

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความกลัวเป็นสภาวะทางจิตของมนุษย์ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับแรงกระตุ้นจากสิ่งที่คุณกลัวและเป็นอันตราย ซึ่งสามารถระงับพฤติกรรมของสิ่งเร้าได้อย่างชัดเจน มีการตอบสนองทางสรีระอย่างรวดเร็ว และบุคคลจะตัดสินใจว่าจะมีพฤติกรรมต่อการต่อสู้ หรือการถอยหนีต่ออันตรายที่เกิดขึ้น (Whitley, 1992) ความกลัวอาจเกิดขึ้นจากการจินตนาการ หรือจากการรับรู้โดยตรงจากการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส (Davies & Janosik, 1991) สตรีมีครรภ์รวมทั้งสตรีที่เคยคลอดบุตรจำนวนมาก มีความรู้สึกและมีประสบการณ์เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตร (Melender, 2002b) ความกลัวการคลอดบุตรเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกไม่สบายใจของสตรีมีครรภ์ ที่เกิดจากการรับรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ว่าเป็นภัยคุกคามหรือเป็นอันตราย (Ryding, Wijma, Wijma, & Rydhstrom, 1998) การกลัวความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอดของสตรีมีครรภ์ เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความกลัว แต่ความกลัวการคลอดบุตรนั้นไม่ได้กลัวเฉพาะความเจ็บปวดเท่านั้น แต่ยังรวมถึงกลัวการเป็นมารดาในอนาคต กลัวตนเองไม่มีความสามารถในการให้กำเนิดทารกด้วย (Saisto & Halmesmaki, 2003)

สตรีมีครรภ์ส่วนมากมีความกลัวการคลอดบุตร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีมีครรภ์ชาวฮังการีร้อยละ 80 มีประสบการณ์เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตร (Szeverenyi, Poka, Hetey, & Torok, 1998) สตรีชาวฟินแลนด์ร้อยละ 78 มีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร (Melender, 2002b) สตรีมีครรภ์ชาวอิหร่านเมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์มีความกลัวการคลอดบุตรร้อยละ 81 และเมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์มีความกลัวการคลอดบุตรร้อยละ 82 (Alipour, Lamyian, Hajizadeh, & Vafaei, 2009) ซึ่งระดับความกลัวการคลอดบุตรของสตรีมีครรภ์แต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ สังคม และวัฒนธรรม รวมถึงความแตกต่างของการใช้เครื่องมือประเมินความกลัวการคลอดบุตรในการวิจัย (Hall et al., 2009) วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีผลต่อทัศนคติและเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรม รวมถึงการปฏิบัติตัวของสตรีในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งแตกต่างกันตามค่านิยมและความเชื่อในแต่ละสังคม (Pillitteri, 2007) โดยเฉพาะวัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปฏิบัติ

สืบต่อกันมาและจากคำบอกเล่า รวมถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดบุตร มีผลทำให้สตรีมีครรภ์เกิดความกลัวการคลอดบุตร (Kantaruksa, 2001) จากการศึกษาสตรีมีครรภ์ชาวออสเตรเลีย พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับประเพณี ความเชื่อ และวัฒนธรรมเกี่ยวกับการคลอดบุตรของสตรี มีความสัมพันธ์กับความกลัวที่เกิดขึ้น ส่งผลให้สตรีมีครรภ์ชาวออสเตรเลียมีความกลัวการคลอดบุตรในระดับสูงร้อยละ 26.2 ระดับปานกลางร้อยละ 47.9 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 26 (Fenwick, Gamble, Nathan, Bayes, & Hauck, 2009) ส่วนการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบสตรีมีครรภ์มีความกลัวการคลอดบุตรในระดับสูงร้อยละ 19.2 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 17.5 (Lowe, 2000) สตรีมีครรภ์ชาวแคนาดา มีความกลัวการคลอดบุตรในระดับสูงร้อยละ 25 ระดับปานกลางร้อยละ 54 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 21 (Hall et al., 2009) สตรีมีครรภ์ชาวสวีเดน มีความกลัวการคลอดบุตรในระดับรุนแรงร้อยละ 23 ระดับปานกลางร้อยละ 32 ระดับเล็กน้อยร้อยละ 25 และไม่มีความรู้สึกกลัวการคลอดบุตรเลยร้อยละ 20 (Eriksson, Westman, & Hamberg, 2005)

การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ สตรีครรภ์หลังมีความกลัวการคลอดบุตร เนื่องจากประสบการณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นระหว่างการคลอดบุตร เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด ทารกเสียชีวิตแต่กำเนิด เป็นต้น สำหรับสตรีครรภ์แรกส่วนใหญ่ กลัวความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการคลอดบุตร (Melender, 2002a) ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรก มักเริ่มจากกลัวการเจ็บครรภ์คลอด กลัวการสูญเสียความสามารถของตนเองซึ่งเกิดจากความไม่รู้ กลัวจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในระยะคลอด (Saisto, Ylikorkkala, & Halmesmaki, 1999) นอกจากนี้การได้รับฟังเรื่องราวด้านลบเกี่ยวกับการคลอด โดยเฉพาะในเรื่องความเจ็บปวดจากผู้ที่เคยมีประสบการณ์ พบเป็นสาเหตุหลักทำให้สตรีครรภ์แรกเกิดความกลัวการคลอดบุตร (Chuahorm, Sripichyakarn, Tugpunkom, Klunklin, & Kennedy, 2007) ร่วมกับการขาดความรู้ และขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดบุตร จึงไม่สามารถคาดคะเนสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และทารกในครรภ์ในอนาคตได้ (Zar, Wijma, & Wijma, 2001) สตรีครรภ์แรกจึงมีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรงกว่าสตรีครรภ์หลัง (Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmaki, & Saisto, 2008) จากการศึกษาของโครุคคู ฟิราท และกุกูลู (Korukcu, Firat, & Kukululu, 2010) พบสตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดบุตร ในระดับรุนแรงร้อยละ 46.6 และสตรีครรภ์หลังพบร้อยละ 40

สตรีมีครรภ์มีความกลัวการคลอดบุตรเพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ (Zar et al., 2001) ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ สตรีมีครรภ์จะกลัวการคลอดบุตรในระดับต่ำ โดยเฉพาะในรายที่อายุครรภ์น้อยกว่า 21 สัปดาห์ แต่เมื่ออายุครรภ์เพิ่มมากขึ้น ความกลัวการคลอดบุตรเพิ่มสูงขึ้นด้วย (Rouhe et al., 2008) สตรีมีครรภ์เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สาม ซึ่งเป็นระยะใกล้คลอด จะมีความรู้สึกไม่มั่นคง

เกิดความรู้สึกกลัวการคลอดบุตรที่กำลังจะมาถึง เกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและทารก ในครรภ์เพิ่มสูงขึ้น กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและบุตรในระยะคลอด กลัวความเจ็บปวดที่เกิดจากการคลอด กลัวไปคลอดไม่ทัน (Sherwen, Scoloveno, & Weingarten, 1999) จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ กรรณิการ์ กันธะรักษา (Kantaruksa, 2001) ถึงประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของสตรีไทยในการตั้งครรภ์แรก โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกสตรีมีครรภ์ จำนวน 30 ราย พบว่าเมื่อใกล้ถึงกำหนดคลอด สตรีมีครรภ์มีความรู้สึกกลัวการคลอดบุตร กลัวความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงเกิดความกลัวเกี่ยวกับความไม่สมบูรณ์แข็งแรงของทารก จากการศึกษาของกชกร ตัมพวิบูลย์ (Tampawiboon, 2005) พบว่าเมื่อสตรีมีครรภ์มีอายุครรภ์เพิ่มขึ้นและเข้าสู่ระยะใกล้คลอด ระดับความกลัวการคลอดบุตรเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน และจากการศึกษาของศศิธร นามทวีชัยกุล (2541) พบว่าในทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์ สตรีมีครรภ์จะมีความกลัวการคลอดบุตร ในด้านของความปลอดภัยของตนเองและบุตรที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอด โดยเฉพาะในไตรมาสที่สามซึ่งเป็นระยะใกล้คลอด สตรีมีครรภ์มีความรู้สึกกลัวการคลอดบุตร และฝันเกี่ยวกับการคลอดบุตรมากขึ้น

การศึกษาในประเทศแถบตะวันตกพบสตรีมีครรภ์ ประมาณร้อยละ 6 - 10 ต้องเผชิญกับความกลัวการคลอดบุตร และเกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน (Saisto & Halmesmaki, 2003; Kjaergaard, Wijma, Dykes, & Alehagen, 2008) และความกลัวการคลอดบุตรเป็นเหตุผลทำให้สตรีมีครรภ์ส่วนมากเลือกที่จะผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Wax, Cartin, Pinette, & Blackstone, 2004) ในสตรีครรภ์หลังพบเป็นสาเหตุแรกทำให้มีความต้องการและวางแผนที่จะผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Saisto & Halmesmaki, 2003) จากการศึกษาสตรีมีครรภ์ในประเทศสวีเดนและอังกฤษ พบว่าสตรีมีครรภ์ต้องการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง จากความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอดสูงถึงร้อยละ 7 - 22 (Ryding, 1991; Graham et al., 1999) และสตรีมีครรภ์ชาวจีนมีความต้องการที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากความกลัวการคลอดบุตรร้อยละ 22 (Tsui et al., 2006)

ความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ความกลัวการคลอดบุตรมีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตประจำวัน (Melender, 2002b) เมื่อสตรีมีครรภ์เกิดความกลัวการคลอดบุตรขึ้น ร่างกายจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองทางสรีรวิทยา ที่เป็นผลมาจากระบบประสาทอัตโนมัติ (Shrock, 2000) เนื่องจากความกลัวจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิติก (sympathetic nervous system) ส่งสัญญาณไปที่ต่อมหมวกไตให้มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) และฮอร์โมนในกลุ่มแคทีโคลามีน (catecholamines) ซึ่งประกอบด้วยฮอร์โมนอีพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์-อีพิเนฟริน

(nor-epinephrine) การที่ร่างกายขับฮอร์โมนเหล่านี้ออกสู่กระแสโลหิตมากขึ้น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบการไหลเวียนโลหิต มีปริมาณโลหิตไหลกลับเข้าสู่หัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้มีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น (Stuart & Laraia, 2005) ความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ อาจมีความเสี่ยงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งพบเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ (pregnancy induce hypertension: PIH) และภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) (Wijma, Alehagen, & Wijma, 2002a) และเมื่อสตรีมีครรภ์คิดถึงและจินตนาการเกี่ยวกับการคลอดบุตร แล้วมีความกลัวเกิดขึ้น ส่งผลให้มีอาการใจสั่น วิงเวียนศีรษะ หายใจลำบาก ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมดนี้ จะรบกวนการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวันที่เป็นปกติของสตรีมีครรภ์ อาจทำให้มีอาการนอนไม่หลับ เมื่อคิดถึงสิ่งที่ตนเองกลัว (Melender & Lauri, 1999) ฮอล และคณะ (Hall et al., 2009) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความกลัวการคลอดบุตร การนอนหลับ และอาการเหนื่อยล้าในสตรีมีครรภ์ชาวแคนาดา จำนวน 650 ราย ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 35 - 39 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าความกลัวการคลอดบุตร มีผลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ สตรีที่มีความกลัวการคลอดบุตรและนอนหลับน้อยกว่าวันละ 6 ชั่วโมง พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าระหว่างการตั้งครรภ์

ความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ยังส่งผลกระทบต่อไปถึงในระยะคลอด สตรีมีครรภ์ที่มีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรงในระยะตั้งครรภ์ จะมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดที่สูงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด (Wuitchik, Hesson, & Bakal, 1990) ความกลัวการคลอดบุตรพบมีความสัมพันธ์ กับปริมาณการได้รับยาบรรเทาปวดระหว่างการคลอด ( $r = .44, p < .01$ ) (Alehagen, Wijma, & Wijma, 2001) ความกลัวการคลอดบุตรส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการคลอดที่ยาวนานกว่าปกติ ทำให้ไม่สามารถที่จะคลอดเองได้ เป็นสาเหตุให้มีการใช้สูติศาสตร์หัตถการ และการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้น (Erikson et al., 2005) มีรายงานการศึกษาในประเทศสวีเดน พบว่า สตรีมีครรภ์ที่กลัวการคลอดบุตรมีอัตราการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินสูงขึ้น 2 - 3 เท่าเมื่อเทียบกับ สตรีมีครรภ์ที่ไม่มีความกลัวการคลอดบุตร (Ryding et al., 1998) และมีการใช้สูติศาสตร์หัตถการในอัตราที่สูงขึ้นด้วย (Fenwick et al., 2009)

ความกลัวการคลอดบุตรยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ โดยส่งผลให้สตรีมีครรภ์เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Waldenstrom, Hildingsson, & Ryding, 2006) ไม่มีความสุขที่ตนเองตั้งครรภ์ ทำให้ขาดความพึงพอใจในการเป็นมารดา เกิดความเครียด และมีความต้องการได้รับการดูแลและการสนับสนุนจากสามี (Salomonsson, Wijma, & Alehagen, 2010) จากการศึกษาของซาร์ และคณะ (Zar et al., 2001) พบว่าสตรีมีครรภ์ชาวสวีเดนที่รู้สึกกลัวการคลอดบุตร ไม่กล้าที่จะพูดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เนื่องจากกลัวทารกในครรภ์จะเสียชีวิต แต่แสดงออกด้วยการร้องไห้

นอกจากนั้นความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ จะทำให้สตรีมีครรภ์ขาดความมั่นใจในตนเองที่จะคลอดบุตรทางช่องคลอด (Lowe, 2000) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบในระยะหลังคลอด และการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ความกลัวการคลอดบุตรส่งผลขัดขวางต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ขัดขวางสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาทารก และยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สามี ภรรยา (Melender & Lauri, 1999) ความกลัวการคลอดบุตรมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดในด้านลบ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอด (Wijma, Soderquist, & Wijma, 1997) นอกจากนี้ความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้น ยังส่งผลให้สตรีหลีกเลี่ยงที่จะตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรทางช่องคลอดในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (Melender, 2002b)

ผลกระทบของความกลัวการคลอดบุตร ที่มีต่อทารกสามารถพบได้ชัดเจนในระยะคลอด ความกลัวที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิติก ให้หลังฮอร์โมนกลุ่มแคทีโกลามีน ออกสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้แรงต้านของหลอดเลือดแดงบริเวณมดลูกสูงขึ้น ทำให้การไหลเวียนโลหิตไปยังมดลูกน้อยลง (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2012) ปริมาณเลือดที่ไปยังรกลดลงด้วยเช่นกัน ส่งผลให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนในปริมาณที่ไม่เพียงพอและเกิดภาวะค้ำขั้น (fetal distress) ได้ (Cunningham et al, 2010) เป็นผลให้ทารกแรกเกิดอยู่ในภาวะขาดออกซิเจน (asphyxia) มีคะแนนแอฟการ์ (Apgar score) ต่ำ (Melender & Lauri, 1999)

สตรีมีครรภ์แต่ละคน แต่ละเชื้อชาติมีความกลัวการคลอดบุตรแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นกับปัจจัยหลายประการ จากการศึกษาของเซียสโตและฮาล์มสมากิ (Saisto & Halmesmaki, 2003) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตร และส่งผลให้สตรีมีครรภ์มีความกลัวการคลอดบุตรเพิ่มขึ้นหรือลดลง สามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา (biological factors) ได้แก่ การกลัวความเจ็บปวด ปัจจัยด้านจิตวิทยา (psychological factors) ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self - esteem) การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการคลอดและความเจ็บปวด ความพึงพอใจในกลุ่มสมรส และปัจจัยด้านสังคม (social factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่มั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ

ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยด้านจิตวิทยา ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ สตรีมีครรภ์ที่มีความวิตกกังวลจะมีความกลัวการคลอดบุตร (Saisto & Halmesmaki, 2003) ความวิตกกังวลมี 2 ลักษณะ คือ ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (state anxiety) ซึ่งเกิดขึ้นชั่วคราวในสถานการณ์เฉพาะที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล (trait anxiety) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่คงอยู่ตลอดเวลา จนเป็นบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล โดยพบว่าความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับความกลัว สตรีที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงจะมีความกลัวการคลอดบุตรสูงเช่นกัน (Zar et al., 2001) โครุคคู และคณะ (Korukcu

et al., 2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอดบุตร และความวิตกกังวลในสตรีมีครรภ์ ชาวตุรกี จำนวน 660 ราย ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอดบุตร ( $r = .42, p < .01$ ) และจากการศึกษาของไรดิง ไวร์เฟลท์ วองเบอก โจสต์เกรน และเอ็ดแมน (Ryding, Wirfelt, Wangborg, Sjogren, & Edman, 2007) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพส่วนบุคคล กับความกลัวการคลอดบุตรในระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์ และประสบการณ์เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตร ในสตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 34 - 37 สัปดาห์ และสตรีหลังคลอด 1 สัปดาห์ จำนวน 262 ราย พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความกลัวการคลอดบุตร ( $r = .38, p < .001$ ) และสตรีมีครรภ์ที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีความกลัวการคลอดบุตรในระดับสูงเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด นอกจากความวิตกกังวลอาจจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ชาวไทยแล้ว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็อาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตร

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยด้านจิตวิทยา ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับการรักตนเอง (self love) การยอมรับตนเอง (self acceptance) และการรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ (sense of competence) ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกตนเองมีความสามารถ ไว้วางใจในตนเอง (Rosenberg, 1989 อ้างใน จิราวรรณ นิเมตทาย, 2551) สตรีที่กลัวการคลอดบุตรจะเกิดความรู้สึกสงสัยและไม่แน่ใจว่าตนเองจะให้กำเนิดบุตรได้ โดยเฉพาะในสตรีที่รู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ หรือด้อยกว่าบุคคลอื่น (Nilsson & Lundgren, 2009) จากการศึกษาลักษณะทางจิตสังคมของสตรีมีครรภ์และสามี ที่มีความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวสวีเดนที่อายุครรภ์ 30 สัปดาห์และคู่สมรส จำนวน 287 คู่ พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีอิทธิพลต่อทัศนคติเกี่ยวกับการคลอด และมีความเกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตร ซึ่งสตรีมีครรภ์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอดได้สูงกว่าสตรีมีครรภ์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง [odds ratio 4.39 (95% CI 1.04, 18.45)] (Saisto, Samela-Aro, Nurmi, & Halmesmaki, 2001) สตรีมีครรภ์ที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ คิดว่าการคลอดบุตรเป็นประสบการณ์ที่ผ่านพ้นไปได้ยาก ส่งผลให้มีความกลัวการคลอดบุตร (Saisto & Halmesmaki, 2003) นอกจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อาจจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ชาวไทย การสนับสนุนทางสังคมก็อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตร

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสังคม ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ ระยะตั้งครรภ์สตรีมีครรภ์มีความต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ ต้องการการช่วยเหลือและการปกป้องจากสามี และมารดาของตนเองมากขึ้น ซึ่งมารดาและสามี

เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของสตรีมีครรภ์ (ศศิธร นามทวีชัยกุล, 2541) การศึกษาในสตรีชาวเดนมาร์ก พบว่าสตรีที่มีเครือข่ายทางสังคมและได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนน้อย มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการคลอดบุตร (Lausen, Hedegaard, & Johansen, 2008) จากการศึกษาเซียสโต และคณะ (Saisto et al., 2001) พบว่าสตรีมีครรภ์ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการคลอดบุตรทางช่องคลอด การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเสี่ยงการคลอดบุตรทางช่องคลอดที่ระดับรุนแรงในขณะตั้งครรภ์ ( $x^2 = 13.66, p < .01$ )

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความเสี่ยงการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในสตรีมีครรภ์ชาวไทย ตามแนวคิดของ เซียสโตและฮาล์มสมากิ (Saisto & Halmesmaki, 2003) โดยเลือกศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลให้สตรีมีครรภ์ มีความเสี่ยงการคลอดบุตรเพิ่มขึ้นหรือลดลง คือปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ชาวตะวันตก สำหรับปัจจัยด้านชีววิทยา คือการกลัวความเจ็บปวด ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ปัจจัยนี้กับความเสี่ยงการคลอดบุตรโดยตรง เนื่องจากเป็นการศึกษาในระยะตั้งครรภ์ที่สตรีมีครรภ์ยังไม่มีประสบการณ์ความเจ็บปวดในการคลอด เป็นเพียงการคาดการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดในการคลอด ซึ่งมีข้อคำถามอยู่ในแบบสอบถามความเสี่ยงการคลอดบุตรอยู่แล้ว ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด ความพึงพอใจในกลุ่มสมรส ความรู้สึกไม่มั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ ผู้วิจัยไม่ได้เลือกนำมาศึกษา เนื่องจากเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งยากต่อการนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลสตรีมีครรภ์ เพื่อลดความเสี่ยงการคลอดบุตร สำหรับความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการคลอดและความเจ็บป่วยไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากทำการศึกษาในสตรีมีครรภ์ปกติ

สำหรับการศึกษาความเสี่ยงการคลอดบุตรในประเทศไทยพบเพียง 3 การศึกษาเท่านั้น ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงความสัมพันธ์ และการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยการศึกษาเชิงคุณภาพของอุษา เชื้อหอม และคณะ (Chuahorm et al., 2007) เกี่ยวกับการรับรู้ต่อการคลอดบุตรของสตรีชาวไทยที่คลอดเป็นครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่าสตรีไม่ได้รับรู้ว่าการคลอดเป็นสถานการณ์ตามธรรมชาติ แต่เป็นเรื่องที่ทุกข์ทรมานและน่ากลัว โดยกลัวเกี่ยวกับสถานการณ์ของการคลอดและสุขภาพของทารก กลัวการเจ็บครรภ์คลอด และกลัวความลำบากในการคลอด การศึกษาเชิงความสัมพันธ์ของพูนทรัพย์ ลาภเจียม (Lapchem, 2007) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความเสี่ยงการคลอดบุตรของสตรีครรภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 150 ราย มีอายุครรภ์ระหว่าง 38 - 41 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง มีความเสี่ยงการคลอด

บุตรในระดับสูง โดยมีความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพของทารก กลัวความเจ็บปวดจากการคลอด กลัวการให้กำเนิดทารก และกลัวการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนจากการคลอดและความเจ็บป่วย ( $r = -.32, p < .01$ ) และความรู้สึกไม่แน่นอนจากการคลอดและความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอดบุตร ( $r = .33, p < .01$ ) และสามารถทำนายความกลัวการคลอดบุตรได้ นอกจากนี้กษกร ตัมพวิบูลย์ (Tampawiboon, 2005) ได้ศึกษาถึงผลของการเตรียมตัวเพื่อคลอดต่อความกลัวการคลอดบุตร พฤติกรรมการเผชิญภาวะการเจ็บครรภ์ และความพึงพอใจการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรก จำนวน 60 ราย อายุครรภ์ 34 - 35 สัปดาห์ พบว่าสตรีมีครรภ์ที่ได้รับการเตรียมคลอด มีความกลัวการคลอดบุตรไม่แตกต่างจากสตรีมีครรภ์ที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด และจากการศึกษายังพบว่า การเตรียมตัวเพื่อการคลอดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 ราย หลังได้รับการเตรียมคลอดมีความกลัวการคลอดบุตรเพิ่มขึ้น ซึ่งการเตรียมตัวเพื่อคลอดที่สตรีมีครรภ์ได้รับ อาจยังไม่สามารถทำให้ความกลัวการคลอดบุตรนั้นหมดไปได้ เนื่องจากอาจมีปัจจัยด้านอื่นๆ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องทำให้สตรีมีครรภ์เกิดความกลัวการคลอดบุตร ดังนั้นจึงยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อได้ข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำในสตรีมีครรภ์ชาวตะวันตก ที่มีสังคมและวัฒนธรรม เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรแตกต่างจากชาวเอเชีย เนื่องจากแนวความคิดเกี่ยวกับการคลอดบุตรของสตรีมีครรภ์ได้รับอิทธิพลจากสังคมโดยรอบ จากการปฏิบัติสืบต่อกันมา ส่งผลต่อความเชื่อ การรับรู้ ความคิดเกี่ยวกับการคลอดบุตรที่ต่างกัน ทำให้มีผลต่อความกลัวการคลอดบุตรที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจจะไม่สามารถอ้างอิงไปสู่สตรีมีครรภ์ชาวไทยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความกลัวการคลอดบุตรและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาจะทำให้มีความรู้และความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตร และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยลำดับต่อไป รวมทั้งทำให้พยาบาลผดุงครรภ์มีความรู้และความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตร และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ เพื่อเป็นแนวทางและเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดความตระหนักในการประเมินและจัดการกับความกลัวการคลอดบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ



### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

### คำถามการวิจัย

1. ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์อย่างไร

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยรวบรวมข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์แรก ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปากช่องนานา และโรงพยาบาลสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555

### นิยามศัพท์

**ความกลัวการคลอดบุตร** หมายถึง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกไม่สบายใจของสตรีมีครรภ์ ที่เกิดจากการรับรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และคาดคิดเกี่ยวกับการคลอดบุตรว่าเป็นภัยคุกคามหรือเป็นอันตราย ประเมินจากแบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire [W-DQE]) รูปแบบ A ที่สร้างโดย วิจมา วิจมา และซาร์ (Wijma, Wijma, & Zar, 1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย กชกร ตัมพวิบูลย์ (Tampawiboon, 2005)

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง** หมายถึง สภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นและส่งผลให้สตรีมีครรภ์ มีความกลัว การคลอดบุตรเพิ่มขึ้นหรือลดลง ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ความวิตกกังวล** หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด กระวนกระวาย และรู้สึกไม่แน่ใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของสตรีมีครรภ์ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ประเมินจากแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล (The State - Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y) ของสปิลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1983 อ้างใน คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534) แปลเป็นภาษาไทยโดย คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534)

**ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและทัศนคติที่มีต่อตนเองของสตรีมีครรภ์ รวมถึงการรับรู้ว่าคุณค่า รู้สึกพึงพอใจในตนเอง เคารพ มีความเชื่อมั่น ให้การยอมรับในตนเอง และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ ประเมินจากแบบวัดความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง (The self - esteem scale) ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1989 อ้างใน สุพรรณิ สุ่มเล็ก, 2538) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) และปรับปรุงแบบวัดโดยจิราวรรณ นิรมิตภาย (2551)

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของสตรีมีครรภ์ถึงการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสามี มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ในขณะที่ตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) ประเมินจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) โดยกฤติกาพร โยโนนาค (2542) และจิราวรรณ นิรมิตภาย (2551) ได้ปรับปรุงแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมให้มีความเหมาะสมเพื่อนำไปใช้กับสตรีมีครรภ์

**สตรีมีครรภ์** หมายถึง หญิงตั้งครรภ์แรก ที่อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 37 - 40 สัปดาห์