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อด้วยวิธีหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคำถามกับคะแนนรวม นำผลการทดสอบที่ได้มาคัดเอาข้อสอบที่ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์ออกไป จนเหลือจำนวนข้อสอบที่กำหนดคือ 40 ข้อ
3. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการเลือกข้อความด้วยวิธี Item Total Correlation ปรากฏว่าแบบวัดทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8056 แบบวัดความวิตกกังวลในขณะที่ตั้งครรภ์ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8074 แบบวัดประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงได้ค่าความเชื่อมั่น 0.7563 และแบบวัดการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยได้ค่าความเชื่อมั่น 0.7304

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อขอความร่วมมือจากแผนกสูตินรีเวชและแผนกทารกแรกเกิดในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจะแบ่งออกเป็น 2 ชุดคือ

ชุดที่ 1 แบ่งเป็น 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามด้านชีวสังคมของหญิงมีครรภ์

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามด้านจิตลักษณะของหญิงมีครรภ์

ชุดที่ 2 เป็นแบบบันทึกอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิด การรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. สืบจรรยาชื่อมารดาหลังคลอด คัดเลือกเฉพาะมารดาที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด
2. วันสุดท้ายก่อนที่มารดาหลังคลอดจะกลับบ้าน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขอความร่วมมือบันทึกข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลจิตลักษณะ ระยะเวลาในการสัมภาษณ์รายละ 45 นาที
3. ในกรณีที่มารดาอ่านหนังสือไม่ได้หรืออ่านช้า ผู้วิจัยจะเป็นคนอ่านให้ฟัง แล้วรอคำตอบที่มารดาตอบและทำเครื่องหมายตามที่มารดาตอบ
4. บันทึกอายุครรภ์ คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ด จากใบย่อคลอดที่พยาบาลประจำห้องคลอดเป็นผู้บันทึกไว้ และบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบศีรษะและเส้นรอบอก จากแบบบันทึกที่พยาบาลประจำห้องทารกแรกเกิดเป็นผู้บันทึกไว้
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่สมบูรณ์เอาไว้ ส่วนแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์คัดทิ้งไป ตรวจหาคะแนนแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แยกคะแนนตามกลุ่มตัวแปรต้น นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำคะแนนในแต่ละกลุ่มหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างของอายุครรภ์ตามตัวแปรอิสระโดยใช้ t-test หรือ F-test ในกรณีของ F-test ถ้าพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe)
3. หาสมการพยากรณ์อายุครรภ์ สุขภาพของเด็กแรกเกิด และพัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด
4. หาร้อยละของการคลอดก่อนกำหนดในแต่ละกลุ่มย่อยที่แยกตามตัวแปรชีวสังคมและภูมิหลัง และตามตัวแปรจิตลักษณะ

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

$Y_1$	หมายถึง	อายุครรภ์
$Y_2$	หมายถึง	พัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของเด็กแรกเกิด
$Y_3$	หมายถึง	พัฒนาการทางกายด้านความยาวของเด็กแรกเกิด
$Y_4$	หมายถึง	พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะของเด็กแรกเกิด
$Y_5$	หมายถึง	พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกของเด็กแรกเกิด
$Y_6$	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิด
$Y_7$	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 5 ของเด็กแรกเกิด
$Y_8$	หมายถึง	พัฒนาการทางกายโดยรวมของเด็กแรกเกิด
$X_1$	หมายถึง	ทัศนคติต่อการมีบุตร
$X_2$	หมายถึง	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์
$X_3$	หมายถึง	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง
$X_4$	หมายถึง	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย
$X_5$	หมายถึง	รายได้ของครอบครัว
$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	หมายถึง	จำนวนตัวอย่าง
R	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
$R^2$	หมายถึง	สัมประสิทธิ์การพยากรณ์
$\Delta R^2$	หมายถึง	สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีการเพิ่มตัวพยากรณ์ที่ละตัว
t	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
F	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
SS	หมายถึง	Sum of Square

MS	หมายถึง	Mean of Square
df	หมายถึง	Degree of Freedom
*	หมายถึง	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอตามลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรชีวสังคม และตามตัวแปรจิตลักษณะ ปรากฏผลตามตาราง 4-5

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรชีวสังคม

ชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	22	11.0
20 - 35 ปี	163	81.5
มากกว่า 35 ปี	15	7.5
2. รายได้ของครอบครัว		
ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	40	20.0
พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	121	60.5
พอใช้ เหลือเก็บ	39	19.5
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	104	52.0
มัธยมศึกษา	53	26.5
อุดมศึกษา	43	21.5

ตาราง 4 (ต่อ)

ชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
4. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ช่วง 1-2 ครั้ง	158	79.0
มากกว่า 2 ครั้ง	42	21.0

จากตาราง 4 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 20-35 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.5 รายได้ของครอบครัวพอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.5 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.0 และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 1-2 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.0

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามตัวแปรจิตลักษณะ

จิตลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1 ทักษะคิดต่อการมีบุตร		
ทักษะคิดที่ดีต่อการมีบุตร	116	58
ทักษะคิดที่ไม่ดีต่อการมีบุตร	84	42
2 ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์		
ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก	99	49.5
ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย	101	50.5
3 ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง		
ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก	109	54.5
ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อย	91	45.5
4 การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย		
การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก	102	51
การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อย	98	49

จากตาราง 5 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีทักษะคิดที่ดีต่อการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 58 มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย คิดเป็นร้อยละ 50.5 มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 54.5 และมีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก คิดเป็นร้อยละ 51

2. ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างรวม ปรากฏผลตามตาราง 6

ตาราง 6 แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างรวม

จิตลักษณะและตัวแปรที่ศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.
ทัศนคติต่อการมีบุตร	64.22	6.90
ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์	50.53	8.14
ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง	36.87	4.06
การไร้ใจดูแลสุขภาพอนามัย	54.49	5.61
อายุครรภ์	37.16	4.11
น้ำหนักของเด็กแรกเกิด	2834.85	766.94
ความยาวของเด็กแรกเกิด	49.61	5.52
เส้นรอบศีรษะของเด็กแรกเกิด	32.76	2.70
เส้นรอบอกของเด็กแรกเกิด	30.90	3.06
คะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิด	8.28	1.73
คะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ที่ 5 ของเด็กแรกเกิด	9.61	1.10

จากตาราง 6 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติต่อการมีบุตรเฉลี่ย 64.22 มีคะแนนความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์เฉลี่ย 50.53 มีคะแนนประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงเฉลี่ย 36.87 มีคะแนนการไร้ใจดูแลสุขภาพอนามัยเฉลี่ย 54.49 มีอายุครรภ์เฉลี่ย 37.16 สัปดาห์ มีน้ำหนักของเด็กแรกเกิดเฉลี่ย 2834.85 กรัม มีความยาวของเด็กแรกเกิดเฉลี่ย 49.61 เซนติเมตร มีเส้นรอบศีรษะของเด็กแรกเกิดเฉลี่ย 32.76 เซนติเมตร มีเส้นรอบอกของเด็กแรกเกิดเฉลี่ย 30.90 เซนติเมตร มีคะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิดเฉลี่ย 8.28 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ที่ 5 ของเด็กแรกเกิดเฉลี่ย 9.61 คะแนน

3. ค่าสถิติพื้นฐานของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีอายุต่างกัน ปรากฏผลตามตาราง 7

ตาราง 7 ค่าสถิติพื้นฐานของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีอายุต่างกัน

ตัวแปรตามที่ศึกษา	อายุมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.
อายุครรภ์	น้อยกว่า 20 ปี	22	34.59	4.39
	20-35 ปี	163	37.61	3.97
	มากกว่า 35 ปี	15	36.00	3.91
พัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของเด็กแรกเกิด	น้อยกว่า 20 ปี	22	2250.45	801.72
	20-35 ปี	163	2934.36	722.15
	มากกว่า 35 ปี	15	2610.67	810.15
พัฒนาการทางกายด้านความยาวของเด็กแรกเกิด	น้อยกว่า 20 ปี	22	46.41	5.32
	20-35 ปี	163	50.10	5.46
	มากกว่า 35 ปี	15	48.93	5.11
พัฒนาการทางกายด้วยเส้นรอบศีรษะของเด็กแรกเกิด	น้อยกว่า 20 ปี	22	30.82	2.60
	20-35 ปี	163	33.13	2.51
	มากกว่า 35 ปี	15	31.53	3.29

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปรตามที่ศึกษา	อายุมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.
พัฒนาการทางกายด้าน เส้นรอบอกของเด็กแรกเกิด	น้อยกว่า 20 ปี	22	28.50	3.68
	20-35 ปี	163	31.32	2.76
	มากกว่า 35 ปี	15	29.93	3.57
พัฒนาการทางกายโดยรวม ของเด็กแรกเกิด	น้อยกว่า 20 ปี	22	171.54	39.94
	20-35 ปี	163	204.93	33.63
	มากกว่า 35 ปี	15	188.15	42.49
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์วัน นาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิด	น้อยกว่า 20 ปี	22	7.55	1.95
	20-35 ปี	163	8.43	1.56
	มากกว่า 35 ปี	15	7.67	2.61
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์วัน นาที่ที่ 5 ของเด็กแรกเกิด	น้อยกว่า 20 ปี	22	9.36	1.68
	20-35 ปี	163	9.71	.87
	มากกว่า 35 ปี	15	8.87	1.85

จากตาราง 7 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี มีอายุครรภ์มากกว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และพบว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี มีพัฒนาการทางกายและสุขภาพดีกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี เพื่อดูว่าแตกต่างกันอย่างไร เชื้ออิวาได้หรือไม่ จึงนำเสนอตาราง 8

4. เปรียบเทียบอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิด ในมารดาที่มีอายุต่างกัน ปรากฏผลตามตาราง 8-15

ตาราง 8 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีอายุต่างกัน

ตัวแปรตามที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df	MS	F
อายุครรภ์	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	99.00	6.16*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	16.07	
พัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของ เด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	4940599.68	9.08*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	544003.03	
พัฒนาการทางกายด้านความยาวของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	135.56	4.61*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	29.41	
พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	64.03	9.58*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	6.68	
พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	84.47	9.83*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	8.59	
พัฒนาการทางกายโดยรวมของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	11945.27	9.73*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	1228.25	

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปรตามที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df	MS	F
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ ที่ 1 ของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	10.57	3.65
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	2.90	
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ ที่ 5 ของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	5.55	4.78*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	1.16	

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนจากตาราง 8 พบว่า มารดาที่มีอายุต่างกัน มีบุตรแรกเกิดที่มีอายุครรภ์ต่างกัน มีพัฒนาการทางกายรายด้านและโดยรวมทุกด้านแตกต่างกัน ตลอดจนมีสุขภาพซึ่งประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 5 ต่างกันด้วย แต่มีสุขภาพเมื่อประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 ไม่แตกต่างกัน

ผลที่ได้เกือบทั้งหมดจึงสอดคล้องกับสมมติฐาน 1.1 ที่ว่า "มารดาที่มีอายุต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน" มีเพียงสุขภาพของเด็กแรกเกิดเมื่อประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 เท่านั้นที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

เพื่อตรวจสอบว่าคะแนนเฉลี่ยคู่ใดที่ต่างกัน จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่อีกครั้งหนึ่งโดยวิธีของเชฟเฟ้ (Scheffe) ปรากฏผลตามตาราง 9-15

ตาราง 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เป็นรายคู่ในมารดาที่มีอายุต่างกัน

อายุมารดา	$\bar{X}$	น้อยกว่า 20 ปี	มากกว่า 35 ปี	20-35 ปี
		34.59	36.00	37.61
น้อยกว่า 20 ปี	34.59	-	1.41	3.02*
มากกว่า 35 ปี	36.00		-	1.61
20-35 ปี	37.61			-

\*  $p < .05$ 

จากตาราง 9 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี มีค่าเฉลี่ยอายุครรภ์มากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี กับทารกแรกเกิดจากมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี และทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี

ตาราง 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดตามมารดาที่มีอายุต่างกัน

อายุมารดา		น้อยกว่า 20 ปี	มากกว่า 35 ปี	20-35 ปี
	$\bar{X}$	2250.45	2610.67	2934.36
น้อยกว่า 20 ปี	2250.45	-	360.22	683.91*
มากกว่า 35 ปี	2610.67		-	323.69
20-35 ปี	2934.36			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 10 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี มีค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักมากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และทารกแรกเกิดจากมารดาที่อายุ 20-35 ปี

ตาราง 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านความยาวเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิด  
ในมารดาที่มีอายุต่างกัน

อายุมารดา	น้อยกว่า 20 ปี    มากกว่า 35 ปี    20-35 ปี			
	$\bar{X}$	46.41	48.93	50.10
น้อยกว่า 20 ปี	46.41	-	2.52	3.69*
มากกว่า 35 ปี	48.93		-	1.17
20-35 ปี	50.10			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 11 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี มีค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านความยาวมากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านความยาวระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และทารกแรกเกิดจากมารดาที่อายุ 20-35 ปี

ตาราง 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะ เป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิด ในมารดาที่มีอายุต่างกัน

อายุมารดา	$\bar{X}$	น้อยกว่า 20 ปี	มากกว่า 35 ปี	20-35 ปี
		30.82	31.53	33.13
น้อยกว่า 20 ปี	30.82	-	0.71	2.31*
มากกว่า 35 ปี	31.53		-	1.60
20-35 ปี	33.13			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 12 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี มีค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะมากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และทารกแรกเกิดจากมารดาที่อายุ 20-35 ปี

ตาราง 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิด  
ในมารดาที่มีอายุต่างกัน

อายุมารดา	$\bar{X}$	น้อยกว่า 20 ปี    มากกว่า 35 ปี    20-35 ปี		
		28.50	29.93	31.32
น้อยกว่า 20 ปี	28.50	-	1.43	2.82*
มากกว่า 35 ปี	29.93		-	1.39
20-35 ปี	31.32			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 13 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี มีค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกมากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และทารกแรกเกิดจากมารดาที่อายุ 20-35 ปี

ตาราง 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายโดยรวมเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดตามมารดาที่มีอายุต่างกัน

อายุมารดา	$\bar{X}$	น้อยกว่า 20 ปี	มากกว่า 35 ปี	20-35 ปี
		171.54	188.15	204.93
น้อยกว่า 20 ปี	171.54	-	16.61	33.39*
มากกว่า 35 ปี	188.15		-	16.78
20-35 ปี	204.93			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 14 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี มีค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายโดยรวมมากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายโดยรวมระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และทารกแรกเกิดจากมารดาที่อายุ 20-35 ปี

ตาราง 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดที่ประเมินจากคะแนนเฉลี่ย  
 แอปการ์ในนาที่ที่ 5 ในมารดาที่มีอายุต่างกัน

อายุมารดา	$\bar{X}$	มากกว่า 35 ปี	น้อยกว่า 20 ปี	20-35 ปี
		9.36	8.87	9.71
มากกว่า 35 ปี	9.36	-	0.49	0.84*
น้อยกว่า 20 ปี	8.87		-	0.35
20-35 ปี	9.71			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 15 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี มีค่าเฉลี่ยสุขภาพที่ประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอปการ์ในนาที่ที่ 5 มากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาพที่ประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอปการ์ในนาที่ที่ 5 ระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และทารกแรกเกิดจากมารดาที่อายุ 20-35 ปี

5. ค่าสถิติพื้นฐานของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน ปรากฏผลตามตาราง 16

ตาราง 16 ค่าสถิติพื้นฐานของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน

ตัวแปรตามที่ศึกษา	รายได้ครอบครัว ของมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.
อายุครรภ์	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	40	35.00	4.57
	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	121	37.52	4.28
	พอใช้ เหลือเก็บ	39	38.24	1.65
พัฒนาการทางกายด้าน น้ำหนักของเด็กแรกเกิด	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	40	2493.25	971.89
	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	121	2882.81	724.09
	พอใช้ เหลือเก็บ	39	3036.41	532.25
พัฒนาการทางกายด้าน ความยาวของเด็กแรกเกิด	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	40	47.08	6.45
	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	121	50.00	5.67
	พอใช้ เหลือเก็บ	39	50.97	2.49
พัฒนาการทางกายด้าน เส้นรอบศีรษะของเด็ก แรกเกิด	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	40	31.39	3.45
	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	121	32.96	2.57
	พอใช้ เหลือเก็บ	39	33.54	1.51

ตาราง 16 (ต่อ)

ตัวแปรตามที่ศึกษา	รายได้ครอบครัว ของมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.
พัฒนาการทางกายด้าน เส้นรอบอกของเด็ก แรกเกิด	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	40	29.23	4.16
	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	121	31.16	2.76
	พอใช้ เหลือเก็บ	39	31.82	1.79
พัฒนาการทางกาย โดยรวมของเด็ก แรกเกิด	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	40	180.40	49.23
	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	121	202.93	33.4511
	พอใช้ เหลือเก็บ	39	211.01	20.47
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์รัน นาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิด	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	40	7.45	2.09
	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	121	8.36	1.71
	พอใช้ เหลือเก็บ	39	8.87	.86
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์รัน นาที่ที่ 5 ของเด็กแรกเกิด	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	40	9.10	1.60
	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	121	9.67	1.00
	พอใช้ เหลือเก็บ	39	9.92	.35

จากตาราง 16 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ มีอายุครรภ์มากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืมและทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม และพบว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ มีพัฒนาการทางกายและสุขภาพดีกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืมและทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม เพื่อดูว่าแตกต่างกันอย่างไร เชื้อถือได้หรือไม่ จึงนำเสนอตาราง 17

6. เปรียบเทียบอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน ปรากฏผลตามตาราง 17-25

ตาราง 17 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน

ตัวแปรตามที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df	MS	F
อายุครรภ์	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	123.54	7.81*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	15.82	
พัฒนาการทางกายด้าน น้ำหนักของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	3265187.97	5.82*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	561012.28	
พัฒนาการทางกายด้าน ความยาวของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	174.02	6.00*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	29.02	
พัฒนาการทางกายด้าน เส้นรอบศีรษะของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	51.88	7.62*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	6.81	
พัฒนาการทางกายด้าน เส้นรอบอกของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	76.76	8.85*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	8.67	
พัฒนาการทางกายโดยรวม ของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	10570.39	8.51*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	1242.21	

ตาราง 17 (ต่อ)

ตัวแปรตามที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df	Ms	F
คะแนนเฉลี่ยแอฟทาร์ในนาที่ ที่ 1 ของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	20.95	7.50*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	2.79	
คะแนนเฉลี่ยแอฟทาร์ในนาที่ ที่ 5 ของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	7.32	6.41*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	1.14	

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนจากรายการ 17 พบว่า มารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีบุตรแรกเกิดที่มีอายุครรภ์ต่างกัน มีพัฒนาการทางกายรายด้านและโดยรวมทุกด้านแตกต่างกัน ตลอดจนมีสุขภาพที่ประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟทาร์ในนาที่ที่ 1 และในนาที่ที่ 5 ต่างกัน ผลที่ได้ทั้งหมดจึงสอดคล้องกับสมมติฐาน 1.2 ที่ว่า "มารดาที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน"

เพื่อตรวจสอบว่าคะแนนเฉลี่ยคู่ใดที่แตกต่างกัน จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย เป็นรายคู่อีกครั้งหนึ่งโดยวิธีของเชฟเฟ้ (Scheffe) ปรากฏผลตามตาราง 18-25

ตาราง 18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เป็นรายคู่ในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน

รายได้ครอบครัว ของมารดา	$\bar{X}$	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	พอใช้ เหลือเก็บ
		35.00	37.52	38.23
ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	35.00	-	2.52*	3.23*
พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	37.52		-	0.71
พอใช้ เหลือเก็บ	38.23			-

\*p < .05

จากตาราง 18 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ และมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม มีค่าเฉลี่ยอายุครรภ์มากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม

ตาราง 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิด  
ในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน

รายได้ครอบครัว ของมารดา	$\bar{X}$	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	พอใช้ เหลือเก็บ
		2493.25	2882.81	3036.41
ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	2493.25	-	389.56*	543.16*
พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	2882.81		-	15.36
พอใช้ เหลือเก็บ	3036.41			-

\*p < .05

จากตาราง 19 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ และมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม มีค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักมากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บกับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม

ตาราง 20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านความยาวเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน

รายได้ครอบครัว ของมารดา	$\bar{X}$	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	พอใช้ เหลือเก็บ
		47.08	50.00	50.97
ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	47.08	-	2.92*	2.89*
พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	50.00		-	0.97
พอใช้ เหลือเก็บ	50.97			-

\*p < .05

จากตาราง 20 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ และมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม มีค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านความยาวมากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านความยาวระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม

ตาราง 21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะ เป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดใน มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน

รายได้ครอบครัว ของมารดา	$\bar{X}$	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	พอใช้ เหลือเก็บ
		31.39	32.96	33.54
ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	31.39	-	1.57*	2.15*
พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	32.96		-	0.58
พอใช้ เหลือเก็บ	33.54			-

\*p < .05

จากตาราง 21 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ และมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม มีค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะมากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม

ตาราง 22 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน

รายได้ครอบครัว ของมารดา	$\bar{X}$	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	พอใช้ เหลือเก็บ
ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	29.23	-	1.93*	2.59*
พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	31.16		-	0.66
พอใช้ เหลือเก็บ	31.82			-

\* $p < .05$

จากตาราง 21 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ และมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม มีค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกมากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม

ตาราง 23 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายโดยรวมเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดในมารดา  
ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน

รายได้ครอบครัว ของมารดา	$\bar{X}$	แม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	พอใช้ เหลือเก็บ
		180.40	202.93	211.01
แม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	180.40	-	22.53*	30.61*
พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	202.93		-	8.08
พอใช้ เหลือเก็บ	211.01			-

\*p < .05

จากตาราง 23 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ และมารดา  
ที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม มีค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายโดยรวมมากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดา  
ที่มีรายได้แม่พอใช้ ต้องกู้ยืม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่า  
เฉลี่ยพัฒนาการทางกายโดยรวมระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ กับทารก  
แรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม

ตาราง 24 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดที่ประเมินจากคะแนนเฉลี่ย  
 แอปการ์ในนาที่ที่ 1 ในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน

รายได้ครอบครัว ของมารดา	X	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	พอใช้ เหลือเก็บ
ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	7.45	-	0.91*	1.42*
พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	8.36		-	0.51
พอใช้ เหลือเก็บ	8.87			-

\*p < .05

จากตาราง 23 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ และมารดา  
 ที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม มีค่าเฉลี่ยสุขภาพที่ประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอปการ์ในนาที่ที่ 1 มากกว่า  
 ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่  
 พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาพที่ประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอปการ์ในนาที่ที่ 1 ระหว่างทารก  
 แรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม

ตาราง 25 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดที่ประเมินจากคะแนนเฉลี่ย  
 แอปการ์ในนาที่ที่ 5 ในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน

รายได้ครอบครัว ของมารดา	X	ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	พอใช้ เหลือเก็บ
ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	9.10	-	0.57*	0.82*
พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	9.67		-	0.25
พอใช้ เหลือเก็บ	9.92			-

\*p < .05

จากตาราง 25 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ และมารดา  
 ที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม มีค่าเฉลี่ยสุขภาพที่ประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอปการ์ในนาที่ที่ 5 มากกว่า  
 ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่  
 พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาพที่ประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอปการ์ในนาที่ที่ 5 ระหว่างทารก  
 แรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม

7. ค่าสถิติพื้นฐานของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ปรากฏผลตามตาราง 26

ตาราง 26 ค่าสถิติพื้นฐานของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ตัวแปรตามที่ศึกษา	การศึกษาของมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.
อายุครรภ์	ประถมศึกษา	104	36.29	5.10
	มัธยมศึกษา	53	38.02	2.79
	อุดมศึกษา	43	38.19	1.65
พัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของ เด็กแรกเกิด	ประถมศึกษา	104	2714.52	837.22
	มัธยมศึกษา	53	2928.30	772.12
	อุดมศึกษา	43	3010.70	501.28
พัฒนาการทางกายด้านความยาวของ เด็กแรกเกิด	ประถมศึกษา	104	49.01	5.25
	มัธยมศึกษา	53	49.57	7.40
	อุดมศึกษา	43	51.09	2.41
พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะของ เด็กแรกเกิด	ประถมศึกษา	104	32.31	2.84
	มัธยมศึกษา	53	32.97	2.99
	อุดมศึกษา	43	33.57	1.54

ตาราง 26 (ต่อ)

ตัวแปรตามที่ศึกษา	การศึกษาของมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.
พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกของเด็กแรกเกิด	ประถมศึกษา	104	30.33	3.54
	มัธยมศึกษา	53	31.35	2.67
	อุดมศึกษา	43	31.73	1.74
พัฒนาการทางกายโดยรวมของเด็กแรกเกิด	ประถมศึกษา	104	193.84	40.80
	มัธยมศึกษา	53	203.40	36.28
	อุดมศึกษา	43	210.72	19.78
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิดแรกเกิด	ประถมศึกษา	104	8.01	1.98
	มัธยมศึกษา	53	8.51	1.25
	อุดมศึกษา	43	8.63	1.46
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 5 ของเด็กแรกเกิดแรกเกิด	ประถมศึกษา	104	9.46	1.29
	มัธยมศึกษา	53	9.75	.68
	อุดมศึกษา	43	9.77	.97

จากตาราง 26 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีอายุครรภ์มากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และพบว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีพัฒนาการทางกายและสุขภาพดีกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา เพื่อดูว่าแตกต่างกันอย่างไร เชื้ออิวัดหรืออิวัด จึงนำเสนอตาราง 27

8. เปรียบเทียบอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดา  
ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ปรากฏผลตามตาราง 27-31

ตาราง 27 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็ก  
แรกเกิดในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ตัวแปรตามการศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df	MS	F
อายุครรภ์	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	81.68	5.03*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	16.25	
พัฒนาการทางกายด้าน น้ำหนักของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	1649196.65	2.86
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	577418.29	
พัฒนาการทางกายด้าน ความยาวของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	66.08	2.19
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	30.12	
พัฒนาการทางกายด้าน เส้นรอบศีรษะของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	25.70	3.63*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	7.07	
พัฒนาการทางกายด้าน เส้นรอบอกของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	37.04	4.08*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	9.08	
พัฒนาการทางกายโดยรวม ของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	4752.05	3.65*
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	1301.28	

ตาราง 27 (ต่อ)

ตัวแปรตามที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df	MS	F
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ ที่ 1 ของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	7.80	2.67
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	2.93	
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ ที่ 5 ของเด็กแรกเกิด	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2	2.23	1.87
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	197	1.19	

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนจากรายการ 27 พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีบุตรแรกเกิดที่มีอายุครรภ์ต่างกัน มีพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะ ด้านเส้นรอบอก และพัฒนาการทางกายโดยรวมแตกต่างกัน แต่ไม่พบความแตกต่างในพัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักและด้านความยาวกับไม่พบความแตกต่างในสุขภาพของทารกแรกเกิดที่ประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 และในนาที่ที่ 5 ผลที่ได้รับจึงสอดคล้องกับสมมติฐาน 1.3 ที่ว่า "มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน" โดยที่พัฒนาการทางกายด้านน้ำหนัก ด้านความยาว และสุขภาพของเด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 และในนาที่ที่ 5 ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

เพื่อตรวจสอบว่าคะแนนเฉลี่ยคู่ใดที่แตกต่างกัน จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่อีกครั้งหนึ่งโดยวิธีของเชฟเฟ้ (Scheffe) ปรากฏผลตามตาราง 28-31

ตาราง 28 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เป็นรายคู่ในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

การศึกษาของมารดา		ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
	$\bar{X}$	36.29	38.02	38.19
ประถมศึกษา	36.29	-	1.73*	1.9*
มัธยมศึกษา	38.02		-	0.17
อุดมศึกษา	38.19			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 28 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา และมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีค่าเฉลี่ยอายุครรภ์มากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

ตาราง 29 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะ เป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

การศึกษาของมารดา		ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
	$\bar{X}$	32.31	32.97	33.57
ประถมศึกษา	32.31	-	0.66	1.26*
มัธยมศึกษา	32.97		-	0.60
อุดมศึกษา	33.57			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 29 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะมากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา และทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

ตาราง 30 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

การศึกษาของมารดา	$\bar{X}$	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		30.33	31.35	31.73
ประถมศึกษา	30.33	-	1.02	1.40*
มัธยมศึกษา	31.35		-	0.38
อุดมศึกษา	31.73			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 30 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกมากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา และทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

ตาราง 31 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายโดยรวมเป็นรายคู่ของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

การศึกษาของมารดา	$\bar{X}$	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		193.84	203.40	210.72
ประถมศึกษา	193.84	-	9.56	16.88*
มัธยมศึกษา	203.40		-	7.32
อุดมศึกษา	210.72			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 31 พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายโดยรวมมากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายโดยรวมระหว่างทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา กับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา และทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

9. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน ปรากฏผลตามตาราง 32

ตาราง 32 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน

ตัวแปรตามที่ศึกษา	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ของมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.	t
อายุครรภ์	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์น้อย	158	37.41	3.23	1.20
	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มาก	42	36.19	6.39	
พัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของเด็กแรกเกิด	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์น้อย	158	2851.39	731.49	0.53
	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มาก	42	2772.62	894.95	
พัฒนาการทางกายด้านความยาวของเด็กแรกเกิด	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์น้อย	158	49.66	5.52	0.26
	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มาก	42	49.40	5.58	
พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะของเด็กแรกเกิด	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์น้อย	158	32.80	2.58	0.42
	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มาก	42	32.58	3.11	
พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกของเด็กแรกเกิด	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์น้อย	158	31.03	2.89	1.04
	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มาก	42	30.40	3.62	
พัฒนาการทางกายโดยรวมของเด็กแรกเกิด	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์น้อย	158	200.92	34.63	0.60
	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มาก	42	196.55	43.32	

ตาราง 32 (ต่อ)

ตัวแปรตามที่ศึกษา	จำนวนครั้งของการ ตั้งครรภ์ของมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.	t
คะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ ที่ 1 ของเด็กแรกเกิด	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์น้อย	158	8.32	1.70	0.63
	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มาก	42	8.12	1.82	
คะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ ที่ 5 ของเด็กแรกเกิด	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์น้อย	158	9.63	1.07	0.65
	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มาก	42	9.50	1.22	

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนจากตาราง 32 พบว่า มารดาที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน มีบุตรแรกเกิดที่มีอายุครรภ์ไม่ต่างกัน มีพัฒนาการทางกายรายด้านและโดยรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน ตลอดจนมีสุขภาพที่ประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ที่ 1 และในนาที่ที่ 5 ไม่ต่างกัน ผลที่ได้ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน 1.4 ที่ว่า "มารดาที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน"

10. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดใน มารดาที่มีทัศนคติต่อการมีบุตรต่างกัน มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ต่างกัน มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงต่างกัน และมีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยต่างกัน ปรากฏผลตามตาราง 33-36

ตาราง 33 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดใน มารดาที่มีทัศนคติต่อการมีบุตรต่างกัน

ตัวแปรตามที่ศึกษา	ทัศนคติต่อการมีบุตร ของมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.	t
อายุครรภ์	ทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร	116	38.22	2.45	4.08*
	ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีบุตร	84	35.68	5.33	
พัฒนาการทางกายด้าน น้ำหนักของเด็กแรกเกิด	ทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร	116	2977.07	637.39	2.99*
	ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีบุตร	84	2638.45	883.20	
พัฒนาการทางกายด้าน ความยาวของเด็กแรกเกิด	ทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร	116	50.78	3.24	3.26*
	ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีบุตร	84	47.99	7.34	
พัฒนาการทางกายด้าน เส้นรอบศีรษะของเด็กแรกเกิด	ทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร	116	33.33	2.02	3.37*
	ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีบุตร	84	31.97	3.27	
พัฒนาการทางกายด้าน เส้นรอบอกของเด็กแรกเกิด	ทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร	116	31.52	2.32	3.22*
	ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีบุตร	84	30.05	3.70	

ตาราง 33 (ต่อ)

ตัวแปรตามที่ศึกษา	จำนวนครั้งของการ ตั้งครรภ์ของมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.	t
พัฒนาการทางกายโดยรวม ของเด็กแรกเกิด	ทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร	116	208.115	26.81	3.54*
	ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีบุตร	84	188.79	44.59	
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ ที่ 1 ของเด็กแรกเกิด	ทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร	116	8.36	1.70	.83
	ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีบุตร	84	8.15	1.77	
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ ที่ 5 ของเด็กแรกเกิด	ทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร	116	9.60	1.16	.02
	ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีบุตร	84	9.61	1.01	

จากตาราง 33 พบว่า ค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายรายด้านและโดยรวมทุกด้าน  
ของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตรและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีบุตรมีความแตกต่างกันอย่าง  
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ และค่าเฉลี่ยพัฒนาการทางกายรายด้านและโดย  
รวมทุกด้านของทารกแรกเกิดในกลุ่มมารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร จะสูงกว่าในกลุ่มมารดาที่มีทัศนคติ  
ที่ไม่ดีต่อการมีบุตร แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาพของเด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนน  
เฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 และในนาที่ที่ 5 ในมารดาทั้ง 2 กลุ่ม ผลที่ได้ส่วนใหญ่จึงสอดคล้องกับ  
สมมติฐาน 2.1 ที่ว่า "มารดาที่มีทัศนคติต่อการมีบุตรต่างกันจะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพ  
ของเด็กแรกเกิดต่างกัน" โดยที่สุขภาพของเด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 1  
และในนาที่ที่ 5 ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ตาราง 34 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ต่างกัน

ตัวแปรตามที่ศึกษา	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ของมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.	t
อายุครรภ์	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก	99	38.31	2.30	4.12*
	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย	101	36.02	5.08	
พัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของเด็กรแรกเกิด	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก	99	3020.00	657.47	3.48*
	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย	101	2653.37	824.42	
พัฒนาการทางกายด้านความยาวของเด็กรแรกเกิด	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก	99	50.92	3.62	3.44*
	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย	101	48.32	6.67	
พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะของเด็กรแรกเกิด	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก	99	33.45	2.09	3.72*
	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย	101	32.08	3.04	
พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกของเด็กรแรกเกิด	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก	99	31.64	2.42	3.46*
	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย	101	30.18	3.44	
พัฒนาการทางกายด้านโดยรวมของเด็กรแรกเกิด	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก	99	209.76	27.85	3.88*
	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย	101	190.43	41.37	
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ันนาที่ 1 ของเด็กรแรกเกิด	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก	99	8.54	1.61	2.13
	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย	101	8.02	1.80	

ตาราง 34 (ต่อ)

ตัวแปรตามที่ศึกษา	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ของมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.	t
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ใน นาที่ที่ 5 ของเด็กแรกเกิด	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก	99	9.66	1.19	0.66
	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย	101	9.55	1.01	

\*p &lt; .05

จากตาราง 34 พบว่า ค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายรายด้านและโดยรวมทุกด้านของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มากและมีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายรายด้านและโดยรวมทุกด้านของทารกแรกเกิดในกลุ่มมารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก จะสูงกว่าในกลุ่มมารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาพของเด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 และในนาที่ที่ 5 ในมารดาทั้ง 2 กลุ่มนี้ ผลที่ได้ส่วนใหญ่จึงสอดคล้องกับสมมติฐาน 2.2 ที่ว่า "มารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน" โดยที่สุขภาพของเด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนนเฉลี่ยของแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 และในนาที่ที่ 5 ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ตาราง 35 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงต่างกัน

ตัวแปรตามการศึกษา	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงของมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.	t
อายุครรภ์	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก	109	38.23	2.36	3.96*
	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อย	91	35.87	5.26	
พัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของเด็กแรกเกิด	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก	109	3020.28	682.76	3.81*
	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อย	91	2612.75	806.01	
พัฒนาการทางกายด้านความยาวของเด็กแรกเกิด	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก	109	50.39	5.65	2.25*
	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อย	91	48.66	5.24	
พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะของเด็กแรกเกิด	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก	109	33.35	2.32	3.42*
	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อย	91	32.05	2.95	
พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกของเด็กแรกเกิด	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก	109	31.72	2.41	4.16*
	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อย	91	29.93	3.46	
พัฒนาการทางกาย รดนมรวมของเด็กแรกเกิด	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก	109	208.70	30.55	3.71*
	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อย	91	189.58	40.40	
คะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ 1 ของเด็กแรกเกิด	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก	109	8.52	1.66	2.24*
	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อย	91	7.98	1.76	

ตาราง 35 (ต่อ)

ตัวแปรตามที่ศึกษา	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง ของมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.	t
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์วัน	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก	109	9.74	1.01	1.94
นาที่ที่ 5 ของเด็กแรกเกิด	ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อย	91	9.44	1.18	

\*p &lt; .05

จากตาราง 35 พบว่า ค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายรายด้านและโดยรวมทุกด้าน และค่าเฉลี่ยสุขภาพของเด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์วันนาที่ที่ 1 ในมารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมากและมารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายรายด้านและโดยรวมทุกด้าน และค่าเฉลี่ยสุขภาพของเด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนนแอฟการ์วันนาที่ที่ 1 ในกลุ่มมารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก จะสูงกว่าในกลุ่มมารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อยแต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาพของเด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์วันนาที่ที่ 5 ในมารดาทั้ง 2 กลุ่มนี้ ผลที่ได้เกือบทั้งหมดจึงสอดคล้องกับสมมติฐาน 2.3 ที่ว่า "มารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงต่างกัน จะอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน" มีเพียงสุขภาพของเด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนนเฉลี่ยของแอฟการ์วันนาที่ที่ 5 เท่านั้น ที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ตาราง 36 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิด  
ในมารดาที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยต่างกัน

ตัวแปรตามการศึกษา	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ของมารดา	n	X	S.D.	t
อายุครรภ์	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก	102	38.28	1.95	4.06*
	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อย	98	35.98	5.29	
พัฒนาการทางกายด้าน น้ำหนักของ เด็กแรกเกิด	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก	102	3066.96	651.90	4.56*
	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อย	98	2593.27	805.35	
พัฒนาการทางกายด้าน ความยาวของ เด็กแรกเกิด	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก	102	51.12	2.92	4.05*
	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อย	98	48.03	6.98	
พัฒนาการทางกายด้าน เส้นรอบศีรษะของ เด็กแรกเกิด	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก	102	33.65	1.87	5.00*
	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อย	98	31.83	3.09	
พัฒนาการทางกายด้าน เส้นรอบอกของ เด็กแรกเกิด	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก	102	31.81	2.24	4.46*
	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อย	98	29.95	3.50	
พัฒนาการทางกาย โดยรวมของ เด็กแรกเกิด	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก	102	212.05	26.06	4.99*
	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อย	98	187.46	41.50	
คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์สัน นาที่ที่ 1 ของ เด็กแรกเกิด	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก	102	8.54	1.54	2.22*
	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อย	98	8.00	1.87	

ตาราง 36 (ต่อ)

ตัวแปรตามทีศึกษา	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ของมารดา	n	$\bar{X}$	S.D.	t
คะแนนเฉลี่ยแอฟการัน	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก	102	9.72	0.93	1.45
นาที่ที่ 5 ของเด็กแรกเกิด	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อย	98	9.49	1.25	

\*p &lt; .05

จากตาราง 36 พบว่า ค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายรายด้านและโดยรวมทุกด้าน และค่าเฉลี่ยสุขภาพของ เด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ที่ 1 ในมารดาที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมากและมารดาที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายรายด้านและโดยรวมทุกด้าน และค่าเฉลี่ยสุขภาพของ เด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ที่ 1 ในกลุ่มมารดาที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก จะสูงกว่าในกลุ่มมารดาที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาพของ เด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ที่ 5 ในมารดาทั้ง 2 กลุ่มนี้ ผลที่ได้เกือบทั้งหมดจึงสอดคล้องกับสมมติฐาน 2.4 ที่ว่า "มารดาที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน" มีเพียงสุขภาพของเด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ที่ 5 เท่านั้น ที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

11. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการมีบุตร ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงและการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ระหว่างมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดกับมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนด ปรากฏผลตามตาราง 37-40

ตาราง 37 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการมีบุตร ระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดกับมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด

กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	t
ครรภ์คลอดครบกำหนด	146	65.81	4.67	4.29*
ครรภ์คลอดก่อนกำหนด	54	59.93	9.67	

\*p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 37 พบว่า ทัศนคติต่อการมีบุตรระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดและมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดมีทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตรมากกว่ามารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า "มารดาที่คลอดครบกำหนดมีทัศนคติต่อการมีบุตรดีกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด"

ตาราง 38 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดกับมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด

กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	t
ครรภ์คลอดครบกำหนด	146	52.34	7.65	5.60*
ครรภ์คลอดก่อนกำหนด	54	45.65	7.44	

\*p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 38 พบว่า ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดและมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดมีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มากกว่ามารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด ผลที่ได้นี้จึงตรงกันข้ามกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า "มารดาที่คลอดครบกำหนดมีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อยกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด"

ตาราง 39 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนด  
กับมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด

กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	t
ครรภ์คลอดครบกำหนด	146	37.71	3.24	
ครรภ์คลอดก่อนกำหนด	54	34.59	5.08	4.21*

\*p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 39 พบว่า ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดและมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่มารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดมีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมากกว่ามารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด ผลที่ได้จึงตรงกันข้ามกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า "มารดาที่คลอดครบกำหนดมีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อยกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด"

ตาราง 40 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนด กับมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด

กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	t
ครรภ์คลอดครบกำหนด	146	56.09	3.85	5.79*
ครรภ์คลอดก่อนกำหนด	54	50.15	7.17	

\*p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 40 พบว่า การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดและมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่มารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดมีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมากกว่ามารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า "มารดาที่คลอดครบกำหนดมีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมากกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด"

12. ศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์อายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของ  
เด็กแรกเกิด ปรากฏผลตามตาราง 41-48

ตาราง 41 การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์อายุครรภ์

ตัวพยากรณ์	ลำดับที่	R	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	F	β
การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย	1	.49	.24	.24	63.32*	.49
ทัศนคติต่อการมีบุตร	2	.53	.28	.04	11.63*	.25
ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง	3	.55	.30	.02	4.77*	.15

\*  $p < .05$

จากตาราง 41 พบว่า การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยสามารถพยากรณ์อายุครรภ์ได้อย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .24 และพบว่าการใส่ใจดูแล  
สุขภาพอนามัยสามารถทำนายอายุครรภ์ได้ร้อยละ 24

เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ทัศนคติต่อการมีบุตรเข้าไป สัมประสิทธิ์การพยากรณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น .28  
ซึ่งค่าที่เพิ่มขึ้นนี้ เมื่อตรวจสอบความแตกต่างกับค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เดิมพบว่ายังคงมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าทัศนคติต่อการมีบุตรสามารถร่วมทำนายอายุครรภ์ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4  
เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .30 เมื่อตรวจสอบความแตกต่าง  
กับค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์เดิม พบว่า ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าประสบการณ์ชีวิต  
ที่รุนแรงสามารถร่วมทำนายอายุครรภ์ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์อื่น ๆ เข้าไป ค่า  
สัมประสิทธิ์การพยากรณ์มีเพียงเล็กน้อยและไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าในการทำนาย  
อายุครรภ์ กลุ่มตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงคือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ทัศนคติต่อการมีบุตร  
และประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง

สมการการพยากรณ์อายุครรภ์ คือ

$$y_1 = .49X_4 + .25X_1 + .15X_3$$

เมื่อ  $X_1$  คือ ทักษะต่อการมีบุตร

$X_3$  คือ ประสิทธิภาพชีวิตที่รุนแรง

$X_4$  คือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย

$Y_1$  คือ อายุครรภ์

ผลที่ได้เกือบทั้งหมดสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า "จิตลักษณะสามารถพยากรณ์อายุครรภ์ได้" มีเพียงความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์เท่านั้นที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ตาราง 42 การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของเด็กแรกเกิด

ตัวพยากรณ์	ลำดับที่	R	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	F	$\beta$
การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย	1	.42	.18	.18	42.41*	.42
ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง	2	.49	.24	.06	15.46*	.26
ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์	3	.50	.25	.02	4.33*	.16

\*  $p < .05$

จากตาราง 42 พบว่า การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยสามารถพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของเด็กแรกเกิดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .18 และพบว่า การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยสามารถทำนายพัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของเด็กแรกเกิดได้ร้อยละ 18

เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง เข้าไปสัมประสิทธิ์การพยากรณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น .24 ซึ่งค่าที่เพิ่มขึ้นนี้ เมื่อตรวจสอบความแตกต่างกับค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เดิมพบว่ายังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงสามารถร่วมทำนายพัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของเด็กแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .25 เมื่อตรวจสอบความแตกต่างกับค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์เดิมพบว่ายังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ สามารถร่วมทำนายพัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของเด็กแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์อื่น ๆ เข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์มีเพียงเล็กน้อยและไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการทำนายพัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของเด็กแรกเกิด กลุ่มตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงคือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง และความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์

สมการการพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของเด็กแรกเกิด คือ

$$y_2 = .42X_4 + .26X_3 + .16X_2$$

- เมื่อ  $X_2$  คือ ความวิตกกังวลสถานะตั้งครรภ์  
 $X_3$  คือ ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง  
 $X_4$  คือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย  
 $Y_2$  คือ พัฒนาการทางกายด้านน้ำหนักของเด็กแรกเกิด

ตาราง 43 การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านความยาวของเด็กแรกเกิด

ตัวพยากรณ์	ลำดับที่	R	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	F	$\beta$
การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย	1	.39	.15	.15	36.15*	.39
ทัศนคติต่อการมีบุตร	2	.44	.20	.04	10.67*	.25

\*  $p < .05$

จากตาราง 43 พบว่า การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยสามารถพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านความยาวของเด็กแรกเกิดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .15 และพบว่าการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยสามารถทำนายพัฒนาการทางกายด้านความยาวของเด็กแรกเกิดได้ร้อยละ 15

เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ทัศนคติต่อการมีบุตร เข้าไปสัมประสิทธิ์การพยากรณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น .20 ซึ่งค่าที่เพิ่มขึ้นนี้ เมื่อตรวจสอบความแตกต่างกับค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เดิมพบว่ายังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าทัศนคติต่อการมีบุตรสามารถร่วมทำนายพัฒนาการทางกายด้านความยาวของเด็กแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์อื่น ๆ เข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์มีเพียงเล็กน้อยและไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าในการทำนายพัฒนาการทางกายด้านความยาวของเด็กแรกเกิด กลุ่มตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงคือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยและทัศนคติต่อการมีบุตร

สมการการพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านความยาวของเด็กแรกเกิด คือ

$$y_3 = .39X_4 + .25X_1$$

เมื่อ  $X_1$  คือ ทัศนคติต่อการมีบุตร

$X_4$  คือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย

$Y_3$  คือ พัฒนาการทางกายด้านความยาวของเด็กแรกเกิด

ตาราง 44 การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะของทารกแรกเกิด

ตัวพยากรณ์	ลำดับที่	R	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	F	$\beta$
การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย	1	.46	.21	.21	53.58*	.46
ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์	2	.51	.26	.05	13.36*	.25
ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง	3	.53	.28	.02	4.76*	.16

\*  $p < .05$

จากตาราง 44 พบว่า การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยสามารถพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะของทารกแรกเกิดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .21 และพบว่า การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยสามารถทำนายพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะของทารกแรกเกิดได้ร้อยละ 21

เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์เข้าไป สัมประสิทธิ์การพยากรณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น .26 ซึ่งค่าที่เพิ่มขึ้นนี้ เมื่อตรวจสอบความแตกต่างกับค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เดิมพบว่ายังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์สามารถร่วมทำนายพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะของทารกแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .28 เมื่อตรวจสอบความแตกต่างกับค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์เดิมพบว่ายังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงสามารถร่วมทำนายพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะของทารกแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์อื่น ๆ เข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์มีเพียงเล็กน้อยและไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าในการทำนายพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะของทารกแรกเกิด กลุ่มตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงคือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ และประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง

สมการการพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะของเด็กแรกเกิด คือ

$$y_4 = .46X_4 + .25X_2 + .16X_3$$

เมื่อ  $X_2$  คือ ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์

$X_3$  คือ ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง

$Y_4$  คือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย

$Y_4$  คือ พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบศีรษะของเด็กแรกเกิด

ตาราง 45 การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอก  
ของเด็กแรกเกิด

ตัวพยากรณ์	ลำดับที่	R	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	F	$\beta$
การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย	1	.48	.23	.23	58.83*	.48
ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง	2	.54	.30	.07	18.64*	.27
ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์	3	.56	.31	.02	5.31*	.17

\*  $p < .05$

จากตาราง 45 พบว่า การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยสามารถพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกของเด็กแรกเกิดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .23 และพบว่าการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยสามารถทำนายพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกของเด็กแรกเกิดได้ร้อยละ 23

เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงเข้าไป สัมประสิทธิ์การพยากรณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น .30 ซึ่งค่าที่เพิ่มขึ้นนี้ เมื่อตรวจสอบความแตกต่างกับค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เดิมพบว่ายังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงสามารถร่วมทำนายพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกของเด็กแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 7 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .31 เมื่อตรวจสอบความแตกต่างกับค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์เดิมพบว่ายังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์สามารถร่วมทำนายพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกของเด็กแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์อื่นๆ เข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์มีเพียงเล็กน้อยและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าในการทำนายพัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกของเด็กแรกเกิด กลุ่มตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงคือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง และความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์

สมการการพยากรณ์พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกของเด็กแรกเกิด คือ

$$y_5 = .48X_4 + .27X_3 + .17X_2$$

เมื่อ  $X_2$  คือ ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์

$X_3$  คือ ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง

$Y_4$  คือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย

$Y_5$  คือ พัฒนาการทางกายด้านเส้นรอบอกของเด็กแรกเกิด

ตาราง 46 การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์พัฒนาการทางกายโดยรวมของเด็กแรกเกิด

ตัวพยากรณ์	ลำดับที่	R	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	F	$\beta$
การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย	1	.48	.23	.23	59.16*	.48
ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง	2	.54	.29	.06	17.29*	.27
ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์	3	.56	.31	.02	5.64*	.17

\*  $p < .05$

จากตาราง 46 พบว่า การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยสามารถพยากรณ์พัฒนาการทางกายโดยรวมของเด็กแรกเกิดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .23 และพบว่าการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยสามารถทำนายพัฒนาการทางกายโดยรวมของเด็กแรกเกิดได้ร้อยละ 23

เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงเข้ามา สัมประสิทธิ์การพยากรณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น .29 ซึ่งค่าที่เพิ่มขึ้นนี้ เมื่อตรวจสอบความแตกต่างกับค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เดิมพบว่ายังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงสามารถร่วมทำนายพัฒนาการทางกายโดยรวมของเด็กแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .31 เมื่อตรวจสอบความแตกต่างกับค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์เดิมพบว่ายังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์สามารถร่วมทำนายพัฒนาการทางกายโดยรวมของเด็กแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์อื่นๆ เข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์มีเพียงเล็กน้อยและไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าในการทำนายพัฒนาการทางกายโดยรวมของเด็กแรกเกิด กลุ่มตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงคือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง และความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์

สมการการพยากรณ์พัฒนาการทางกายโดยรวมของเด็กแรกเกิด คือ

$$y_8 = .48X_4 + .27X_3 + .17X_2$$

เมื่อ  $X_2$  คือ ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์

$X_3$  คือ ประสิทธิภาพชีวิตที่รุนแรง

$X_4$  คือ การหายใจดูแลสุขภาพอนามัย

$Y_8$  คือ พัฒนาการทางกายโดยรวมของเด็กแรกเกิด

ผลที่ได้เกือบทั้งหมดสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า "จิตลักษณะ สามารถพยากรณ์พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดได้" มีเพียงทัศนคติต่อการมีบุตรเท่านั้นที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ตาราง 47 การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิด

ตัวพยากรณ์	ลำดับที่	R	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	F	β
รายได้ของครอบครัวมารดา	1	.26	.07	.07	14.39*	.26
ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์	2	.30	.09	.02	4.36*	.15

\* p < .05

จากตาราง 47 พบว่า รายได้ของครอบครัวมารดา สามารถพยากรณ์คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .07 และพบว่ารายได้ของครอบครัวมารดาสามารถทำนายคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิดได้ร้อยละ 7

เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์เข้าไป สัมประสิทธิ์การพยากรณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น .09 ซึ่งค่าที่เพิ่มขึ้นนี้ เมื่อตรวจสอบความแตกต่างกับค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เดิมพบว่ายังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์สามารถร่วมทำนายคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์อื่น ๆ เข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์มีเพียงเล็กน้อยและไม่มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าในการทำนายคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิด กลุ่มตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงคือ รายได้ของครอบครัวมารดา และความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์

สมการการพยากรณ์คะแนนเฉลี่ยแอฟการ่านาที่ 1 ของเด็กแรกเกิด คือ

$$y_6 = .26X_5 + .15X_2$$

เมื่อ  $X_2$  คือ ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์

$X_5$  คือ รายได้ของครอบครัวมารดา

$Y_6$  คือ คะแนนเฉลี่ยแอฟการ่านาที่ 1 ของเด็กแรกเกิด

ผลที่ได้ในเพียงบางส่วนสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า "ชีวิตสังคมสามารถพยากรณ์สุขภาพของเด็กแรกเกิดได้" มีอายุมารดา ระดับการศึกษาและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ผลที่ได้ในเพียงบางส่วนสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า "จิตลักษณะสามารถพยากรณ์สุขภาพของเด็กแรกเกิดได้" มีทัศนคติต่อการมีบุตร ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง และการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ตาราง 48 การหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการพยากรณ์คะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ 5 ของเด็กแรกเกิด

ตัวพยากรณ์	R	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	F	β
รายได้ของครอบครัวมารดา	.24	.06	.06	11.78*	.24

\*  $p < .05$

จากตาราง 48 พบว่า รายได้ของครอบครัวมารดา สามารถพยากรณ์คะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ 5 ของเด็กแรกเกิดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .06 และพบว่ารายได้ของครอบครัวมารดาสามารถทำนายคะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ 5 ของเด็กแรกเกิดได้ร้อยละ 6

เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์อื่น ๆ เข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์มีเพียงเล็กน้อยและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าในการทำนายคะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ 5 ของเด็กแรกเกิด ตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงคือรายได้ของครอบครัวมารดา

สมการการพยากรณ์คะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ 5 ของเด็กแรกเกิด คือ

$$y_7 = .24X_5$$

เมื่อ  $X_5$  คือ รายได้ของครอบครัวมารดา

$Y_7$  คือ คะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ 5 ของเด็กแรกเกิด

ผลที่ได้นั้นเพียงบางส่วนสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า "ชีวิตสังคมสามารถพยากรณ์สุขภาพของเด็กแรกเกิดได้" มีอายุมารดา ระดับการศึกษาและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

13. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่คลอดก่อนกำหนด จำนวนตามลักษณะชีวสังคม และภูมิหลังและตามจิตลักษณะ ปรากฏผลตามตาราง 49-50

ตาราง 49 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่คลอดก่อนกำหนดและที่คลอดครบกำหนด จำนวนตามลักษณะชีวสังคม

ลักษณะชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	ลักษณะการคลอด			
	คลอดก่อนกำหนด		คลอดครบกำหนด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ				
น้อยกว่า 20 ปี	13	24.1	9	6.2
20-30 ปี	26	66.7	127	87.0
มากกว่า 35 ปี	5	9.2	10	6.8
รวม	54	100	146	100
2. รายได้ของครอบครัว				
ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	21	38.9	19	13.0
พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	27	50.0	94	64.4
พอใช้ เหลือเก็บ	6	11.1	33	22.6
รวม	54	100	146	100
3. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	38	70.4	66	45.2
มัธยมศึกษา	10	18.5	43	29.5
อุดมศึกษา	6	11.1	37	25.3
รวม	54	100	146	100

ตาราง 49 (ต่อ)

ลักษณะชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	ลักษณะการคลอด			
	คลอดก่อนกำหนด		คลอดครบกำหนด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์				
ช่วง 1-2 ครั้ง	39	72.2	119	81.5
มากกว่า 2 ครั้ง	15	27.8	27	18.5
รวม	54	100	146	100

จากตาราง 49 แสดงว่า กลุ่มที่มีการคลอดไม่ครบกำหนดส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี (66.7%) ซึ่งพบเช่นเดียวกันในกลุ่มที่มีการคลอดครบกำหนดด้วย (87.0%) เป็นผู้ที่มีรายได้พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม (50.0%) ซึ่งพบเช่นเดียวกันในกลุ่มที่มีการคลอดครบกำหนดด้วย (64.4%) เป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (70.4) ซึ่งพบเช่นเดียวกันในกลุ่มที่มีการคลอดครบกำหนดด้วย (45.2%) และเป็นผู้ที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ช่วง 1-2 ครั้ง (72.2%) ซึ่งพบเช่นเดียวกันในกลุ่มที่มีการคลอดครบกำหนด (81.5%)

ตาราง 50 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่คลอดก่อนกำหนดและที่คลอดครบกำหนด  
จำแนกตามจิตลักษณะ

จิตลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ลักษณะการคลอด			
	คลอดก่อนกำหนด		คลอดครบกำหนด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ทัศนคติต่อการมีบุตร				
ทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร	19	35.2	97	66.4
ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีบุตร	35	64.8	49	33.6
รวม	54	100	146	100
2. ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์				
ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก	15	27.8	84	57.5
ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย	39	72.2	62	42.5
รวม	54	100	146	100
3. ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง				
ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก	17	31.5	92	63.0
ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อย	37	68.5	54	37.0
รวม	54	100	146	100
4. การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย				
การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก	15	27.8	87	59.6
การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อย	39	72.2	59	40.4
รวม	54	100	146	100

จากตาราง 50 แสดงว่า กลุ่มมารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตรมีการคลอดครบกำหนดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.4 ส่วนที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีบุตรมีการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.8 มารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มากมีการคลอดครบกำหนดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.5 ส่วนที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อยมีการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.2 มารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมากมีการคลอดครบกำหนดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.0 ส่วนที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อยมีการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.5 และมารดาที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมากมีการคลอดครบกำหนดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.6 ส่วนที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อยมีการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.2

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด และสุขภาพของเด็กแรกเกิดตามตัวแปรทางชีวสังคม ได้แก่ อายุของมารดา ฐานะ เศรษฐกิจ การศึกษาของมารดา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และตัวแปรทางจิตลักษณะ ได้แก่ทัศนคติต่อการมีบุตร ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง และการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติต่อการมีบุตร ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ระหว่างมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดกับมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนด
3. เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์อายุครรภ์ พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดและสุขภาพของเด็กแรกเกิด
4. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มย่อยที่แยกตามตัวแปรทางชีวสังคม และตามตัวแปรทางจิตลักษณะ

สมมติฐานของการวิจัย

1. มารดาที่มีชีวสังคมต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 1.1 มารดาที่มีอายุต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 1.2 มารดาที่มีฐานะ เศรษฐกิจต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 1.3 มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 1.4 มารดาที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน

2. มารดาที่มีจิตลักษณะต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 2.1 มารดาที่มีทัศนคติต่อการมีบุตรต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 2.2 มารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 2.3 มารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
  - 2.4 มารดาที่มีภาวะใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน
3. ชีวสังคม จิตลักษณะ สามารถพยากรณ์อายุครรภ์ได้
4. ชีวสังคม จิตลักษณะ สามารถพยากรณ์พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดได้
5. ชีวสังคม จิตลักษณะ สามารถพยากรณ์สุขภาพของเด็กแรกเกิดได้
6. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีทัศนคติต่อการมีบุตรดีกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด
7. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อยกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด
8. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อยกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด
9. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมากกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด

### วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

1. กลุ่มตัวอย่าง ศึกษาจากหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลตำรวจ ในระหว่างเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน 2538 จำนวน 200 คน โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงมีครรภ์
- 2.2 แบบสอบถามด้านจิตลักษณะของหญิงมีครรภ์
- 2.3 แบบบันทึกอายุครรภ์ และข้อมูลเกี่ยวกับทารก

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา
2. ทดสอบความแตกต่างของอายุครรภ์ตามตัวแปรอิสระโดยใช้ t-test หรือ F-test ในกรณีของ F-test ถ้าพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ่ (Scheffe)
3. หาสมการพยากรณ์อายุครรภ์ พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด และสุขภาพของเด็กแรกเกิด
4. หาร้อยละของการคลอดก่อนกำหนดในแต่ละกลุ่มย่อยที่แยกตามตัวแปรชีวสังคมและภูมิหลัง และตามตัวแปรจิตลักษณะ

### สรุปผลการวิจัย

#### ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี รายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และมีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 1-2 ครั้ง

#### ผลการทดสอบสมมติฐานมีดังนี้

1. มารดาที่มีอายุต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน โดยพบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี มีอายุครรภ์ มากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และพบว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี มีพัฒนาการทางกายและสุขภาพดีกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. มารดาที่มีฐานะ เศรษฐกิจต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน โดยพบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีฐานะ เศรษฐกิจสูงและทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีฐานะ เศรษฐกิจปานกลาง มีอายุครรภ์มากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีฐานะ เศรษฐกิจต่ำ และพบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีฐานะ เศรษฐกิจสูงและทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีฐานะ เศรษฐกิจปานกลาง มีพัฒนาการทางกายและสุขภาพดีกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีฐานะ เศรษฐกิจต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดต่างกัน แต่มีสุขภาพของเด็กแรกเกิดไม่ต่างกัน โดยพบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาและทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีอายุครรภ์มากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และพบว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาและทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพัฒนาการทางกายดีกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มี "ก" แวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพไม่ต่างกัน

5. มารดาที่มีทัศนคติต่อการมีบุตรต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดต่างกัน แต่มีสุขภาพของเด็กแรกเกิดไม่ต่างกัน โดยพบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร มีอายุครรภ์มากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีบุตร และพบว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร มีพัฒนาการทางกายดีกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. มารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดต่างกัน แต่มีสุขภาพของเด็กแรกเกิดไม่ต่างกัน โดยพบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก มีอายุครรภ์มากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อย และพบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก มีการพัฒนาการทางกายดีกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. มารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน โดยพบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก มีอายุครรภ์มากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อย และพบว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก มีพัฒนาการทางกายและสุขภาพดีกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

8. มารดาที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยต่างกัน จะมีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดต่างกัน โดยพบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก มีอายุครรภ์มากกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อย และพบว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมาก มีพัฒนาการทางกายและสุขภาพดีกว่าทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

9. ตัวแปรจิตลักษณะที่สามารถพยากรณ์อายุครรภ์ได้ คือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ทักษะคิดต่อการมีบุตร และประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง โดยการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยสามารถทำนายอายุครรภ์ได้ร้อยละ 24 เมื่อเพิ่มทักษะคิดต่อการมีบุตร สามารถทำนายอายุครรภ์ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4 และเมื่อเพิ่มประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง สามารถทำนายอายุครรภ์ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2 ดังนั้นตัวพยากรณ์ทั้ง 3 นี้ สามารถร่วมกันทำนายอายุครรภ์ได้ร้อยละ 30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากกลุ่มตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงในการพยากรณ์ นำมาสร้างสมการพยากรณ์อายุครรภ์ได้ดังนี้

$$Y_1 = .49X_4 + .25X_1 + .15X_3$$

เมื่อ  $X_1$  คือ ทักษะคิดต่อการมีบุตร

$X_3$  คือ ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง

$X_4$  คือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย

$Y_1$  คือ อายุครรภ์

10. ตัวแปรจิตลักษณะที่สามารถพยากรณ์พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดได้ คือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง และความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ โดยการ

าใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยสามารถทำนายพัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดได้ร้อยละ 23 เมื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพชีวิตที่รุนแรง สามารถทำนายพัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 และเมื่อเพิ่มความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ สามารถทำนายพัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2 ดังนั้นตัวพยากรณ์ทั้ง 3 นี้ สามารถร่วมกันทำนายพัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดได้ร้อยละ 31 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากกลุ่มตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงในการพยากรณ์ นำมาสร้างสมการพยากรณ์พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดได้ดังนี้

$$Y_8 = .48X_4 + .27X_3 + .17X_2$$

เมื่อ	$X_2$	คือ	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์
	$X_3$	คือ	ประสิทธิภาพชีวิตที่รุนแรง
	$X_4$	คือ	การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย
	$Y_8$	คือ	พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด

11. ตัวแปรชีวสังคม 1 ด้าน คือ รายได้ของครอบครัวมารดา และตัวแปร จิตลักษณะ 1 ด้าน คือ ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ สามารถพยากรณ์สุขภาพของเด็กแรกเกิดซึ่งประเมินจากคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์โมนาที่ที่ 1 โดยรายได้ของครอบครัวมารดาสามารถทำนายคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์โมนาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิดได้ร้อยละ 7 เมื่อเพิ่มความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ สามารถทำนายคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์โมนาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิดเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2 ดังนั้นตัวพยากรณ์ทั้ง 2 นี้ สามารถร่วมกันทำนายคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์โมนาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิดได้ร้อยละ 9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากกลุ่มตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงในการพยากรณ์ นำมาสร้างสมการพยากรณ์คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์โมนาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิดได้ดังนี้

$$Y_6 = .26X_5 + .15X_2$$

เมื่อ	$X_2$	คือ	ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์
	$X_5$	คือ	รายได้ของครอบครัวมารดา
	$Y_6$	คือ	คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์โมนาที่ที่ 1 ของเด็กแรกเกิด

และมีตัวแปรชีวสังคมเพียง 1 ด้าน คือ รายได้ของครอบครัวมารดาที่สามารถทำนายคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์โมนาที่ที่ 5 ของเด็กแรกเกิดได้ โดยรายได้ของครอบครัวมารดาสามารถ

ทำนายคะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ 5 ของเด็กแรกเกิดได้ร้อยละ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งนำมาสร้างสมการพยากรณ์คะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ 5 ของเด็กแรกเกิดได้ดังนี้

$$Y_7 = .24X_5$$

เมื่อ  $X_5$  คือ รายได้ของครอบครัวมารดา

$Y_7$  คือ คะแนนเฉลี่ยแอฟการันนาที่ 5 ของเด็กแรกเกิด

12. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตรมากกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
13. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มากกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
14. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมากกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
15. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมากกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด และสุขภาพของเด็กแรกเกิด เมื่อพิจารณาในแต่ละปัจจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้ พอดีจะอภิปรายผลได้ดังนี้

#### 1. ปัจจัยด้านชีวสังคม

##### 1.1 อายุมารดา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี ให้กำเนิดทารกที่มีอายุครรภ์และพัฒนารทางกายของเด็กแรกเกิดมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่ง สุขา จันทน์เอม (2527 : 63) กล่าวว่า อายุของมารดาที่มีความเจริญทางร่างกายสูงสุด คือ ช่วงอายุ 21-26 ปี ซึ่งเป็นระยะเหมาะสมที่สุดที่จะมีบุตร เพราะต่อมในร่างกายสามารถผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ได้ดี ส่วนมารดาที่อายุน้อยเกินไป ทารกที่คลอดมาอาจจะไม่สมบูรณ์แข็งแรงเท่าที่ควร และ

เซมเมนส์ (Semmens. 1966 : 66) ได้กล่าวว่า การคลอดก่อนกำหนดเป็นโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นมากกว่าหญิงที่เป็นผู้ใหญ่ ในปี ค.ศ. 1958 เบียร์ด ไฮเทิน และทอมสัน (Baird Hytein and Thomson) ได้ศึกษาประวัติมารดาหลังคลอดทารกจำนวน 18,600 คน พบว่า มารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และตั้งครรภ์ครั้งแรกจะมีอันตรายมากที่สุด เนื่องจากสภาพของร่างกายยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ มดลูกยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ จึงพบทารกคลอดก่อนกำหนดในอัตราสูง

โดยปกติแล้วภาวะคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยมักเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ในการศึกษาพัฒนาการของเด็กคลอดก่อนกำหนดพบว่า เด็กเหล่านี้มีส่วนสูงและน้ำหนักน้อยกว่าเด็กคลอดครบกำหนด ซึ่งปาเปแวนเกลู และคณะ (Papaevangelou. 1973 : 62) พบว่าในกลุ่มมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี มีอัตราของการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงกว่ามารดาในกลุ่มอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าประสิทธิภาพของระบบสืบพันธุ์ของกลุ่มมารดาอายุยังน้อยยังไม่เจริญเต็มที่ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อทารกในครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา เทียนเสวีส์ดี (2524) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี พบว่ามารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยในอัตราสูงกว่ามารดาที่มีอายุ 20-34 ปี อย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สตีฟ เซลวิน และดไวท์ ที เจเนริช (Steve Selvin and Dwight T. Janerich) ที่พบว่ามารดาอายุน้อยและมารดาอายุมาก ทารกจะมีน้ำหนักแรกเกิดโดยเฉลี่ยน้อยกว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่มีอายุเหมาะสม

ในด้านสุขภาพของเด็กแรกเกิดนั้น ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี มีคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาที่ 5 ของเด็กแรกเกิดมากกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ซึ่ง บีเจอร์รี่ (Bjerre. 1975) พบว่า ประสิทธิภาพในการทำงานของระบบสืบพันธุ์ของกลุ่มมารดาอายุมากได้เริ่มลดน้อยลง ความสมบูรณ์ของร่างกายเริ่มเสื่อมลง ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อทารกในครรภ์ด้วย และสุชา จันทน์เอม (2527 : 63) ได้กล่าวว่า มารดาที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป อัตราการมีเด็กไม่สมบูรณ์จะค่อย ๆ สูงขึ้น เมื่อมารดาที่มีอายุ 35 ปี หรือ 40 ปีขึ้นไป อัตราการมีเด็กไม่สมบูรณ์ก็จะยิ่งมีมากขึ้นอย่างเห็นชัด ทารกโดยทั่วไปที่มีความสมบูรณ์แข็งแรง คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์จะอยู่ในระดับสูง ส่วนทารกที่มีร่างกายอ่อนแอ คะแนนเฉลี่ยแอฟการ์จะอยู่ในระดับต่ำ

จากการที่ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปีมีความไม่สมบูรณ์ของร่างกายมากกว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่มีอายุ 20-35 ปี จึงทำให้มีคะแนนเฉลี่ยแอฟการ์ในนาทีที่ 5 ของเด็กแรกเกิดในมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี อยู่ในระดับต่ำกว่ามารดาที่มีอายุ 20-35 ปีด้วย

## 1.2 รายได้ของครอบครัวมารดา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มมารดาที่มีรายได้ครอบครัวพอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม และพอใช้ เหลือเก็บำให้กำเนิดทารกที่มีอายุครรภ์มากกว่ากลุ่มมารดาที่มีรายได้ครอบครัวไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม และพบว่ากลุ่มมารดาที่มีรายได้ครอบครัวพอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม และพอใช้ เหลือเก็บำให้กำเนิดทารกแรกเกิดที่มีพัฒนาการทางกายและสุขภาพดีกว่ากลุ่มมารดาที่มีรายได้ครอบครัวไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม การที่มารดามีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำย่อมทำให้ได้รับการดูแลระหว่างการจัดครรภ์ไม่ดีพอ และมักจะพบว่าทำให้มารดาเป็นโรคขาดอาหาร ซึ่งจะมีผลต่อทารกโดยตรง ทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตในครรภ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งจะ เป็นสาเหตุให้ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือคลอดออกมามีน้ำหนักน้อย ทารกจะมีภาวะหายใจลำบากเมื่อแรกคลอด และมีแอฟการ์ สกอร์ต่ำ (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และดารณี สายะวัน. 2520 : 59 - 61) และ อมรา จันทราภานนท์ (2521 : 375) กล่าวว่า การตั้งครรภ์เป็นระยะที่มีการเติบโตเกิดขึ้นในร่างกายและทารกในครรภ์ย่อมต้องการสารอาหารจากมารดา เพื่อนำมาสร้างร่างกายให้เติบโต การที่จะให้ทารกมีอนามัยสมบูรณ์และมารดามีสุขภาพดีนั้น ย่อมต้องอาศัยการบริโภคอาหารของมารดาเป็นสำคัญ อาหารต้องพอในจำนวนและมีสารอาหารครบชนิดตามความต้องการทั้งในขณะที่ก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์และหลังจากคลอด นอกจากนี้ เข็มมหร ทองสวัสดิ์ (2531 : 256) ได้กล่าวว่า รายได้ของครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับน้ำหนักของทารกแรกเกิดครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ น้ำหนักทารกแรกเกิดมักจะต่ำ การมีรายได้ต่ำเป็นองค์ประกอบที่สำคัญทำให้สุขภาพทั่ว ๆ ไปของมารดาไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการศึกษาน้อยด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บีเจอร์รี่ (Bjerre. 1975) ที่พบว่า รายได้เฉลี่ยของกลุ่มมารดาที่ำให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของกลุ่มมารดาที่ำให้กำเนิดทารกน้ำหนักปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรายได้คือดัชนีหนึ่งที่จะบอกถึงขีดความสามารถในการซื้ออาหารที่ดี มีคุณค่า และในปริมาณที่พอเพียงได้หรือไม่ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภารัตน์ อาริกุลชัย (2523) ที่ทำการศึกษาเศรษฐกิจสังคมและภาวะโภชนาการ

ของมารดาที่มีผลต่อน้ำหนักแรกคลอดของทารกไทย พบว่า มารดาที่อยู่ในฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

### 1.3 การศึกษาของมารดา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา ให้กำเนิดทารกที่มีอายุครรภ์มากกว่ากลุ่มมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และกลุ่มมารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา ให้กำเนิดทารกที่มีพัฒนาการทางกายดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ระดับการศึกษาของมารดามีความสำคัญต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่ง ปราณีต สวัสดิรักษา (2524 : 249) ได้กล่าวว่า ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่าความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงจะเข้าใจถึงการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัว ตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงของตนเอง มีการชวนช่วยหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งมีผลทำให้อัตราการป่วยและอัตราการตายของทั้งมารดาและทารกลดลง และต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ มาร์โลว์ อาร์ โดโรธี (Marlow R. Dorothy) ที่ว่า การคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงในกลุ่มมารดาที่ขาดความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองในขณะตั้งครรภ์ จากการศึกษาของเฟดริค (Fedrick. 1978 : 85) พบว่า มารดาที่มีรายได้สูง การศึกษาสูง จะให้กำเนิดทารกที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่ามารดาที่มีรายได้น้อยและการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เลกก์ (legg. 1970 : 24) ที่พบว่า กลุ่มมารดาที่มีการศึกษาน้อยให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าในอัตราส่วนที่สูงกว่ากลุ่มมารดาที่มีการศึกษาสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ามารดาที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ในการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์และรวมถึงความรู้ทางด้านโภชนาการที่ดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งปัจจัยทั้งสองนี้มีผลโดยตรงต่อทารกในครรภ์

### 1.4 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ไม่มีความเกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดแต่อย่างใด เซลวิน และเจเนอร์ริช (Selvin and Jenerich. 1971; อ้างอิงมาจาก Promboon. 1979 : 4) กล่าวว่า

มารดาที่มีจำนวนการคลอดมากครั้งจะทำให้หน้าหนักแรกเกิดของทารกเพิ่มขึ้น เมื่อมารดามีอายุมากกว่า 20-24 ปี แต่ถ้ามารดามีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวนการคลอดน้อย จะไม่มีผลต่อหน้าหนักแรกเกิดของทารก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ปาเปแวนเกิลู และคณะ (Papaevangelou, 1973) ที่พบว่าในกลุ่มมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี และกลุ่มมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีอัตราของการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูง และโดยเฉพาะถ้าทารกนั้นเป็นบุตรคนแรก แบริด (Braid, 1964) ได้ให้ความเห็นว่าสาเหตุของการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในมารดาที่ไม่เคยมีครรภ์มาก่อน น่าจะเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนและกลไกในการมีครรภ์ นอกจากนี้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในมารดาที่เคยมีครรภ์มากกว่า 3 ครั้ง อาจจะมีความสัมพันธ์กับอายุของมารดาที่เป็นได้ เพราะมารดาที่ยังเคยมีการตั้งครรภ์มากเท่าไร ก็จะมีอายุมากขึ้นเท่านั้น ทำให้มารดาที่เคยมีครรภ์กว่า 3 ครั้ง มีแนวโน้มที่จะให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในอัตราที่สูงด้วย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี ซึ่งเป็นอายุของมารดาที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 1-2 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของนักการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยสันนิษฐานว่า เพราะเหตุนี้จึงทำให้ผลการวิจัยพบว่ามารดาที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน มีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิดไม่ต่างกัน

## 2. ปัจจัยด้านจิตลักษณะ

### 2.1 ทักษะคิดต่อการมีบุตร

ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่คลอดครบกำหนดมีทักษะคิดต่อการมีบุตรดีกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด ทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยสำคัญทางด้านจิตใจที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ มารดาที่มีทักษะคิดที่ดีต่อการมีบุตร มักต้องการให้บุตรของตนที่คลอดออกมามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ จึงมีการเตรียมตนเองไว้พร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อที่จะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ มีความรู้สึกที่ดีต่อบทบาทการเป็นมารดา กล่าวคือ มีความรู้สึกที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร มีความภาคภูมิใจว่า เป็นผู้สามารถให้กำเนิดบุตรได้พอใจที่จะเลี้ยงบุตร ในทางตรงกันข้าม ถ้ามารดามีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ จะเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ของตนเอง มีการรับรู้ เกี่ยวกับการคลอดบุตรในทางด้านลบ

ขาดความสามารถในการปรับตัว ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายอย่างมาก สุขว จันท์เอม (2527 : 74) กล่าวว่า ทักษะคติของมารดาที่มีต่อบุตร หมายถึงความรู้สึกของมารดาต้องการมีบุตรหรือไม่ ถ้ามารดามีทัศนคติดี จะมีผลต่อพฤติกรรมทางอารมณ์ ทำให้รู้จักปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์ดี แต่ถ้ามีทัศนคติที่ไม่ดีหรือไม่อยากมีบุตร จะทำให้สุขภาพจิตของผู้เป็นมารดาเสื่อม มีผลต่อการปรับตัว ความต้านทานโรคและการพัฒนาในด้านต่าง ๆ บกพร่องไป อาจทำให้เกิดการแท้งหรือการคลอดก่อนกำหนดได้ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ กรรณิการ์ กัทธเรกษา (2531 : 23) ที่ว่า หญิงที่มีพฤติกรรมทางอารมณ์ เมื่อตั้งครรภ์จะมีผลทำให้สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์และสภาวะแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม เตรียมการรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสามารถทนต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ โดยอาศัยสติปัญญาและประสบการณ์ในชีวิต มีการรับรู้ว่าการตั้งครรภ์เป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต ทักษะคติต่อการตั้งครรภ์จะเป็นไปทางด้านบวก ทำให้มีความรู้สึกดีใจภูมิใจกับความเป็นผู้หญิง คิดถึงสภาวะตั้งครรภ์ว่าจะปฏิบัติตนอย่างไร นึกถึงบทบาทที่ตนเองจะเป็นมารดาที่ดีต่อไป

## 2.2 ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์

ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่คลอดครบกำหนดมีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มากกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์มารดา พบว่า มารดาส่วนใหญ่จะวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ กล่าวว่าการตั้งครรภ์จะไม่ดำเนินไปจนครบกำหนดคลอด และจากการที่มารดาที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องนี้ ทำให้มารดารู้สึกกระตือรือร้นที่จะมาฝากครรภ์มาตรวจตามนัดทุกครั้ง และพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ มีการใส่ใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยด้านโภชนาการและหลีกเลี่ยงการรับประทานยาต่าง ๆ ซึ่งจากการที่มารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มากแล้วให้ความสำคัญกับการฝากครรภ์และการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยนี้มีผลให้มารดามีการคลอดก่อนกำหนดน้อย ดังที่ ทีชเชอส์ (Teachers, 1964 : 387) ได้กล่าวไว้ว่า การตั้งครรภ์และการมีบุตรของหญิง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้เป็นมารดาที่มีความวิตกกังวลด้านการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย วิตกกังวลว่าการคลอดจะไม่เป็นปกติ กังวลเรื่องปัญหาการบำรุงเลี้ยงทารกในครรภ์ เพราะถ้ามารดาปฏิบัติตนไม่ถูกต้องอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด หรือความผิดปกติในการคลอดได้ รวมทั้งการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด สิ่งเหล่านี้ ถ้ามารดาที่ตั้งครรภ์ได้รับการ

แนะนำให้ทราบถึงกระบวนการการตั้งครรภ์ การคลอด การเตรียมตัวเป็นมารดา การปฏิบัติตน ในระยะก่อนคลอดและหลังคลอดแล้ว จะทำให้มารดาคลายความวิตกกังวลได้ ทั้งยังจะทำให้ เข้าใจถึงการทบทวนร่างกายของตนเองและการกินครรภ์ให้มีสุขภาพสมบูรณ์ และจากรายงาน ของกระทรวงสาธารณสุขนิวยอร์ก (New York City Health Department) กล่าวไว้ว่า สถิติ ของเด็กคลอดก่อนกำหนดมักจะพบในหญิงที่มาตรวจครรภ์น้อยครั้งหรือไม่มาฝากครรภ์เลย ซึ่งการดูแล ระหว่างตั้งครรภ์และการปฏิบัติตนให้ถูกต้องเป็นเรื่องสำคัญมาก ตัวอย่างเช่น ในเมืองใหญ่เมือง หนึ่งทางตะวันตกของอเมริกา มีหญิงที่ไม่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ปรากฏว่ามีเด็ก คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 7.9 แต่อีกเมืองหนึ่งมีหญิงที่ไม่มาฝากครรภ์ถึงร้อยละ 36 พบว่าเด็ก คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 15.7

### 2.3 ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง

ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่คลอดครบกำหนดมีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมากกว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนด ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์มารดา พบว่า มารดาที่มีประสบการณ์ชีวิต ที่รุนแรงในอดีตนั้น ปัจจุบันมีความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในอดีตนั้นจะลดน้อยลงหรือไม่รู้สึกเลย หรือ เหตุการณ์รุนแรงในอดีต มารดาบางคนก็ไม่มีความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับคำ กล่าวของฟันช์และมาร์แชล (Funch and Marshall, 1984 : 455) ที่ว่า การวัดเหตุการณ์ ในชีวิตของกลุ่มประชากรกลุ่มใดทำได้โดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มนั้นถึงเหตุการณ์ใน ชีวิตที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่ผ่านมาแล้ว ในการเก็บรวบรวมเหตุการณ์ในชีวิตนั้น เวลา ที่ผ่านไปมีอิทธิพลทำให้เกิดการลืมเหตุการณ์บางอย่างไปได้ ซึ่งโดยรวมแล้วเมื่อเวลาผ่านไป 12 เดือน ความทรงจำเหตุการณ์ในชีวิตจะเหลืออยู่ประมาณ 55 เปอร์เซ็นต์ จากคำกล่าวนี้ ผู้วิจัย จึงสันนิษฐานว่า เมื่อความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในอดีตได้ลดน้อยลงไปตามกาลเวลา ทำให้ปัจจุบันในขณะที่ ตั้งครรภ์มารดาไม่มีความรู้สึก หรืออารมณ์ที่จะไปกระทบกระเทือนต่อทารกในครรภ์แต่อย่างใด ซึ่ง สุพล บุญทรง (2523 : 37) ได้กล่าวไว้ว่า อารมณ์ของมารดา คนส่วนมากมีความเชื่อกันมา นานแล้วว่า ความคิด อารมณ์ หรือประสบการณ์ของหญิงมีครรภ์เป็นแบบใด อารมณ์ของบุตรก็จะ เป็นแบบเดียวกัน บางทีก็กล่าวกันว่า ถ้ามารดามีความสุขสบายดีตลอดเวลามีครรภ์แล้ว ทารกที่ จะมามีอารมณ์แจ่มใสร่าเริง แต่ถ้ามารดาที่มีความกังวลหรือหวาดกลัวตลอดเวลามีครรภ์แล้ว ทารกที่

เกิดมาจะเป็นคนหัดๆ ไม่ว่าเรื่องเบสิกงาน ในปัจจุบันเรายังไม่มีความรู้ทางวิชาการเพียงพอที่จะสนับสนุนหรือหักล้างความเชื่ออันนี้ ถ้าหากว่าประสบการณ์ทางอารมณ์ของมารดาจะมีผลโดยตรงต่อพัฒนาการทางอารมณ์ของบุตรในครรภ์แล้ว ก็จะเป็นเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของต่อมต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในร่างกายของมารดาในระหว่างมีครรภ์นั้น แต่อาศัยความจริงที่ว่า การติดต่อกันโดยตรงของมารดาและทารกในครรภ์นั้นไม่มี ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงของต่อมในร่างกายมารดาซึ่งเนื่องด้วยอารมณ์ จึงไม่น่าจะมีผลโดยตรงในการทำงานให้ทารกในครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของต่อมในตนเองเดียวกัน อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ผู้วิจัยสันนิษฐานว่า อาจจะเนื่องมาจากประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงที่ผู้วิจัยนำมาศึกษานั้น ไม่ได้มีผลกระทบโดยตรงต่อการตั้งครรภ์ของมารดาแต่อย่างใด ซึ่งประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงที่มีผลโดยตรงต่อการตั้งครรภ์ของมารดานั้น น่าจะเป็นประสบการณ์ที่เกี่ยวกับประวัติการแท้งบุตร หรือการสูญเสียบุตรจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน หรือการที่มารดาถูกทำร้ายทั้งทางร่างกายและจิตใจในขณะที่ตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ทำให้ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตช้าลงไม่เป็นไปตามปกติ เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้

#### 2.4 การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย

ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่คลอดครบกำหนดมีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมากกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด มารดาที่มีการใส่ใจสุขภาพดีในขณะที่ตั้งครรภ์จะให้ความสำคัญกับการฝากครรภ์ การบริโภคอาหาร หลีกเลี่ยงการรั้งยาและสารเสพติดต่างๆ ในขณะที่ตั้งครรภ์ ซึ่งจากการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขนิวยอร์ก พบว่า หญิงที่ไปฝากครรภ์ช้าหรือไม่ได้ฝากครรภ์เลยจะเกิดโรคแทรกซ้อนมากในระยะตั้งครรภ์ อัตราตายสูงถึง 21.3 ใน 10,000 ของจำนวนคลอดทั้งหมด และพบว่าเด็กที่คลอดก่อนกำหนดมีสถิติเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัว ซึ่งการดูแลระหว่างตั้งครรภ์และการปฏิบัติตนให้ถูกต้องเป็นเรื่องสำคัญมาก ภาวะโรคธนาคารที่มีส่วนสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสุขภาพของมารดาและทารก ถ้าภาวะโรคธนาคารทางของมารดาไม่ดี ก็จะเกิดโรคแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดได้ ดังที่ เสาวนีย์ จักรพิทักษ์ (2520 : 10) กล่าวไว้ว่า มีหลักฐานยืนยันว่า มารดาที่มีภาวะโรคธนาคารที่ดีก่อนการตั้งครรภ์จะมีโรคภัยไข้เจ็บหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรก่อนกำหนดน้อยกว่ามารดาที่มีภาวะโรคธนาคารไม่ดี

ก่อนการตั้งครรภ์ การรับยาและสารเสพติดในขณะตั้งครรภ์ก็จะส่งผลต่อทารกในครรภ์เช่นกัน เนื่องจากระบบการไหลเวียนของทารกในครรภ์มีความสัมพันธ์กับระบบไหลเวียนของมารดาอย่างใกล้ชิดโดยการแลกเปลี่ยนผ่านรก สารหรือยาบางอย่างที่มารดาได้รับจะผ่านรกไปสู่ทารกได้ ซึ่งจะทำให้เกิดความพิการหรือการเจริญเติบโตผิดปกติของทารกในครรภ์ได้ (พองศาณี, ตีพิมพ์ในวารสาร. 2528 : 40)

3. ตัวแปรที่สำคัญในการทำนายอายุครรภ์ ได้แก่ ตัวแปรจิตลักษณะด้านการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ทักษะติดต่อการมีบุตร และประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง ตัวแปรที่สำคัญในการทำนายพัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด ได้แก่ ตัวแปรจิตลักษณะด้านการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง และความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ตัวแปรที่สำคัญในการทำนายสุขภาพของเด็กแรกเกิด ได้แก่ ตัวแปรชีวสังคมด้านรายได้ของครอบครัวมารดา และตัวแปรจิตลักษณะด้านความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์

โดยสรุป ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดจะมีพัฒนาการทางกายของทารกตั้งแต่อายุครรภ์จนถึงแรกคลอด พบว่ามีตัวแปรที่เป็นตัวทำนายที่สำคัญต่อทารกในครรภ์และทารกแรกคลอด คือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง และความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากสามารถทำนายตัวแปรตามได้อย่างละ 2 ด้าน กล่าวคือ การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย และประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง สามารถทำนายได้ทั้งอายุครรภ์และพัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิด ส่วนความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ สามารถทำนายได้ทั้งพัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิด ซึ่งผลจากการท้าววิจัยพบว่า มารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มากและมีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมาก จะมีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมากกว่ามารดาที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์น้อยและมีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงน้อย เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจจะเป็นเพราะการมีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์และประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงปริมาณมาก ในที่นี้เป็น การเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจจะไม่มีปริมาณมากพอที่จะไปมีผลกระทบต่อจิตใจหรือถึงขั้นที่เป็นอันตรายต่อจิตใจของมารดา แต่กลับเป็นแรงกระตุ้นทำให้มารดาที่มีความกระตือรือร้นที่จะสนใจต่อการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหাসุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิดไม่ว่าจะกระทำได้สำเร็จโดยบุคลากรฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก ดังนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือประสานงานจากทุกหน่วยงานในสังกัด โดยเฉพาะหน่วยงานหลักคือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย ทั้งนี้จะต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชนด้วย แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหามีดังนี้

1. แพทย์ พยาบาล ครูอาจารย์ และกลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ ควรจะร่วมมือกันที่จะช่วยเผยแพร่ความรู้และวิธีการใหม่ ๆ ให้กระจายไปสู่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ หญิงมีครรภ์และประชาชนทั่วไป ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งทางวิทยุ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วีดีโอเทป ศูนย์วัฒนธรรม และทางอื่น ๆ โดยเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป การให้อาหารเสริมแก่มารดาในขณะตั้งครรภ์ ความสำคัญของการฝากครรภ์ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น
2. กระทรวงสาธารณสุขควรขยายบริการด้านสาธารณสุขทุกระดับ ให้มีประสิทธิภาพและมีการกระจายไปได้อย่างทั่วถึง ปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการ และมีการจูงใจให้ประชาชนมาใช้บริการ เพื่อเป็นการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของมารดาและทารก มีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งย่อมส่งผลถึงสุขภาพอนามัยของมารดาและทารกแรกเกิดด้วย
3. กระทรวงศึกษาธิการควรนำความรู้เกี่ยวกับการบริหารลมหิงมีครรภ์และทารก เข้าไปเสริมในระดับการศึกษาภาคบังคับ เพื่อเป็นแนวทางในการที่หญิงมีครรภ์ที่ไม่มีโอกาสได้ศึกษาต่อได้นำไปปฏิบัติ
4. พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะมีบทบาทในการให้ความร่วมมือสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้บริการในการป้องกันและแก้ไขปัญหাসุขภาพของมารดาและทารก ได้เป็นอย่างมาก ผู้บริหารทางการพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของมารดาและทารก โดยกำหนดนโยบายที่จะส่งเสริมให้มีการให้ความรู้แก่หญิงมีครรภ์ตั้งแต่ที่หน่วยฝากครรภ์ เพื่อให้หญิงมีครรภ์หันมาสนใจที่จะปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ และมีความรู้ในเรื่องของการตั้งครรภ์ การคลอด การเตรียมตัวเป็นมารดา และการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งจะช่วยให้ทั้งมารดาและทารกมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และช่วยลดภาวะ

แทรกซ้อนที่จะตามมาด้วย นอกจากจะให้ความรู้แก่หญิงมีครรภ์แล้ว ควรให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป ครอบคลุมทั้งนิทรรศการ การบรรยายวิชาการ และเปิดโอกาสให้ประชาชนที่สนใจได้มาร่วมชมนิทรรศการ มาฟังการบรรยายวิชาการ เพื่อที่ประชาชนเหล่านั้นจะได้มีความรู้เพิ่มเติม และสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ให้กับคนใกล้ตัวได้มีความรู้ต่อไป

### ข้อเสนอแนะสำหรับการทบทวนครั้งต่อไป

การทบทวนในครั้งนี้ มีสิ่งที่จะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อที่จะได้มีประโยชน์ต่อการนำไปใช้มากยิ่งขึ้น สิ่งที่จะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมคือ

1. ควรมีการศึกษาอย่างลึกซึ้งในกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่เป็นวัยรุ่น และกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มีอายุมาก เนื่องจากหญิงมีครรภ์ทั้งสองกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูง ในกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่เป็นวัยรุ่นจะพบว่าไม่มีความพร้อมทางวุฒิภาวะ มักจะเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรส ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่ครอบครัวฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายไม่ยอมรับ ถ้าอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน การศึกษาที่ต้องสิ้นสุดลง มักจะขาดการยอมรับหรือได้รับความทรมานจากครอบครัวและสังคม และด้านสภาพร่างกายมักจะไม่สมบูรณ์พอที่จะตั้งครรภ์ จึงเป็นเหตุให้หญิงมีครรภ์ที่เป็นวัยรุ่นมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งถ้าทำการศึกษาปัญหาเหล่านี้ให้ลึกซึ้งก็จะสามารถหาทางช่วยป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาด้วย โดยเฉพาะในเรื่องสุขภาพของมารดาและทารก ในขณะที่เด็กก็จะมีหญิงมีครรภ์อีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับการศึกษาสูง และมักแต่งงานเมื่ออายุมาก ทำให้มีการตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก อัตราการเสี่ยงภัยที่เกิดจากการตั้งครรภ์จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุของมารดา เนื่องจากการยืดหยุ่นของช่องทางคลอดไม่ดี ทำให้คลอดลำบาก และมีอันตรายต่อมารดาและทารกมากขึ้นด้วย ทารกที่คลอดออกมาก็เสี่ยงต่อการเกิดก่อนกำหนด ใ้หนักแรกเกิดต่ำกว่าปกติ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงปัญหาในหญิงมีครรภ์ทั้งสองกลุ่มนี้อย่างลึกซึ้งในการทบทวนครั้งต่อไป

2. จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มมารดาที่มีการศึกษาสูงมักจะมีควมวิตกกังวลสูงในขณะที่ตั้งครรภ์ และพบว่าเมื่อมารดาที่มีความวิตกกังวลมากจึงทำให้การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยในขณะที่ตั้งครรภ์มาก เป็นผลให้มีการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ามารดาในกลุ่มที่มี

ความวิตกกังวลน้อย ในการทาวิจัยครั้งต่อไปจึงควรจะได้มีการศึกษาเพิ่มเติมว่าเพราะเหตุใด  
ในกลุ่มมารดาที่มีการศึกษาสูงจึงมีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มาก และในการศึกษาควรจะ  
ใช้มารดาจากโรงพยาบาลหลายแห่ง เพื่อจะได้ผลการวิจัยที่กว้างขึ้น เนื่องจากการวิจัย  
ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลตำรวจแห่งเดียวเป็นการศึกษาเปรียบเทียบความ  
วิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว ผลการวิจัยที่ได้จึงอาจจะยังไม่ครอบคลุมเป้าหมาย

บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ กั้นระรักษา. การพยาบาลด้านจิต-สังคมในระยะตั้งครรภ์. ภาควิชาการพยาบาล  
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2531.
- กรรณิการ์ณ วิจิตรสุคนธ์ และดารณี สายะวัน. (บรรณาธิการ) การพยาบาลทารกแรกเกิด  
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แม็ค, 2528.
- กัลยา นาคเพ็ชร์. เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดา ทารกและการ  
พยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หน่วยที่ 6-9  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2528.
- กาญจนา จันทวงศ์. องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการคลอดบุตรก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ ค. บ.  
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.
- คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. การพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ  
มหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531.
- จันทร์เพ็ญ ศรีมันตะ. คู่มือดูแลลูกกรีก. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ลูกกรีก, 2534.
- จรียา คมพยัคฆ์. "อันตรายของควีนบุรีที่มีต่อสุขภาพอนามัย," วารสารพยาบาล 1.  
(มกราคม 2521) หน้า 394.
- จุไรรัตน์ เตียรสุวรรณ. "เหล่า-บุรี-กาแพ มีผลต่อทารกในครรภ์อย่างไร," วารสารศูนย์  
แพทยศาสตร์. 3 : 148; พฤษภาคม - มิถุนายน 2523.
- ชลอ สงวนศักดิ์. "ความรู้ในการแนะนำหญิงมีครรภ์ให้รู้จักรักษาตนตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งคลอด,"  
จดหมายเหตุการณ์พยาบาล. 9 : 53 - 56; ตุลาคม 2503.
- ฐานิต อิศรเสนา ณ อยุธยา. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก. กรุงเทพมหานคร :  
โครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย, 2525.
- ดวงพร พรวิทยา. การพยาบาลเด็ก 2. กรุงเทพมหานคร : กองงานวิทยาลัยพยาบาล  
กระทรวงสาธารณสุข, 2529.
- เพ็ญศรี ทองสวัสดิ์. การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์. กรุงเทพมหานคร: ร.อ. เอส. พรินต์ติ้ง เฮาส์,  
2531.

- นางนุช บุญเกียรติ. "ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อย," วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย . (สาขารณศาสตร์) ภาควิชาอนามัยแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- นางลักษณ์ บุณนาค. "อันตรายของมารดาที่มีบุตรมาก," วารสารอนามัยครอบครัว. 1 : 7; 2519.
- นวลศิริ เปาโรหิตย์. จิตวิทยาพัฒนาการ. มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2520.
- ประณต คำจิม. จุดเริ่มต้นของชีวิตและพัฒนาการภายในครรภ์. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2526.
- ประพุทธ ศิริบุญย์ และอรุณ บุญประกอบ. (บรรณาธิการ) ทารกแรกเกิด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2533.
- ประสาร ทิพย์ธารา. พัฒนาการเด็กและการอบรมเลี้ยงดู. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แพร่พิทยา, 2521.
- ประเสริฐ ต้นสกุล. พัฒนาการเด็ก. ศ.ส. การพิมพ์, 2517.
- ปราณีต สวัสดิ์รักษา. การพยาบาลสูติศาสตร์:การตั้งครรภ์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2524.
- เปรี๊ยะ ป็ดยวนิช และคณะ. "การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วในเมืองและในชนบทของจังหวัดเชียงใหม่," รายงานการวิจัย. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2516.
- พยอม อังคตานุวัฒน์. จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก. กรุงเทพมหานคร : เจริญวิทย์การพิมพ์, 2524.
- พูนทรัพย์ สัลลกะชาติ. การพยาบาลเด็กเกิดใหม่. กรุงเทพมหานคร : ห.ส.น. สามเจริญพานิช, 2522.
- มณีรัตน์ ภาครูป. การรับรู้บทบาทการเป็นมารดาของหญิงมีครรภ์. วิทยานิพนธ์ ค. บ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2526.
- มณีรัตน์ สุกรีขจรรัตน์. คลอดง่าย : คู่มือการเตรียมร่างกายและจิตใจไว้คลอดบุตร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

- ยุทธนา สุขสมิติ. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขระยะยาว. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2525.
- ลักณา อิ่มศูนย์. การสำรวจน้ำหนัก ความยาวและโรคของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2510. วิทยานิพนธ์ ค.บ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2511. อัดสำเนา.
- วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ อุทยาน. "เด็กตายคลอดประมาณ 5 ปี ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์," จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 141 - 149 : 24; มีนาคม 2523.
- วรรณิ บรรเทิง. พยาบาลศาสตร์ 6. ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2530.
- วิภารัตน์ อารีกุลชัย. เศรษฐกิจ สังคม และภาวะโภชนาการของมารดาที่มีผลต่อน้ำหนักแรกคลอดของทารกไทย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : (สาธารณสุขศาสตร์) ภาควิชาโภชนวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- วนิดา ชูวณิช. การศึกษาสถิติการอยู่รอดและการตายของเด็กคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลหญิง ปี พ.ศ. 2511. วิทยานิพนธ์ ค.บ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2512. อัดสำเนา.
- วราวุธ สุมาวงศ์. คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- ศรัณย์ คาริสุข. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พิทักษ์อักษร, 2525.
- ศรีสมบูรณ์ อ่วมกุล. สูติศาสตร์และโรคแทรกซ้อน. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2521.
- ศรีกัลยา ภิฤกษ์โรมสร. การประเมินสภาพและการตรวจร่างกายเด็ก. ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2532.
- สนอง อุณากุล. "พิษของบุหรี่," วารสารสุขภาพ. 1:(11); สิงหาคม 2536.
- สุชา จันทน์เอม. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2527.

- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524. อัดสำเนา.
- สุพล บุญทรง. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2523.
- สุมาลี อารีเอื้อ. ปัจจัยอันตรายที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักแรกเกิดของทารก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- สุวัชัย อินทรประเสริฐ. คู่มือการตั้งครรภ์และการคลอด. กรุงเทพมหานคร : อักษรสัมพันธ์, 2531.
- เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. โภชนาการสำหรับครอบครัวและผู้ป่วย. พระนคร : ชูรสภา, 2520.
- อมรา จันทรามานนท์. "อาหารสำหรับสตรีมีครรภ์," โภชนาศาสตร์และโภชนบำบัด. พระนคร : โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2512.
- อาภรณ์ สงตะกุล. การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก. แผนกวิชาการพยาบาลกุมารเวช วิทยาลัยพยาบาล กรุงเทพฯ, 2527.
- อารี เพชรสุด. จิตวิทยาพัฒนาการ. (เอกสารอัดสำเนา) 2521.
- \_\_\_\_\_. จิตวิทยาพัฒนาการ. ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร, 2528.
- อารีย์ มหุวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก. แผนกวิชาการพยาบาลกุมารเวช วิทยาลัยพยาบาล กรุงเทพฯ, 2527.
- Adelusi, B. and Ladipo, A. "Preterm and Other Babies with Low Birthweights in Ibadan," Trop. Geogn. Med. 1976.
- Aline B. Auerbach and Mildred Rabinow. "Parent Education Groups for Unmarried Mothers," Nursing Outlook. March, 1966.
- Andrew B. Dott and Arthur T. Fort. "The Effect of Maternal Demographic Factors on Infant Mortality Rates," American Journal of Obstetric and Gynecology. December, 1975.
- Avery ME, Taeusch HW. The Newborn Infant. Schaffer's Disease of the Newborn. 5th., Washington : W.B. Saunder Co., 1984.
- Baird, D. 1964. "The Epidemiology of Prematurity," Journal of Pediatrics. 65 : 909.

- Basil Pickles. "Breech Management," Nursing Mirror. 9 : May, 1974.
- Bell, J.M. "Stressful Life Events and Coping Methods in Mental Illness and Wellness Behaviors," Nursing Research. 26 (March - April), 1977.
- Bjerre, I. and Varendh, G. "A Study of Some Biological and Socio-Economic Factors in Low Birth Weight," Acta Pediatrics Scand. 1975.
- Brian J. McCarthy, Kenneth F. Schults and Jules S. Terry. "Identifying Neonatal Risk Factors and Predicting Neonatal Deaths in Georgia," American Journal of Obstetric and Gynecology. 142 : March, 1982.
- Brown, J.C. and Dixon, G. Antenatal Care. 11th ed. London : 1978.
- Bruno Gans. "Perinatal Pediatrics," Nursing Times. 47 : November, 1969.
- Carlyle Crenshaw. "Placenta Previa," Obstetrics and Gynecological Survey. Durham : Duke University Medical Center Vol. 28 (7):July, 1973.
- Catherine Cropley. "Assessment of Mothering Behavior," Family High Risk Parenting. Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1974.
- Constance Lerch. Maternity Nursing. 2nd ed. Saint Louis : The C.V. Mosby, 1974.
- D. Baird, F.E. Hytein and A.M. Thomson, "Age and Human Reproductive," The Journal of Obstetric and Gynecology of the British Empire LXV. December, 1958.
- Dereck Llwellyn Jones. "The Effect of Age and Social Class Status on Obstetric Efficiency," Journal of Obstetric and Gynecology British Common Health. 1965.
- Donnelly, James F. et al. "Fetal Parental and Enviromental Factors Associated with Perinatal Mortality in Mothers under 20 years of Age," American Journal of Obstetrics and Gynecology. 80 : October, 1960.
- Edward M. Davis and Reva Rubin. Delee's Obstetrics for Nurses. 8ed, Philadelphia : Saunder Co., 1966.

- Edwards, L.E. et al. "Gonorrhoea in Pregnancy," Am.J. Obstetric and Gynecology. 1978.
- Elizabeth B. Hurlock. Child Development. New York : Mc Graw-Hill Book Company Inc., 1964.
- Erna Ziegel. Obstetric Nursing. New York : the Macmillan Company, 1966.
- Fedrick, J. and Adelstein, P. "Factors Associated with Low Birth Weight of Infants Delivered at Term," British Journal of Obstetrics. 1978.
- Funch, D.P. and Marshall, J.R. "Measuring Life Stress : Factors Affecting Fall-off in the Reporting of Life Event," Journal of Health and Social Behavior. 25 : December, 1985.
- Gesell, A. and F.L. Ilg. Child Development. New York : Harper & Row, 1949.
- Good, Carter V. Dictionary of Education. Mc Graw - Hill Book Co., New York : 1945.
- Grunewald, P. "Growth of the Human Fetus," Am. J. Obstet. Gynecol; 1966.
- Helen C. Latham and others. "Physical Assessment and Care of the Neonate," Pediatric Nursing. Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1977.
- James P. Semmens. "Fourteen Thousand Teen-Age Pregnancy," American Journal of Nursing. February, 1966.
- Jose Pheré Iorio. "Toxemia of Pregnancy," Principle of Obstetric and Gynecology for Nurse. Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1967.
- Krasner, N. et al. "Effects of Ethanol on Small Intestinal Absorption," Gut. 1974.
- K.R. Niswander, Heinz Berendes, Jerame Deutschberge and others "Fetal Morbidity Following Potentially Anoxigentia Obstetric Conditions V. Organic Heart Disease," Nursing Research. January - February, 1968.
- Lefrancois, G.R. of Children : An Introduction to Child Development. California : Wadsworth Publishing Company, 1980.

- Legg, S. et al. "Patterns of Low Birth Weight in West Jerusalem with Special Reference to Maternal Origin," British J. Prev. Soc. Med. 1970.
- Lynne Anderson Hall. "Effect of Teaching on Primiparas' Perception of Their Newborn," Nursing Research. 5 (September - December), 1980.
- Mae M. Book Miller and George L. Bowen. Textbook of Obstetric and Obstetric Nursing. 5th ed. Philadelphia : N.B. Saunders Co., 1967.
- Margaret F. Myles. Textbook for Midwives. 6th ed. Great Britain : The Darian Press Ltd., 1968.
- Marlow R. Dorothy. Textbook of Pediatric Nursing. 2nd Philadelphia : W.B. Saunder Co., 1965.
- Moore, M.L. & Galloway, K.G. Newborn, Family and Nurse. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1981.
- Murphy, G. Personality : a Biosocial Approach to Origins and Structures. New York : 1947.
- Nayac, R.L., Blane, W. and Paul, C. "Effects of Maternal Nutrition On The Human Fetus," Pediatrics. 1973.
- Omran A.R., Health Benefits for Mothers and Child. The Magazine of the World Health Organization, January, 1974.
- Ounsted, M.K., et al. "Hypertention During Pregnancy with and without Specific Treatment," Brit. J. Obste. Gynecol. 1980.
- Papaevangelou G., Papadatos C. and Alexiou D. "The Effect of Maternal Age, Parity and Social Class on the Incidence of Small for Dates Newborns," Acta Pediatrics Scand. 1973.
- Pauline M. Shereshefsky, Harold Plotsky and Robert F. Lockman. "Pregnancy Adaptation" Psychosocial Aspect of a First Pregnancy. New York : Revan Press Publishers, 1974.
- Pritchard, J.A. and Macdonald P.C. Williams Obstetric. New York : 1980.
- Promboon, S. Infant and Placental Size in Relation to Natural Selection in the Thai Population. Ph.D. Thesis, University of Hawaii, Honolulu, Hawaii, 1979.
- Reva Rubin. "Cognitive Style in Pregnancy," American Journal of Nursing. 70 (30) : 3 March, 1970.

- Robert D. Mare. "Socioeconomic Effect on Child Mortality in the United States," American Journal of Public Health. 72 : June, 1982.
- Sally B. Olds and others. Obstetric Nursing. London : Addison Wesley Publishing Company, 1980.
- Sam Shapiro, Louis Weiner and Paul M. Densen. "Comparison of Prematurity and Perinatal Mortality in a General Population and in the Population of a Pre-paid Group Practice, Medical Care Plan," American Journal of Public Health. February, 1958.
- Steve Selvin and Dwight T. Janerich, "Four Factors Influencing Birth Weight," British Journal Preventive Social Medicine. 1971.
- Stone, M.L. et al. "Narcotic Addiction in Pregnancy," Am. J. Obstet. Gynecol. 1971.
- Ten Teachers. Disease of Woman. 1964.
- Terrenato, L., M.F. Gravina and L. Ulizzi. "Natural Selection Associated with Birth Weight. I. Selection Intensity and Selective Deaths from Birth to one Month of Life," Annals of Human Genetics. 1981.
- William O. Goldthorp. "Fetal Distress" Nursing Times. 38 : September 18, 1969.
- William S. Kroger. Psychosomatic Obstetric, Gynecology and Endocrinology. Illinois : Charles C. Thomas, 1962.
- Yerushamy. "Neonatal Mortality by Order of Birth and Age of Parents," American Journal of Hygiene. 28 : September, 1938.
- Zacur, H.A. and Mitch, W.E. "Renal Disease in Pregnancy," Med. Clin. North Am. 1977.

ภาคผนวก



ที่ ทม 1007/ 1184

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

11 กรกฎาคม 2538

เรื่อง ขอกว มอนู เคราะห์

เรียน ผู้บังคับการโรงพยาบาลนครหลวง

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า ร.ต.อ.หญิง อรพรรณ สุภานัส เป็นนิสิตระดับปริญญาโท  
วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้ไม่ควรมีประสงค์จะมาติดต่อขอกว มอนู เคราะห์ในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญาโท  
เรื่อง ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับอากูศกรรมมารดา พัฒนาการทางกายและสุขภาพของเด็กแรกเกิด  
ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

พศ. ประณต เค็มเงิน

ประธาน

พศ. มยุรี กุลแพทย์

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตได้ขอกว มอนู เคราะห์ คือ ขอให้มารดาหลังคลอดในแผนกสูติกรรมทั้งพิเศษและสามัญ  
ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับทารกแรกเกิดในแผนกมารดาแรกเกิด และทารกแรกเกิดที่มีปัญหา อดยาใช้แบบ  
บันทึกอายุครรภ์มารดา สุขภาพ และพัฒนาการของเด็ก ในระหว่างเดือนสิงหาคม - ธันวาคม 2538  
เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญาโท

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ท่านจะกรุณาให้ควมร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ  
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ต่าง ๆ ที่ท่านจะปฏิบัติกับนิสิตผู้ได้ขอกว

ขอแสดงความยกย่อง

(ดร.ศิริยามา มูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

### ข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้สัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดแสดงเครื่องหมาย / ลงหน้าช่อง [ ] ที่ตรงกับความจริง

1. อายุของท่าน
  - [ ] น้อยกว่า 20 ปี
  - [ ] 20-35 ปี
  - [ ] มากกว่า 35 ปี
2. รายได้ของครอบครัวท่าน
  - [ ] ว่างพอใช้ ต้องกู้ยืม
  - [ ] พอใช้ ว่างไม่ต้องกู้ยืม
  - [ ] พอใช้ เหนือเกิน
3. ระดับการศึกษาของท่าน
  - [ ] ประถมศึกษา
  - [ ] มัธยมศึกษา
  - [ ] อุดมศึกษา
4. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
  - [ ] ช่วง 1-2 ครั้ง
  - [ ] มากกว่า 2 ครั้ง

## ข้อมูลเกี่ยวกับจิตลักษณะของผู้ให้สัมภาษณ์

คำชี้แจง

ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกของท่าน โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึก ความคิด หรือความเชื่อของท่านมากที่สุด

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>ทัศนคติต่อการมีบุตร</b>					
1 ท่านรู้สึกดีใจเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ .....					
2 ขณะตั้งครรภ์ท่านรู้สึกว่าตัวท่านมีคุณค่ามากขึ้นในสายตาของบุคคลในครอบครัว .....					
3 ท่านไม่ชอบรูปร่างกายและรูปร่างของตนเองในขณะตั้งครรภ์ .....					
4 ท่านรู้สึกว่า การมีบุตร เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของท่าน .....					
5 การตั้งครรภ์ทำให้ท่านรู้สึกขาดความเชื่อมั่นในตนเอง .....					
6 ท่านมีความพอใจที่จะเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง .....					
7 ท่านรู้สึกผิดหวังที่ไม่ได้บุตรตามเพศที่ท่านต้องการ .....					
8 การตั้งครรภ์ทำให้ท่านเกิดความรู้สึกเศร้า เสียใจ วิตกกังวล และอับอาย .....					
9 ท่านรู้สึกยอมรับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ .....					

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
10 ขณะตั้งครุฑที่ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อทวารก านครุฑ .....	.....	.....	.....	.....	.....
11 ท่านมองภาพพจน์ของตนว่าจะ เป็นมารดา ที่ดีได้ .....	.....	.....	.....	.....	.....
12 ท่านรู้สึกภูมิใจที่ได้มีโอกาสเป็นมารดา ..	.....	.....	.....	.....	.....
13 ท่านคิดว่า การเลี้ยงดูบุตร เป็นเรื่องยุ่งยาก สำหรับท่าน .....	.....	.....	.....	.....	.....
14 ขณะตั้งครุฑท่านปรารถนาที่จะได้เห็น หน้าบุตรเร็ว ๆ .....	.....	.....	.....	.....	.....
15 ท่านคิดว่าท่านจะให้ความรักและความ อบอุ่นแก่บุตรของท่าน .....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>ความวิตกกังวลในขณะตั้งครุฑ</b>					
1 ขณะตั้งครุฑที่ท่านท่านวิตกกังวลว่าครุฑ ของท่านจะไม่ครบกำหนด .....	.....	.....	.....	.....	.....
2 ท่านกังวลว่าการตั้งครุฑของท่านจะไม่ได้ รับการยอมรับจากสามีหรือบุคคลใน ครอบครัว .....	.....	.....	.....	.....	.....
3 ท่านรู้สึกมีความสุขและสบายใจในขณะ ตั้งครุฑ .....	.....	.....	.....	.....	.....
4 ท่านรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่าง ๆ ที่ อาจจะเกิดขึ้นกับท่านและบุตร .....	.....	.....	.....	.....	.....
5 ท่านรู้สึกมั่นใจว่าบุตรของท่านที่คลอดออก มาจะมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ .....	.....	.....	.....	.....	.....

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6 ขณะตั้งครรภ์ท่านมักนอนไม่หลับและรู้สึก กระสับกระส่าย .....					
7 ท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากผิดปกติ ในขณะที่ตั้งครรภ์ .....					
8 ท่านมั่นใจว่าจะไม่มีอันตรายเกิดขึ้นใน ขณะคลอดบุตร .....					
9 ท่านมีสมาธิดี ไม่รู้สึกตื่นเต้นตกใจง่ายใน ขณะคลอด .....					
10 ท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดใน ขณะตั้งครรภ์ .....					
11 ท่านวิตกกังวลว่าจะไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่าย ในการคลอดบุตรและเลี้ยงดูบุตร .....					
12 ขณะตั้งครรภ์ท่านรู้สึกกระวนกระวาย เมื่ออาหารและหุบผอม .....					
13 ขณะตั้งครรภ์ท่านสามารถขจัดความยุ่งยาก ต่างๆได้โดยง่าย .....					
14 ขณะตั้งครรภ์ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย มากกว่าปกติ .....					
<b><u>ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง</u></b>					
1 ท่านเคยรู้สึกทรมานจากการเจ็บป่วยอย่าง รุนแรงและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นเวลานาน .....					

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
2 ท่านเคยรู้สึกหวาดกลัววิตามารดาหรือ สามีที่ทำร้ายร่างกายท่านจนได้รับ บาดเจ็บ .....	.....	.....	.....	.....	.....
3 ท่านรู้สึกเครียดตลอดเวลาเนื่องจากชีวิต สมรสไม่ราบรื่น .....	.....	.....	.....	.....	.....
4 ท่านเคยรู้สึกสะเทือนใจจากการประสม อุบัติเหตุจนเป็นเหตุให้ร่างกายของท่าน ได้รับบาดเจ็บ .....	.....	.....	.....	.....	.....
5 ท่านรู้สึกเสียใจที่การตั้งครรภ์ของท่าน ไม่ได้รับการยอมรับจากสามีหรือบุคคลใน ครอบครัว .....	.....	.....	.....	.....	.....
6 ท่านมักจะคิดถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้ ท่านรู้สึกโกรธหรือเสียใจอย่างรุนแรง .....	.....	.....	.....	.....	.....
7 ท่านเคยรู้สึกตกใจเมื่อบ้านของท่าน ถูกปล้น .....	.....	.....	.....	.....	.....
8 ท่านรู้สึกสะเทือนใจเมื่อต้องหย่าร้างกับ สามีหรือถูกสามีทอดทิ้งในขณะที่ตั้งครรภ์ .....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>การใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัย</b>					
1 ขณะตั้งครรภ์ท่านรับประทานอาหารประเภท เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว และผลไม้ค่อนข้างมาก ตอนที่ยังไม่ที่ตั้งครรภ์ .....	.....	.....	.....	.....	.....
2 ท่านดื่มนมเป็นประจำในขณะที่ตั้งครรภ์ .....	.....	.....	.....	.....	.....

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
3 ท่านหลีกเลี่ยงการใช้น้ำในขณะตั้งครรภ์	.....	.....	.....	.....	.....
4 ท่านถือยามารับประทานเองโดยไม่มี ปรึกษาแพทย์	.....	.....	.....	.....	.....
5 ท่านรับประทานยาโดยไม่มีคำวินิจฉัยถึงทาก ในครรภ์	.....	.....	.....	.....	.....
6 ท่านสูบบุหรี่เป็นประจำในขณะตั้งครรภ์	.....	.....	.....	.....	.....
7 ท่านดื่มสุรา ชา หรือกาแฟเป็นประจำใน ขณะตั้งครรภ์	.....	.....	.....	.....	.....
8 ท่านใช้ยาเสพติดบางชนิดทั้งก่อนและขณะ ตั้งครรภ์	.....	.....	.....	.....	.....
9 ท่านกระตือรือร้นที่จะไปฝากครรภ์เมื่อ ทราบว่าตั้งครรภ์	.....	.....	.....	.....	.....
10 ท่านไม่เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์	.....	.....	.....	.....	.....
11 ท่านไปตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้ง	.....	.....	.....	.....	.....
12 ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยใน ขณะตั้งครรภ์	.....	.....	.....	.....	.....
13 ท่านไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัส ตับอักเสบ	.....	.....	.....	.....	.....



## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	ร.ต.อ.หญิง อรพรรณ สุมานัส
เกิดวันที่	9 มีนาคม 2509
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 492/1 ถนนพระราม 1 ตำบลวังใหม่ อำเภอปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลตรี
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลตำรวจ 492/1 ถนนพระราม 1 ตำบลวังใหม่ อำเภอปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2528	จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนสตรีสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
พ.ศ. 2532	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
พ.ศ. 2539	การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิด

บทคัดย่อ

ของ

ร้อยตำรวจเอกหญิง อรพรรณ สุมานัส

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการ  
ศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ

เมษายน 2539

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวสังคม และปัจจัยทางจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพของเด็กแรกเกิด ปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ อายุ ฐานะเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ทักษะติดต่อการมีบุตร ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง และการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยของมารดา

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ มารดาที่ได้รับการดูแลหลังคลอดในแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลตำรวจในระหว่างเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน 2538 จำนวน 200 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามด้านชีวสังคมและจิตลักษณะของมารดา แบบบันทึกอายุครรภ์และข้อมูลเกี่ยวกับทารก

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ t-test หรือ F-test และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ่ (Scheffe)

ผลการวิจัยพบว่า

1. มารดาที่มีอายุ ฐานะเศรษฐกิจ และระดับการศึกษาต่างกัน มีบุตรที่มีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกายและสุขภาพแรกเกิดแตกต่างกัน
2. มารดาที่มีทัศนคติต่อการมีบุตร ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงและการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยต่างกัน มีบุตรที่มีอายุครรภ์ พัฒนาการทางกาย และสุขภาพแรกเกิดแตกต่างกัน
3. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีทัศนคติต่อการมีบุตรดีกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด
4. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มากกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด
5. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงมากกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนด
6. มารดาที่คลอดครบกำหนดมีการใส่ใจดูแลสุขภาพอนามัยมากกว่ามารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด

7. การใส่ใจจุดแลสุขภาพอนามัย ทักษะดีต่อการมีบุตร และประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรงของมารดาสามารถร่วมกันทำนายอายุครรภ์ได้

8. การใส่ใจจุดแลสุขภาพอนามัย ประสบการณ์ชีวิตที่รุนแรง และความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ของมารดา สามารถร่วมกันทำนายพัฒนาการทางกายของเด็กแรกเกิดได้

9. รายได้ของครอบครัว และความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ของมารดา สามารถร่วมกันทำนายสุขภาพของเด็กแรกเกิดได้

SOME FACTORS AFFECTING THE GESTATIONAL AGE, PHYSICAL DEVELOPMENT  
AND HEALTH OF THE NEWBORN

AN ABSTRACT

BY

POLICE CAPTAIN ORAPUN SUMANUS

Presented in partial fulfillment of the requirements for the  
Master of Education degree in Developmental Psychology  
at Srinakharinwirot University

April 1996

The main purpose of this research was to study some biosocial and psychological factors related to gestational ages, physical development and health of the newborns. The factors included age, financial status, education level, frequency of pregnancy, attitude towards child bearing, anxiety over pregnancy, traumatic experiences, and maternal health care of the infants' mothers.

The subjects consisted of 200 postpartum mothers from the Police General Hospital from August to November, 1995 were drawn by simple random sampling.

The instruments used for collecting data were biosocial and psychological questionnaire, the record of gestational ages and data of the newborns.

The data were analyzed by t-test or F-test and the test of two variables by Scheffe.

The major findings were as follows:

1. The infants' mothers with different ages, incomes and education levels showed the newborns with different gestational ages, psysical development, and health.

2. The infants' mothers with different attitudes towards pregnancy, anxiety over pregnancy, traumatic experiences, and health care showed the newborns with different gestational ages, physical development and health.

3. The full-term infants' mothers showed the scores of attitude towards child bearing higher than the scores of the premature infants' mothers.

4. The full-term infants' mothers showed the scores of anxiety over pregnancy higher than the scores of the premature infants' mothers.

5. The full-term infants' mothers showed the scores of traumatic experiences higher than the scores of the premature infants' mothers.

6. The full-term infants' mother showed the scores of health care higher than the scores of the premature infants' mothers.

7. Health care, attitude towards pregnancy, and traumatic experiences of infants' mothers were able to predict gestational ages.

8. Health care, traumatic experiences, and anxiety towards pregnancy of infants' mothers were able to predict physical development of the newborns.

9. Status economic and anxiety over pregnancy of infants' mothers were able to predict health of the newborns.