

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์
 - 1.1 แนวคิดความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์
 - 1.2 ระดับความกลัวการคลอดบุตร
 - 1.3 ผลกระทบของความกลัวการคลอดบุตร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตร
 - 2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา
 - 2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา
 - 2.3 ปัจจัยด้านสังคม
3. การประเมินความกลัวการคลอดบุตร

ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์

ความกลัวเป็นการตอบสนองทางอารมณ์เมื่อมีการรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นอันตราย (Stuart & Laraia, 2005) หรือได้รับแรงกระตุ้นจากสิ่งที่เป็นภัยคุกคาม ที่เกิดจากการรับรู้โดยตรงจากสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ สิ่งที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ตรงโดยการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส หรืออาจเกิดจากสิ่งเร้าภายใน ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ในอดีต หรือเกิดขึ้นจากการจินตนาการขึ้นเอง (Davies & Janosik, 1991) ความกลัวสามารถพบได้ในบุคคลทั่วไป โดยที่ความกลัวเป็นสัญชาตญาณของมนุษย์ เป็นความรู้สึกต่อสิ่งที่เป็นอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเมื่อมีความกลัวเกิดขึ้นจะเกิดความรู้สึกไม่มีความสุข (สเปญ อุ่นองงค์, 2545) ความกลัวเกิดขึ้นทันทีทันใดต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุ หรือถูกกระตุ้น ร่างกายจะมีการตอบสนองทางสรีระอย่างรวดเร็ว โดยที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใน 2 ลักษณะคือ เลือกลงที่หลีกเลี่ยงหนีจากสิ่งที่เป็นต้นเหตุ หรือการเผชิญหน้ากับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว ซึ่งความกลัวสามารถระบุชนิดของสิ่งเร้าที่เป็นสาเหตุได้อย่างชัดเจน (Whitley, 1992)

เมื่อบุคคลจะต้องเผชิญกับความกลัว ระบบประสาทอัตโนมัติภายในร่างกาย จะถูกกระตุ้น และส่งสัญญาณประสาทไปที่ต่อมหมวกไต ส่งผลให้มีการหลั่งฮอร์โมนในกลุ่ม แคททีโคลามีนจากต่อมหมวกไตส่วนใน (adrenal medulla) ซึ่งประกอบด้วยฮอร์โมนอิพิเนฟริน และนอร์-อิพิเนฟริน ส่วนฮอร์โมนคอร์ติซอล จะหลั่งจากต่อมหมวกไตส่วนนอก (adrenal cortex) การหลั่งของฮอร์โมนเหล่านี้เข้าสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น เกิดการไหลเวียนของเลือดจากระบบทางเดินอาหารสู่หัวใจ ทำให้มีอาการเหงื่อออกตามฝ่ามือและฝ่าเท้า กล้ามเนื้อมีความตึงตัว คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะบ่อย หายใจเร็ว (Stuart & Laraia, 2005) ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้ามากขึ้น รวมทั้งทำให้มีอาการนอนไม่หลับได้ (Whitley, 1992)

แนวคิดความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์

ความกลัวการคลอดบุตรเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจ ของสตรีมีครรภ์ ที่เกิดจากการรับรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ว่าเป็นภัยคุกคามหรือเป็นอันตราย (Ryding et al., 1998) ซึ่งเกิดจากความไม่รู้ ไม่สามารถคาดคะเน หรือไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการคลอดบุตรได้ (Zar et al., 2001) หรือเกิดขึ้นจากการคาดคิด และการประเมินสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ว่าเป็นภัยคุกคามหรือเป็นอันตราย ซึ่งแยกจากความวิตกกังวลโดยอิสระ (Wijma et al., 1998)

การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เป็นเหตุการณ์ที่มีความสำคัญ ซึ่งแสดงถึงควมมีคุณค่าและมีความหมายมากที่สุดในชีวิตของสตรี ช่วยสร้างความสุขให้เกิดขึ้นกับสตรีมีครรภ์ ครอบครัว และบุคคลรอบข้าง (Simkin, 1996) แต่กลับพบว่าสตรีมีครรภ์และสตรีที่เคยคลอดบุตรจำนวนมาก มีความรู้สึกและมีประสบการณ์เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตร (Melander, 2002b) สตรีมีครรภ์ชาวฮังการีมีประสบการณ์เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตรสูงถึงร้อยละ 80 (Szeverenyi et al., 1998) และจากการศึกษาในสตรีชาวฟินแลนด์จำนวน 329 ราย พบร้อยละ 78 ของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร (Melander, 2002b) และร้อยละ 81 ของสตรีมีครรภ์ชาวอิหร่านมีความกลัวการคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ และร้อยละ 82 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ (Alipour et al., 2009) ซึ่งความกลัวเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่สามารถระบุสิ่งเร้าได้ชัดเจน มีความเฉพาะเจาะจง เกิดขึ้นทันทีทันใดเมื่อถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า (Stuart & Laraia, 2005) ความกลัวการคลอดบุตรเป็นความวิตกกังวลที่มีความเฉพาะเจาะจง เป็นการกลัวเสียชีวิตจากการคลอดที่เกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่ง

กลายเป็นความกลัวในการคลอดบุตร ในบางครั้งเรียกความกลัวการคลอดบุตรว่า “โทโคโฟเบีย” (tokophobia) ที่มาจากภาษากรีก โดยฮอฟเบอร์ก และวอร์ด (Hofberg & Ward, 2003) ได้แบ่งความกลัวการคลอดบุตรออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับปฐมภูมิ (primary tokophobia) ระดับทุติยภูมิ (secondary tokophobia) และระดับตติยภูมิ หรือระดับเกิดพยาธิสภาพ (third or pathological fear of childbirth) ซึ่งความกลัวการคลอดบุตรระดับปฐมภูมิ เป็นความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรก หรือความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสตรีวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ความกลัวการคลอดบุตรในระดับทุติยภูมิ เป็นความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการกระทบกระเทือน หรือเกิดความเครียดที่มีสาเหตุจากการคลอด เช่น ได้รับความเจ็บปวดอย่างรุนแรงระหว่างการคลอด ได้รับการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ หรือผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ส่วนความกลัวการคลอดบุตรระดับตติยภูมิ หรือระดับเกิดพยาธิสภาพ เป็นระยะที่มีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นในระยะของการตั้งครรภ์ สตรีบางรายเชื่อว่าหากตนเองตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรอาจทำให้ตนเองนั้นเสียชีวิตได้

ความกลัวการคลอดบุตรเกิดจากการรับรู้ว่าการคลอดบุตรทำให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และอาจทำให้เกิดอันตรายขึ้นได้ (Kantaruksa, 2001) และรับรู้ว่าการคลอดบุตรเป็นเรื่องที่น่ากลัว ซึ่งเป็นความกลัวที่เกี่ยวข้องกับอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ เช่น กลัวความเจ็บปวดจากการคลอด กลัวทารกหรือตนเองจะเสียชีวิต กลัวสูญเสียการควบคุมตนเอง และกลัวไม่ได้รับความช่วยเหลือ ในขณะที่คลอด โดยพบว่าสตรีครรภ์แรกส่วนใหญ่กลัวด้านความเจ็บปวดที่เกิดจากการคลอด (Melender, 2002a) ซึ่งสาเหตุหลักที่สตรีครรภ์แรกกลัวการคลอดบุตรเกิดจาก การได้รับฟังเรื่องราวด้านลบเกี่ยวกับการคลอดบุตรจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ (Chuahorm et al., 2007) รวมถึงการขาดความรู้และขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด สตรีครรภ์แรกจึงไม่สามารถคาดคะเนต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และทารกในครรภ์ระหว่างการคลอดได้ (Zar et al., 2001) ส่วนความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์หลังเป็นผลจากประสบการณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นระหว่างการคลอด ที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด ความรู้สึกกลัวตนเองเสียชีวิตในการคลอด มีประวัติทารกได้รับอันตรายหรือเสียชีวิตแต่กำเนิด นอกจากนี้การขาดความไว้วางใจในทีมผู้ให้การดูแลขณะคลอด พบเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวการคลอดบุตรด้วยเช่นกัน (Melender, 2002b) ซึ่งความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรกพบว่ามีระดับรุนแรงกว่าสตรีครรภ์หลัง (Rouhe et al., 2008) จากการศึกษาของ โครุคคู และคณะ (Korukcu et al., 2010) พบสตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดบุตรในระดับรุนแรงร้อยละ 46.6 และสตรีครรภ์หลังพบร้อยละ 40 ซึ่งความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นคือ กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และกลัวอันตรายที่จะเกิดกับทารกในครรภ์

การคลอดบุตรเป็นสิ่งที่ไม่สามารถที่จะคาดการณ์ล่วงหน้าได้ถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นและอาจทำให้เกิดอันตราย จึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวขึ้นในสตรีมีครรภ์ จากการศึกษาของเซียสโต และคณะ (Saisto et al., 1999) เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์หลัง จากการสัมภาษณ์สตรีครรภ์หลังที่กำลังตั้งครรภ์ และมีความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอดระดับรุนแรง จำนวน 100 ราย พบว่าความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์หลัง เนื่องจากกลัวความเจ็บปวดจากการคลอด กลัวการฉีกขาดของช่องคลอดขณะเบ่ง กลัวทารกหรือตนเองได้รับอันตราย หวาดกลัวต่อความล้มเหลวในการควบคุมตนเองระหว่างเจ็บครรภ์คลอด รวมทั้งกลัวได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การศึกษาของเมลินเดอร์ และลาวรี (Melender & Lauri, 1999) ถึงความกลัวที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์และคลอดบุตร โดยการสัมภาษณ์สตรีหลังคลอด 3 วัน จำนวน 20 ราย พบว่าสตรีมีครรภ์เกิดความกลัวเกี่ยวกับความสมบูรณ์แข็งแรงของทารก ทั้งในช่วงของการตั้งครรภ์และการคลอด ในช่วงตั้งครรภ์ สตรีมีครรภ์จะตระหนักถึงภาวะสุขภาพ ความพิการที่จะเกิดกับทารก ความเจ็บป่วย การเสียชีวิต การแท้งบุตร และมีความกลัวว่าพฤติกรรมของตนเองจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของทารก ส่วนในขณะคลอดบุตรสตรีมีครรภ์จะกลัวความเจ็บปวด กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด กลัวทารกจะได้รับอันตราย กลัวการคลอดจะไม่เป็นไปตามธรรมชาติ และกลัวตนเองจะได้รับบาดเจ็บจากการคลอด นอกจากนี้สตรีมีครรภ์ยังกลัวว่าสามีจะไม่สามารถอยู่และดูแลตนเองได้ในขณะคลอด

ระดับความกลัวการคลอดบุตร

วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีผลต่อทัศนคติและเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรม รวมถึงการปฏิบัติตัวของสตรีในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งแตกต่างกันตามค่านิยมความเชื่อแต่ละสังคม (Pillitteri, 2007) จากการศึกษาของกรณิการ์ กันธะรักษา (Kantaruksa, 2001) ถึงประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของสตรีไทยในการตั้งครรภ์ครั้งแรก พบว่าวัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา และจากคำบอกเล่ารวมถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดบุตร มีผลทำให้เกิดความกลัวการคลอดบุตร ในสตรีชาวไทยเชื่อว่าการคลอดบุตรเป็นช่วงระยะเวลาที่วิกฤติของชีวิต และเปรียบเทียบการคลอดบุตรว่ามีอันตรายเหมือนกับการนั่งในเรือลำน้อยเพื่อที่จะข้ามมหาสมุทร โดยที่มีเท้าข้างหนึ่งอยู่ในน้ำ ส่วนอีกข้างอยู่บนกราบเรือ สตรีที่มีความกลัวจึงปฏิบัติตามคำบอกเล่า ตามความเชื่อและประเพณีต่างๆ โดยหลีกเลี่ยงการกระทำที่อาจเป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและทารกภายในครรภ์ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ซึ่งการรับรู้และการตีความต่อสิ่งที่เป็นอันตรายของแต่ละบุคคล มีอิทธิพลจาก

ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม อารมณ์ แรงจูงใจและความคิด (Lowe, 2000) ดังนั้นความเชื่อ ประเพณี การรับรู้ทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับการคลอดของสตรี มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการคลอดบุตร (Fenwick, et al., 2009)

ระดับความเสี่ยงการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นในสตรีมีครรภ์ในแต่ละประเทศอาจเป็นผลเนื่องจากความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ สังคมประเพณี และวัฒนธรรมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด รวมถึงเครื่องมือที่ใช้วัดความเสี่ยงการคลอดบุตรที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้สตรีมีครรภ์มีความเสี่ยงการคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ (Hall et al., 2009) การศึกษาในประเทศแถบตะวันตกพบสตรีมีครรภ์เกิดความเสี่ยงการคลอดบุตรระดับรุนแรงร้อยละ 20 (Kjaergaard et al., 2008) การศึกษาเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับความเสี่ยงการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรกชาวสหรัฐอเมริกา จำนวน 280 ราย ที่อายุครรภ์อยู่ในไตรมาสสาม พบว่าสตรีมีครรภ์มีความเสี่ยงการคลอดบุตรในระดับสูง ร้อยละ 19.2 และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 17.5 (Lowe, 2000) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงการคลอดบุตร การนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และความวิตกกังวลในสตรีครรภ์แรกและครรภ์หลังชาวแคนาดา จำนวน 650 ราย ที่อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 35 - 39 สัปดาห์พบมีความเสี่ยงการคลอดบุตรในระดับรุนแรงร้อยละ 25 ระดับปานกลางร้อยละ 54 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 21 (Hall et al., 2009) การศึกษาเพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการคลอดบุตรระหว่างนurses และสตรีชาวสวีเดน พบสตรีมีความเสี่ยงการคลอดบุตรในระดับรุนแรงร้อยละ 23 ระดับปานกลางร้อยละ 32 ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 25 และไม่มีความรู้สึกกลัวการคลอดบุตรเลยร้อยละ 20 (Eriksson et al., 2005) เฟินวิก และคณะ (Fenwick et al., 2009) ทำการศึกษาเพื่อประเมินระดับความเสี่ยงการคลอดบุตรระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดในสตรีชาวออสเตรเลีย จำนวน 401 ราย ที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์และสตรีหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 243 ราย พบในระยะตั้งครรภ์สตรีมีครรภ์มีความเสี่ยงการคลอดบุตรในระดับรุนแรงร้อยละ 26.2 ระดับปานกลางร้อยละ 47.9 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 26 จากความแตกต่างในด้านความคิด ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมเกี่ยวกับการคลอด ซึ่งมีผลต่อนโยบายในการดูแลสุขภาพของมารดาและแนวทางการให้บริการที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อระดับความเสี่ยงการคลอดบุตรในแต่ละประเทศนั้นด้วย

สตรีมีครรภ์จะมีความเสี่ยงการคลอดบุตรเพิ่มมากขึ้นตามอายุครรภ์ (Zar et al., 2001) ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์สตรีมีครรภ์มีความเสี่ยงการคลอดบุตรในระดับต่ำ โดยเฉพาะในรายที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 26 สัปดาห์ แต่เมื่ออายุครรภ์เพิ่มมากขึ้น ความเสี่ยงการคลอดบุตรเพิ่มสูงขึ้นด้วย (Rouhe et al., 2008) จากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมของสตรีมีครรภ์ เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สาม ซึ่งเป็นระยะใกล้คลอด สตรีมีครรภ์มีความรู้สึกที่ไม่มั่นคง มีความตระหนักมากขึ้นถึงความรับ

ผิดชอบของการเป็นมารดา และเกิดความรู้สึกกลัวการคลอดบุตรที่กำลังจะมาถึง ในเรื่องของความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์เพิ่มสูงขึ้น กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและบุตรในระยะคลอด กลัวความเจ็บปวดที่จะเกิดจากการคลอด กลัวไปคลอดไม่ทัน (Sherwen et al., 1999) การศึกษาของกรรณิการ์ กันชะรักษา (Kantaruksa, 2001) พบว่าเมื่อใกล้ระยะกำหนดคลอด สตรีมีครรภ์มีความรู้สึกกลัวการคลอดบุตรที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีความรู้สึกกลัวการได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กลัวคลอดยาก กลัวตนเองได้รับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการคลอด กลัวการฉีกขาดหรือการตัดช่องทางคลอด รวมถึงเกิดความกลัวเกี่ยวกับความไม่สมบูรณ์แข็งแรงของทารก กลัวบุตรที่เกิดมามีความพิการ จากการศึกษาของกชกร ตัมพวิบูลย์ (Tampawiboon, 2005) พบว่าเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้นและเข้าสู่ระยะใกล้คลอด สตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดบุตรเพิ่มสูงขึ้น และศศิธร นามทวีชัยกุล (2541) ที่ทำการศึกษาภาวะจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรก จำนวน 335 ราย พบว่าในทุกละไตรมาสของการตั้งครรภ์ สตรีมีครรภ์จะมีความกลัวการคลอดบุตร โดยเฉพาะในไตรมาสที่สาม สตรีมีครรภ์จะมีความกลัวการคลอดบุตร มีความกังวลใจเกี่ยวกับความปลอดภัยของบุตรในระยะคลอดระดับมากที่สุด และความปลอดภัยของตนเองอยู่ในระดับมาก โดยที่สตรีมีครรภ์มีความรู้สึกกลัวการคลอด และฝันเกี่ยวกับการคลอดบุตรมากขึ้น เนื่องจากในไตรมาสนี้เป็นระยะใกล้คลอด และจากการขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดบุตรของสตรีครรภ์แรก การได้รับฟังเรื่องราวเกี่ยวกับการคลอดบุตรจากมารดา และผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการคลอดบุตรมาก่อน อาจทำให้สตรีมีครรภ์มองว่าการคลอดบุตรเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและบุตรได้ ซึ่งความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นในสตรีมีครรภ์ พบมีผลกระทบทั้งต่อสตรีมีครรภ์และทารก

ผลกระทบของความกลัวเกี่ยวกับการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์

ความกลัวการคลอดบุตรพบเป็นสาเหตุเบื้องต้นทำให้สตรีมีครรภ์ส่วนมากต้องการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Wax et al., 2004) สตรีมีครรภ์จำนวนมากมีความต้องการที่จะผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แต่มีสาเหตุมาจากความกลัวการคลอดบุตร (Nerum, Halvorsen, Sorlie, & Oian, 2006) จากการศึกษาสตรีมีครรภ์ชาวสวีเดนและอังกฤษ พบว่าสตรีมีครรภ์ที่เกิดความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอด มีความต้องการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องสูงถึงร้อยละ 7 - 22 (Ryding, 1991; Graham et al., 1999) ในปี ค.ศ. 2000 ประเทศฟินแลนด์พบ อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องร้อยละ 8 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ซึ่งสาเหตุของการผ่าตัดคลอด เนื่องจากสตรีมีครรภ์มีความกลัวการคลอดบุตร (Saisto & Halmesmaki,

2003) จากการศึกษาของซุย และคณะ (Tsui et al., 2006) ที่ทำการศึกษาถึงสาเหตุและอาการแสดงของความกลัว ที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านลักษณะของประชากรสตรีมีครรภ์ชาวจีนในประเทศฮ่องกง จำนวน 319 ราย มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 9 - 40 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นสตรีครรภ์หลังจำนวน 139 ราย พบร้อยละ 22 ของสตรีมีครรภ์มีความต้องการที่จะผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเนื่องจากกลัวการคลอดบุตร

การศึกษาในประเทศแถบตะวันตกพบสตรีมีครรภ์ประมาณร้อยละ 6 - 10 ที่ต้องเผชิญกับความกลัวการคลอดบุตร รวมถึงมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน (Saisto & Halmesmaki, 2003; Kjaergaard et al., 2008) เมื่อเกิดความกลัวการคลอดบุตรขึ้น ร่างกายจะมีกลไกการตอบสนองต่อความกลัว ซึ่งปฏิกิริยาที่แสดงออกจะมีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจด้วยเช่นกัน ผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดจากความกลัวการคลอดบุตรอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ขึ้นได้ (Areskog et al., 1983) ความกลัวจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิก ให้มีการหลั่งฮอร์โมนความเครียดเช่นเดียวกับเมื่อเกิดความวิตกกังวล (Alehagen, Wijma, Lundberg, & Wijma, 2005) ฮอร์โมนแคทีโคลามีน และคอร์ติซอลจะถูกหลั่งจากต่อมหมวกไตออกมาสู่กระแสเลือดมากขึ้น ผลของการหลั่งของฮอร์โมนเหล่านี้เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของไหลเวียนของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีอัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงและระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดจากบริเวณผิวหนัง ภาวะอาหาร ลำไส้ และมดลูกกลับเข้าสู่หัวใจเพิ่มมากขึ้น (Stuart & Laraia, 2005) และความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ อาจเพิ่มความเสี่ยงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งพบเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ และภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Wijma et al., 2002a) นอกจากนี้ความกลัวยังส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยล้ามากขึ้น รวมทั้งทำให้มีอาการนอนไม่หลับ (Whitley, 1992) และจากการศึกษาพบว่า การนอนหลับที่น้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อคืนในสตรีมีครรภ์ที่มีความกลัวการคลอดบุตร พบมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าระหว่างการตั้งครรภ์อีกด้วย (Hall et al., 2009)

สตรีมีครรภ์ที่มีความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อถึงระยะคลอด ซึ่งเกิดจากการรับรู้ว่าการคลอดบุตรเป็นสิ่งที่อันตราย เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาและความเจ็บปวด ส่งผลให้เกิดความกลัวในระดับสูงขึ้น ฮอร์โมนแคทีโคลามีนถูกหลั่งเพิ่มขึ้น มีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกเกิดความตึงเครียด การยืดขยายของปากมดลูกและกลไกการคลอดหยุดชะงัก เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างมีการหดตัวลดลง แต่ในเวลาเดียวกันกล้ามเนื้อมดลูกส่วนอื่นๆ มีการหดตัวเพิ่มขึ้นเพื่อช่วยให้ปากมดลูกมีการยืดขยาย

จากการทำงานที่ไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อตูดลูกนี้ ส่งผลทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อตูดลูก ผิดปกติ เกิดความเจ็บปวดที่รุนแรง เกิดเป็นวงจรของกลุ่มอาการกลัว ดึงเครียด และเจ็บปวด (fear – tension – pain - syndrome) มีผลต่อระยะเวลาการคลอดที่ยาวนานกว่าปกติ (Lowdermilk et al., 2012) จากการศึกษาของเซียสโต (Saisto, 2001) พบว่าสตรีมีครรภ์ที่มีความกลัวการคลอดบุตร เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดในระดับที่ต่ำ เป็นผลทำให้เกิดความต้องการ ได้รับยาบรรเทาปวดเพิ่มสูงขึ้น และสตรีมีครรภ์ที่ไม่สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ มีระยะเวลาการคลอดที่ยาวนานกว่าปกติ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด และไม่สามารถที่จะคลอดเองได้ (Erikson et al., 2005) จากการศึกษาของเลอร์เสน และคณะ (Laurson et al., 2008) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอดบุตรกับภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด ในสตรีครรภ์แรกที่ไม่มีความวิตกกังวลระหว่างการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นในไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์ พบเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดยาก มีระยะเวลาคลอดที่ยาวนาน และมีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน สตรีมีครรภ์ที่มีความกลัวการคลอดบุตร ส่งผลให้ไม่สามารถคลอดเองได้ ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีการใช้สูติศาสตร์หัตถการ และการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้น (Erikson et al., 2005) มีรายงานการศึกษาในประเทศสวีเดนพบว่า สตรีมีครรภ์ที่กลัวการคลอดบุตรมีอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินสูงขึ้น 2 - 3 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีมีครรภ์ที่ไม่มีความกลัวการคลอดบุตร (Ryding et al., 1998) และมีการใช้สูติศาสตร์หัตถการในอัตราที่สูงขึ้นด้วย (Fenwick et al., 2009)

ความกลัวการคลอดบุตรที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นทำให้สตรีมีครรภ์ เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Waldenstrom et al., 2006) ไม่มีความสุขที่ตนเองตั้งครรภ์ ขาดความพึงพอใจในการเป็นมารดา เกิดความเครียด มีความต้องการการดูแลและการสนับสนุนจากสามีเพิ่มขึ้น (Salomonsson et al., 2010) เมื่อมีความกลัวเกิดขึ้นสตรีมีครรภ์จะแสดง ออกด้วยอาการเครียด และเกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Areskog et al., 1983) และแสดง ออกด้วยการร้องไห้ แต่ไม่กล้าที่จะพูดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เนื่องจากกลัวทารกในครรภ์จะเสียชีวิต มีอาการวิงเวียน ใจสั่น หายใจลำบาก นอนไม่หลับ เมื่อคิดถึงสิ่งที่ตนเองกลัว ส่งผลทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ (Melender & Lauri, 1999) นอกจากนั้นความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ จะทำให้สตรีมีครรภ์ขาดความมั่นใจในตนเองที่จะคลอดบุตรได้เองทางช่องคลอด ซึ่งส่งผลให้มีความอดทนต่อความเจ็บปวดในระยะรอคลอดมีระดับต่ำ สตรีมีครรภ์จึงไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดระหว่างคลอดได้ และเป็นสาเหตุให้สตรีมีครรภ์ต้องการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเพิ่มสูงขึ้น และเกิดประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการคลอด (Lowe, 2000)

ผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดจากความกลัวการคลอดบุตรยังส่งผลไปถึงระยะหลังคลอด และการตั้งครรภ์ในครั้งต่อไป ความกลัวการคลอดบุตรส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาทารก (Salomonsson et al., 2010) ขัดขวางการแสดงบทบาทของการเป็นมารดาภายหลังการคลอด นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยา (Melender & Lauri, 1999) สตรีหลังคลอดที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตร ซึ่งเกิดจากการได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากการคลอด ได้รับการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการหรือผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน จะมีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดในด้านลบ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอด (Wijma et al., 1997) สตรีที่มีความกลัวการคลอดบุตรในระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์ และได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดได้ (Wijma, Ryding, & Wijma, 2002b) นอกจากนี้ประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรที่เกิดขึ้น ยังส่งผลทำให้สตรีหลีกเลี่ยงที่จะตั้งครรภ์หรือหลีกเลี่ยงการคลอดบุตรทางช่องคลอดในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (Melender, 2002a; Melender, 2002b)

ความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นในสตรีมีครรภ์ยังพบว่ามีผลกระทบต่อทารกเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ซึ่งเป็นผลเนื่องจากฮอร์โมนคาโทโคลามีนที่เพิ่มขึ้นเมื่อเกิดความกลัว ส่งผลให้หลอดเลือดแดงบริเวณมดลูกมีแรงต้านเพิ่มขึ้น ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังมดลูกน้อยลง (Lowdermilk et al., 2012) ปริมาณเลือดที่ไปยังรกลดลงด้วยเช่นกัน ส่งผลให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนในปริมาณที่ไม่เพียงพอ และเกิดภาวะค้ำขังได้ (Cunningham et al, 2010) จึงเป็นผลให้ทารกในระยะแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน และมีคะแนนแอฟการ์ด้า (Melender & Lauri, 1999) ซึ่งความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นในสตรีมีครรภ์พบมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์

จากแนวคิดของเซียสโตและฮาลเมสมากิ (Saisto & Halmesmaki, 2003) ความกลัวการคลอดบุตรนั้นไม่ได้มีลักษณะเฉพาะกลัวความเจ็บปวดเท่านั้น แต่ยังรวมถึงกลัวการเป็นมารดาในอนาคต กลัวว่าตนเองไม่มีความสามารถในการให้กำเนิดทารก นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรด้วย ซึ่งพบมีปัจจัย 3 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตร ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม ดังนี้

ปัจจัยทางด้านชีววิทยา

ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ การกลัวความเจ็บปวด ความเจ็บปวดที่เกิดจากการคลอด เป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความกลัวการคลอดบุตร การกลัวความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอด เป็นความกลัวที่เฉพาะเจาะจง (specific fear) ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความกลัวที่จะได้รับความเจ็บปวดโดยทั่วไป (general fear) โดยที่ไม่ขึ้นกับประสบการณ์การคลอดบุตรที่ผ่านมา (Melander, 2002b) แต่บางการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความเจ็บปวดในระยะคลอดนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เคยได้รับความเจ็บปวดในอดีต (Lavender, Walkinshaw, & Walton, 1999) สตรีที่มีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด จะส่งผลต่อการรับรู้และการเผชิญต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในการคลอดครั้งต่อไป ทำให้สตรีมีครรภ์จะรับรู้ต่อความเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้น (Lowe, 2002) สตรีมีครรภ์รับรู้เกี่ยวกับการคลอดบุตรว่าเป็นสิ่งที่น่ากลัว และทุกข์ทรมานจากการได้รับความเจ็บปวดที่เกิดจากการคลอด (Chuahorm et al., 2007) และมองว่าความเจ็บปวดที่เกิดจากการคลอด เป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง (Lederman, 1996) ส่งผลให้สตรีมีครรภ์ที่กลัวได้รับความเจ็บปวดจากการคลอด และเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจว่าตนจะสามารถอดทนต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้ จึงพบเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความกลัวการคลอดบุตร (Saisto & Halmesmaki, 2003) ความเจ็บปวดจากการคลอดเป็นเหตุผลให้สตรีมีครรภ์ต้องการที่จะผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การศึกษาในสตรีครรภ์แรกและครรภ์หลังจำนวน 100 ราย ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 20 - 35 สัปดาห์ พบว่าร้อยละ 44 ของสตรีมีครรภ์ มีการรับรู้ถึงความเจ็บปวดที่รุนแรงที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอด ซึ่งตนเองจะต้องอดทนและเผชิญต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด และร้อยละ 47 ของสตรีครรภ์แรกหวาดกลัวต่อความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น (Sjogren, 1997) จะเห็นได้ว่าความกลัวที่จะได้รับความเจ็บปวดจากการคลอด พบเป็นสาเหตุเบื้องต้นที่ทำให้สตรีมีครรภ์เกิดความกลัว และมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตร ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้แยกปัจจัยด้านชีววิทยา มาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตร โดยตรง เนื่องจากมีข้อคำถามถึงความรู้สึกด้านความเจ็บปวดจากการคลอด ในแบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตรอยู่แล้ว

ปัจจัยด้านจิตวิทยา

ปัจจัยด้านจิตวิทยาที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตร ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรในอดีต ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร และความพึงพอใจในคู่สมรส ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวล เกิดจากกระบวนการทางด้านปัญญา ที่ประเมินต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นว่าเป็นสิ่งที่กำลังคุกคาม โดยสิ่งที่เข้ามาคุกคามนั้นอาจมีจริง หรือเป็นสิ่งที่เกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และมีผลต่อกระบวนการความคิด กระทบต่อจิตใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และสรีรวิทยา ซึ่งการประเมินสภาพการณ์นั้นๆ จะเป็นอันตรายมากน้อยเพียงใดจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับการรับรู้ต่อเหตุการณ์และกระบวนการทางความคิดของแต่ละบุคคล (Spielberger & Sydeman, 1994)

ความวิตกกังวลมี 2 ลักษณะ คือ ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (state anxiety) หรือความวิตกกังวลเผชิญขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะแต่ละสถานการณ์ และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล (trait anxiety) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่คงอยู่ตลอดเวลา จนกลายเป็นบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล และเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ บุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูง จะประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามตนเองสูง โดยประเมินศักยภาพตนเองในระดับต่ำต่อการเผชิญสถานการณ์ ทำให้บุคคลขาดความเชื่อมั่น (Spielberger & Sydeman, 1994) ความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับความกลัวสตรีที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูง จะมีความกลัวการคลอดบุตรสูงเช่นกัน (Zar et al., 2001) ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้า ทั้งที่เป็นสิ่งเร้าภายในและสิ่งเร้าภายนอกเข้ามากระทบ ซึ่งความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์มีลักษณะที่แตกต่างจากความกลัว ในประเด็นของสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นและการโต้ตอบหรือการแสดงออกต่อสิ่งเร้า ความกลัวสามารถที่จะระบุสิ่งเร้าได้ชัดเจน มีความเฉพาะเจาะจง แยกแยะเป็นรูปธรรมได้ เป็นเหตุเป็นผลชัดเจน ความกลัวจะเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด เมื่อถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า ส่วนความวิตกกังวลจะไม่รู้ว่าตัวกระตุ้นคืออะไร ทำให้มีการโต้ตอบต่อสิ่งเร้าที่ไม่ชัดเจน จากสิ่งเร้าที่ไม่ชัดเจนของบุคคลทำให้ไม่สามารถที่จะพยากรณ์ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากความวิตกกังวลจะเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ การโต้ตอบและการแสดงอาการที่มีต่อความวิตกกังวลจะมีระยะเวลาที่นานและเรื้อรัง จึงมีความรุนแรงของการแสดงออกที่น้อยกว่าความกลัว ส่วนความกลัวจะประเมินสิ่งกระตุ้นที่คุกคามโดยใช้สติปัญญา จากความชัดเจนของสิ่งเร้าทำให้บุคคลสามารถ

ที่จะทำนาย หรือพยากรณ์ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ พฤติกรรมที่จะแสดงออกคือ การสูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ หรือตกตะลึง (Stuart & Laraia, 2005)

สตรีมีครรภ์ที่มีความวิตกกังวลพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอดบุตร ($r = .44, p = .01$) (Korukcu et al., 2010) จากการศึกษาของอริเพอ และคณะ (Alipour et al., 2009) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลในระยะตั้งครรภ์ กับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์แรก จำนวน 156 ราย ที่มีอายุครรภ์ 28 และ 38 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอดบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้พยากรณ์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอย พบว่าสตรีมีครรภ์ที่มีความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลมีความเสี่ยงที่จะเกิดความกลัวการคลอดบุตรสูงกว่า สตรีมีครรภ์ที่ไม่มีความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลเมื่อมีอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ถึง 2.7 เท่า [odds ratio 2.7 (95 % CI 1.03 – 6.80)] และสตรีมีครรภ์ที่มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ พบมีความเสี่ยงที่จะเกิดความกลัวการคลอดบุตรสูงกว่า สตรีมีครรภ์ที่ไม่มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เมื่อมีอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ถึง 5.4 เท่า [odds ratio 5.4 (95 % CI 1.75 – 16.76)] จากการศึกษาของฮอลล์ และคณะ (Hall et al., 2009) ที่ทำการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล และระดับของความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ ที่มีอายุระหว่าง 17 ถึง 46 ปี อายุครรภ์ระหว่าง 35 - 39 สัปดาห์จำนวน 916 ราย พบว่าสตรีมีครรภ์ที่มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ระดับสูงจะมีความกลัวการคลอดบุตรอยู่ในระดับที่สูงด้วยเช่นกัน ไรดิง และคณะ (Ryding et al., 1998) ทำการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอดบุตร ความวิตกกังวลในไตรมาสสามของการตั้งครรภ์ และการผ่าตัดคลอดบุตรแบบฉุกเฉินในสตรีมีครรภ์ ที่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ จำนวน 1,981 ราย พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ และพบว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้มีการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเพิ่มขึ้น

สตรีมีครรภ์ที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลประจำตัวสูงพบมีความกลัวการคลอดบุตร สตรีมีครรภ์ที่มีความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลสูงพบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอดบุตร ($r = .55, p = .001$) และสตรีมีครรภ์ที่มีความวิตกกังวล ส่วนใหญ่จะพบว่ามีความกลัวการคลอดบุตร ($\beta = .44, p < .01$) (Spice, Jones, Hadjistavropoulos, Kowalyk, & Stewart, 2009) จากการศึกษาของซาร์ และคณะ (Zar et al., 2001) ที่ศึกษาความกลัวการคลอดบุตรในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด ระหว่างสตรีมีครรภ์แรกและครรภ์หลัง พบว่าความวิตกกังวลเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคล สตรีมีครรภ์ที่มีความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลในระดับสูง พบว่ามีความกลัวการคลอดบุตรอยู่ในระดับสูงด้วย และการศึกษาของไรดิง และคณะ (Ryding et al., 2007) เกี่ยวกับ

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพส่วนบุคคล กับความกลัวการคลอดบุตรในระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์ และประสบการณ์เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตร ในสตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 34 - 37 สัปดาห์ และสตรีหลังคลอด 1 สัปดาห์ จำนวน 262 ราย พบว่าความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความกลัวการคลอดบุตร ($r = .38, p = .001$) และสตรีที่มีความวิตกกังวลสูงเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะมีความกลัวการคลอดบุตรในระดับที่สูงด้วย

2. ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สตรีมีครรภ์ที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความกลัวการคลอดบุตร เนื่องจากคิดว่าการคลอดบุตรเป็นประสบการณ์ที่ยากต่อการข้ามผ่าน (Saisto & Halmesmaki, 2003) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับการรักตนเอง (self love) การยอมรับตนเอง (self acceptance) และการรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ (sense of competence) ซึ่งมีอิทธิพลต่อทัศนคติ และได้รับอิทธิพลมาจากสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม (Rosenberg, 1989 อ้างใน จิราวรรณ นิมิตรภาพ, 2551) ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกตนเองมีความสามารถ ไว้วางใจในตนเอง บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มักจะเป็นคนที่ขาดกลัว ซึ่งความกลัวเหล่านี้จะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองนั้นไร้ความสามารถ ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง สตรีที่กลัวการคลอดบุตรจะเกิดความรู้สึกสงสัยและไม่แน่ใจในความสามารถของตนที่จะให้กำเนิดบุตร โดยเฉพาะสตรีที่รู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ หรือด้อยกว่าสตรีบุคคลอื่นในการคลอดบุตร (Nilsson & Lundgren, 2009)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตร จากการศึกษาของเซียสโตและคณะ (Saisto et al., 2001) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อทัศนคติเกี่ยวกับการคลอดบุตร สตรีมีครรภ์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ พบว่ามีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอด เมื่อเทียบความกลัวการคลอดบุตรระหว่างสตรีมีครรภ์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกับสตรีมีครรภ์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง พบว่าสตรีมีครรภ์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเกิดความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอดได้สูงกว่า สตรีมีครรภ์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงถึง 4.39 เท่า [odds ratio 4.39 (95 % CI 1.04, 18.45)] ในสตรีชาวฮังการีกว่าร้อยละ 25 กลัวว่าตนเองจะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมระหว่างการคลอดอาจทำให้เกิดอันตรายแก่ทารกในครรภ์ ซึ่งร้อยละ 36.1 รู้สึกหวาดกลัวถึงความล้มเหลวในการควบคุมตนเองระหว่างการคลอดบุตร ซึ่งเป็นสาเหตุของความกลัวการคลอดบุตร (Szeverenyi et al., 1998) จากการศึกษาเชิงคุณภาพของนิลโซน และลุนเกรน (Nilsson & Lundgren, 2009) เพื่ออธิบายเกี่ยวกับประสบการณ์ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกสตรีครรภ์แรกและครรภ์หลังจำนวน 8 รายที่มีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรง พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความเกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตรในสตรี

มีครรภ์ เนื่องจากสตรีมีครรภ์เกิดความรู้สึกด้านลบเกี่ยวกับการคลอดบุตร ที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายที่เกิดจากการคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สตรีมีครรภ์รับรู้ถึงความเจ็บปวด และวิธีการจัดการต่อความเจ็บปวดระหว่างการคลอดบุตร ดังนั้นการตั้งครรภ์และการคลอดจึงเป็นสถานการณ์ที่ทำให้สตรีรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง แต่การที่ต้องเผชิญกับอารมณ์และความรู้สึกน่ากลัวที่เกิดจากการคลอดบุตร ส่งผลให้สตรีเกิดความรู้สึกสงสัยในความสามารถของตนเองในการคลอดบุตร การศึกษาของโจส์เกรน (Sjogren, 1997) พบว่าร้อยละ 65 ของสตรีมีครรภ์กล่าวว่าตนเองไร้ความสามารถที่จะคลอดบุตรได้เอง

3. การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ประสบการณ์ที่ไม่ดีหรือเรื่องราวที่น่ากลัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ทั้งที่ได้ยินจากประสบการณ์ของผู้อื่นหรือประสบกับเหตุการณ์นั้นด้วยตนเองมีผลต่อความกลัวการคลอดบุตร ความกลัวที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด โดยเฉพาะในสตรีครรภ์หลังที่เคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น มีประวัติแท้งบุตร มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด มีภาวะคลอดยาก หรือการคลอดที่เต็มไปด้วยความเจ็บปวด สตรีที่คลอดบุตรพิการหรือมีปัญหาทางสุขภาพ สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้สตรีมีครรภ์เกิดความรู้สึกกลัว และไม่มั่นใจต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ (Ryding, 1993) ในสตรีมีครรภ์ที่วางแผนจะคลอดบุตรทางช่องคลอดแต่กลับได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน หรือได้รับการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ พบว่าสตรีกลุ่มนี้จะมีประสบการณ์การคลอดทางด้านลบ และมีความกลัวการคลอดบุตรในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (Wiklund, Edman, Ryding, & Andolf, 2008; Saisto et al., 1999) ส่วนสตรีที่เคยได้รับบาดเจ็บจากการคลอด พบว่ามีความกลัวการคลอดบุตรในระดับที่รุนแรง (Ryding, 1991) ซึ่งจะเห็นได้ว่าประสบการณ์ทางด้านลบเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรของสตรี มีผลต่อการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความกลัว และส่งผลให้มีความกลัวการคลอดบุตรในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (Rouhe et al., 2008) จากการศึกษาเกี่ยวกับบริบททางสังคมมีผลต่อความกลัวการคลอดบุตรในสตรีชาวออสเตรเลียอย่างไร พบว่าเรื่องราวที่น่ากลัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรที่ได้ยินจากบุคคลอื่น ทำให้สตรีครรภ์แรกเกิดความกลัวการคลอดบุตรได้เช่นกัน ซึ่งเกิดจากการที่สตรีมีครรภ์จะสะท้อนสิ่งที่เคยเห็น จินตนาการจากคำบอกเล่า หรือการคาดการณ์ล่วงหน้าทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ขาดความมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอดได้ (Fisher, Hauck, & Fenwick, 2006)

4. ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร พบเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตร ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เนื่องจากไม่สามารถคาดคะเนสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ในอนาคต มีความรู้สึกที่ไม่แน่นอนต่อการเจริญเติบโตและ

สุขภาพของทารกที่อยู่ภายในครรภ์ การขาดประสพการณ์ในการคลอดของสตรีครรภ์แรก ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนที่ทำให้เกิดความกลัวการคลอดบุตร (Melender, 2002a) ความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ทำให้สตรีครรภ์แรกมีระดับความกลัวการคลอดบุตรสูงกว่าสตรีครรภ์หลัง เนื่องจากสตรีครรภ์แรกไม่สามารถคาดคะเนสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ในอนาคตได้ ส่วนสตรีครรภ์หลังเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับกระบวนการคลอดและความเจ็บปวดในระยะคลอดมาแล้ว (Zar et al., 2001; Alehagen, et al., 2001) สำหรับสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงระหว่างการตั้งครรภ์ จะเกิดความรู้สึกกลัว เนื่องจากมองว่าภาวะเสี่ยงสูงที่เกิดขึ้นอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ได้ (สุชาดา รัชชกุล และชมพูนุช โสภากาจารย์, 2544) จากผลการศึกษาของพูนทรัพย์ ลาภเจียม (Lapchem, 2007) พบว่าสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีคะแนนความกลัวการคลอดบุตรในระดับที่สูง โดยมีความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพของทารกกลัวความเจ็บปวดจากการคลอด กลัวการให้กำเนิดทารก และกลัวการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยมีความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการตั้งครรถ์ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากที่สุด ความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดจากการคลอดและความเจ็บป่วย สามารถทำนายความกลัวการคลอดบุตรได้ เนื่องจากความเจ็บป่วยและพยาธิสภาพของโรค มีผลต่อทั้งทารกในครรภ์และตัวสตรีมีครรภ์ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพของโรค ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากอาการที่เกิดจากความเจ็บป่วย ได้รับความเจ็บปวดจากการตรวจและการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อก่อให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยและก่อก่อให้เกิดความกลัวในการตั้งครรถ์และการคลอดบุตรของตนเอง ที่มีความแตกต่างไปจากสตรีมีครรภ์ปกติ

5. ความพึงพอใจในกลุ่มสมรส สัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะจิตสังคม สตรีมีครรภ์ที่ไม่มีสามีหรือขาดความพึงพอใจกลุ่มสมรส ก่อให้เกิดผลทางด้านลบต่อภาวะจิตใจ (ทรงพร จันทรพัฒน์, 2543) ความพึงพอใจในกลุ่มสมรสมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตร สตรีมีครรภ์ที่ขาดความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มสมรส สามารถทำนายความรุนแรงของความกลัวการคลอดบุตรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Saisto et al., 2001)

ปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยทางสังคมที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตร ได้แก่การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่มั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การสนับสนุนทางสังคม สตรีที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตร มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้

สตรีมีครรภ์สามารถปรับตัวเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลง และสามารถเผชิญเหตุการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเฮาส์ (House, 1981) ได้กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคนรัก มีคุณค่า เกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง จากการศึกษาเชิงคุณภาพของศศิธร นามทวีชัยกุล (2541) พบว่าสตรีมีครรภ์ส่วนใหญ่ต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ และการปกป้องจากสามีมากขึ้นในขณะตั้งครรภ์ สตรีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะสามารถเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวด้านจิตสังคมได้ดี เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของสตรีมีครรภ์ ได้แก่ สามี ครอบครัว ญาติและเพื่อนสนิท จากการศึกษาของลาวัลย์ สมบูรณ์ และเทียมสร ทองสวัสดิ์ (2545) พบว่าสตรีมีครรภ์ที่ได้รับฟังเรื่องราวเกี่ยวกับความยากลำบากในการคลอดบุตรจากบุคคลใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดความกลัวการคลอดบุตรขึ้น เกี่ยวกับอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในระยะคลอด ซึ่งสตรีมีครรภ์จะปรึกษาเกี่ยวกับความไม่สบายใจ และจะขอความช่วยเหลือจากสามี ครอบครัว ญาติและเพื่อนสนิท

การสนับสนุนทางสังคมพบมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตร การศึกษาในสตรีชาวเดนมาร์ก พบว่าสตรีที่มีเครือข่ายทางสังคมและได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนที่น้อย มีความเกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตร (Lausen et al, 2008) เซียสโต และคณะ (Saisto et al, 2001) ได้ทำการศึกษาลักษณะเฉพาะของบุคคล ลักษณะทางสังคม และเศรษฐกิจของสตรีมีครรภ์และสามี ที่มีความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอด ในสตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 30 สัปดาห์และคู่สมรส จำนวน 287 คู่พบว่าสตรีที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอด สตรีมีครรภ์ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือได้รับไม่เพียงพอ เกิดความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอดได้สูงกว่า สตรีมีครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงถึง 0.62 เท่า [odds ratio 0.62 (95 % CI 0.31, 1.23)] และการสนับสนุนทางสังคมที่สตรีมีครรภ์ได้รับสามารถทำนายความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอดที่ระดับรุนแรงในขณะตั้งครรภ์ ($\chi^2 = 13.66$, $p < .01$) และจากผลการศึกษาของพุนทรัพย์ ลากเจียม (Lapchem, 2007) พบว่าสตรีมีครรภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของความกลัวการคลอดบุตรได้ร้อยละ 10.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในสภาวะที่คุกคามสตรีมีครรภ์มีความต้องการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งถ้าสตรีมีครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมใน

ระดับที่ต่ำ อาจจะทำให้ไม่สามารถที่จะรับมือกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ จึงก่อให้เกิดเป็นความกลัวเกิดขึ้น

2. ความรู้สึกไม่มั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ การตั้งครรภ์เป็นการเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจที่ต้องใช้จ่ายมากขึ้น รวมทั้งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาชีพและการทำงานของสตรี สตรีมีครรภ์บางรายต้องหยุดพักหรือลาออกจากงานทำให้มีรายได้อาจลดลง (ทรงพร จันทรพัฒน์, 2543) สตรีที่มีฐานะทางการเงินและการทำงานที่ไม่มั่นคง เมื่อมีการตั้งครรภ์จะเกิดความกลัวขึ้น เนื่องจากคิดว่าการตั้งครรภ์จะต้องเสียเงินในการบำรุงร่างกาย เพื่อความสมบูรณ์ของทารกในครรภ์ การฝากครรภ์ และการคลอด นอกจากนี้ยังเกิดความรู้สึกกลัวว่าไม่มีเงินที่จะเลี้ยงเมื่อบุตรเกิดมา (ลาวัลย์ สมบูรณ์ และ เทียมสร ทองสวัสดิ์, 2545) สตรีที่ไม่มีรายได้นั้นเนื่องจากการว่างงาน พบว่ามีความกลัวการคลอดบุตรสูงกว่ากลุ่มที่มีงานทำและมีรายได้ (Melender, 2002b) จากการศึกษาของเซียสโต และคณะ (Saisto et al., 2001) พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจนั้นเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ไม่มั่นคง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีที่ว่างงาน รายได้ต่ำ มีโอกาสกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอดเพิ่มมากขึ้น และสตรีมีครรภ์ชาวเดนมาร์กที่ว่างงานพบมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตร (Laursen et al., 2008) และในสตรีชาวจีนที่มีงานทำ จะมีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับกระบวนการคลอด และมีทัศนคติด้านลบเกี่ยวกับการคลอดบุตรเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Tsui et al., 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตร ได้แก่ อายุของสตรีมีครรภ์ โดยพบว่าสตรีมีครรภ์ที่มีอายุน้อยจะมีความกลัวการคลอดบุตรในระดับที่รุนแรง (Laursen et al., 2008) แต่จากการศึกษาของเรา และคณะ (Rouhe et al., 2008) พบว่าสตรีมีครรภ์ทุกช่วงอายุมีระดับความกลัวการคลอดบุตรที่ไม่แตกต่างกัน และพบว่าสตรีมีครรภ์ชาวสวีเดนที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความต้องการที่จะผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เนื่องจากมีความกลัวการคลอดบุตร (Hildingsson, Radestad, Rupertesson, & Waldenstrom, 2002) และลำดับของการตั้งครรภ์พบมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตร (Laursen et al., 2008; Rouhe et al., 2008) ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรก เกิดขึ้นจากการขาดประสบการณ์ รวมถึงการได้รับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับการคลอดจากคำบอกเล่าของบุคคลใกล้ชิด (Kantaruksa, 2001) สตรีที่มีประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด จะมีความรู้สึกกลัวการคลอดบุตรในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (Malender, 2002b) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอดบุตรกับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ในสตรีมีครรภ์จำนวน 1,348 ราย ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 7 - 42 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าสตรีครรภ์แรก มีความกลัวการคลอดบุตรในระดับรุนแรงกว่าสตรีครรภ์หลัง (Rouhe et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตรในประเทศไทยที่ผ่านมา มีเพียง 3 การศึกษาเท่านั้น จึงทำให้ขาดข้อมูลพื้นฐานในสตรีมีครรภ์ชาวไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ปกติและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าปัจจัยดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ชาวตะวันตก และหากพบว่าความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ชาวไทย ความรู้และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้เป็นแนวทางซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและพัฒนาแนวทางการดูแลสตรีมีครรภ์ เพื่อลดความกลัวการคลอดบุตร ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด ความพึงพอใจในกลุ่มสมรส ความรู้สึกไม่มั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ ผู้วิจัยไม่ได้เลือกนำมาศึกษา เนื่องจากเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งยากต่อการนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลสตรีมีครรภ์ เพื่อลดความกลัวการคลอดบุตร สำหรับความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการคลอดและความเจ็บป่วยไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากทำการศึกษาในสตรีมีครรภ์ปกติ

การประเมินความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์

การประเมินความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์เป็นการประเมินความรู้สึกกลัวการคลอดบุตรของผู้ที่ถูกประเมินที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีแบบประเมินที่ใช้ในการวัดความกลัวการคลอดบุตร ดังนี้

1. แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตรของวิจมา (The Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire [W - DEQ]) สร้างขึ้นโดยวิจมา และคณะ (Wijma et al., 1998) เป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้มีความเฉพาะในการประเมินความกลัวการคลอดบุตร แบบประเมินถูกออกแบบเพื่อประเมินการรับรู้และความรู้สึกที่มีต่อการคลอดบุตร ที่ใช้วัดความกลัวในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอดบุตร โดยถามสตรีเกี่ยวกับความคาดคิดและประสบการณ์การคลอดบุตรในระยะตั้งครรภ์ (รูปแบบ A) และระยะหลังคลอดบุตร (รูปแบบ B) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อให้สามารถใช้ได้ทั้งสตรีครรภ์แรกและสตรีครรภ์หลัง แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตรทั้งรูปแบบ A และรูปแบบ B มีความเหมือนกันในลักษณะข้อคำถามที่ใช้ถาม แต่ในรูปแบบ A ใช้ถามความกลัวการคลอดบุตรที่กำลังมาถึงซึ่งเป็นความคาดหวังเกี่ยวกับการคลอด ส่วนรูปแบบ B ใช้ถามความกลัวการคลอดบุตรที่ได้ผ่านเหตุการณ์นั้นมาแล้วซึ่งเป็นประสบการณ์ในการคลอดบุตร แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตรทั้ง 2 รูปแบบ เป็นแบบประเมินที่ให้

เลือกตอบด้วยตนเอง มีข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ ที่อธิบายถึงความรู้สึกล้วต่อการคลอดบุตรมีลักษณะเป็นมาตรวัดตัวเลขต่อเนื่อง 6 ระดับ ที่มีค่าคะแนน 0 - 5 จากระดับที่ไม่มีเลย (0) จนถึงระดับมากที่สุด (5) และมีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามไปในด้านลบ ซึ่งต้องให้ค่าคะแนนในลักษณะตรงข้าม จากระดับที่ไม่มีเลย (5) จนถึงระดับมากที่สุด (0) ซึ่งผลรวมของคะแนนมีตั้งแต่คะแนน 0 - 165 คะแนน ระดับค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีความกลัวการคลอดบุตรในระดับสูง โดยผลคะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 85 คะแนน แสดงว่ามีความกลัวการคลอดบุตรในระดับที่รุนแรงมากต้องได้รับการดูแลรักษา (Korokcu et al., 2010) ผลคะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 66 คะแนน แสดงว่ามีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรง ผลคะแนนรวมอยู่ในช่วง 38 - 65 คะแนนแสดงว่ามีความกลัวการคลอดบุตรระดับปานกลาง ผลคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 คะแนนแสดงว่ามีความกลัวการคลอดบุตรระดับเล็กน้อย (Zar et al., 2001; Hall et al., 2009; Korokcu et al., 2010)

แบบประเมินความกลัวการคลอดบุตร (The Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire [W - DEQ]) เป็นแบบประเมินที่มีประสิทธิภาพดี ที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องด้านโครงสร้าง ความสอดคล้องภายใน มีความน่าเชื่อถือสูง จากการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (the split half) ของแบบประเมินความกลัวการคลอดบุตรรูปแบบ A ได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .94 และแบบประเมินความกลัวการคลอดบุตรรูปแบบ B ได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .87 ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่าแบบประเมินความกลัวการคลอดบุตรทั้งรูปแบบ A และรูปแบบ B มีความเชื่อมั่นสูง และสามารถใช้ได้ผลเท่าเทียมกันทั้งในสตรีตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง (Wijma et al., 1998) ฮอลล์ และคณะ (Hall et al., 2009) ได้นำแบบประเมินความกลัวการคลอดบุตรรูปแบบ A ไปใช้กับสตรีมีครรภ์ปกติ จำนวน 650 ราย ที่อายุครรภ์ระหว่าง 35 - 39 สัปดาห์ ค่าความค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .92 เราห์และคณะ (Rouhe et al., 2008) ได้นำแบบประเมินความกลัวการคลอดบุตรรูปแบบ A ไปใช้กับสตรีมีครรภ์ปกติ จำนวน 1,276 ราย ที่อายุครรภ์เฉลี่ย 22.2 สัปดาห์ เป็นสตรีครรภ์แรกร้อยละ 43.3 และเป็นสตรีครรภ์หลังร้อยละ 56.7 ค่าความค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .926 และกชกร ตัมพวิบูลย์ (Tampawiboon, 2005) ได้นำแบบประเมินความกลัวการคลอดบุตรรูปแบบ A มาแปลเป็นภาษาไทย หลังจากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด จำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นได้แปลกลับ (back translation) เป็นภาษาอังกฤษ และได้นำแบบวัดความกลัวการคลอดบุตรไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีครรภ์แรก ที่มีอายุครรภ์ 34 - 35 สัปดาห์ จำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88

2. แบบประเมินความกลัวการคลอดบุตรของอีริกสัน และคณะ (Eriksson et al., 2005) เครื่องมือนี้ถูกสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม ที่ศึกษาจากประสบการณ์ของผดุงครรภ์ผู้ให้การ

คูแอสตรีที่มีความกลัวการคลอดบุตรในระยะตั้งครรภ์ โดยในเบื้องต้นผดุงครรภ์ สูติแพทย์และนักสังคมวิทยา ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกสตรีที่เคยมีประสบการณ์กลัวการคลอดบุตร และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดหัวข้อคำถามที่จะใช้ในการประเมินให้มีความเหมาะสม ได้มีการหาความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแบบประเมินโดยผดุงครรภ์ที่มีความเชี่ยวชาญ และหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้ และทำการปรับปรุงข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งข้อคำถามถูกออกแบบเพื่อให้สามารถที่จะใช้ได้ดีทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ลักษณะข้อคำถามประเมินประสบการณ์และการรับรู้เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตร ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ที่มี 6 ค่าคะแนน ที่เริ่มจากไม่มีความกลัว (0) จนถึงมีความกลัวมากที่สุด (5) และหนึ่งข้อความที่ให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความกลัวที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน โดยแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิต (likert scale) 4 ระดับ คือ 1 ไม่เห็นด้วยทั้งหมด 2 ไม่เห็นด้วยบางส่วน 3 เห็นด้วยบางส่วน และ 4 เห็นด้วยทั้งหมด โดยการประเมินระดับความกลัวแบ่งได้ดังนี้

ความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรง เมื่อสตรีประเมินประสบการณ์และการรับรู้เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตร ในระดับ 4 หรือสูงกว่า จาก 6 ค่าคะแนน ร่วมกับแสดงความคิดเห็นที่เห็นด้วย (3 เห็นด้วยบางส่วน และ 4 เห็นด้วยทั้งหมด) เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตรที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

ความกลัวการคลอดบุตรระดับปานกลาง เมื่อสตรีประเมินประสบการณ์และการรับรู้เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตร ในระดับ 4 หรือสูงกว่าจาก 6 ค่าคะแนน ร่วมกับแสดงความคิดเห็นที่ไม่เห็นด้วย (1 ไม่เห็นด้วยทั้งหมด 2 ไม่เห็นด้วยบางส่วน) เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตรที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน หรือประเมินประสบการณ์และการรับรู้เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตรต่ำกว่าระดับ 4 ร่วมกับแสดงความคิดเห็นที่เห็นด้วยเกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตรมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

ความกลัวการคลอดบุตรระดับต่ำ เมื่อสตรีประเมินประสบการณ์และการรับรู้เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตรในระดับต่ำกว่า 4 จาก 6 ค่าคะแนน ร่วมกับแสดงความคิดเห็นที่ไม่เห็นด้วย (1 ไม่เห็นด้วยทั้งหมด 2 ไม่เห็นด้วยบางส่วน) เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตรมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

3. แบบประเมินความกลัวการคลอดบุตร (Fear of Delivery Questionnaire [FDQ]) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอด ถูกสร้างและพัฒนาโดยอเรสโกก (Areskog, 1982 as cited in Saisto et al., 2001) และ เซียสโต (Saisto, 2001) ได้นำมาพัฒนาและทำการศึกษาแบบนำร่อง กับสตรีมีครรภ์ในหอผู้ป่วยจำนวน 45 ราย ซึ่งได้ทำการศึกษาต่ออีกหลายครั้ง เนื่องจากพบว่าขาดความเที่ยงตรง จนได้รับการยอมรับและได้ค่าสัมประสิทธิ์ในเนื้อหาได้ .81

ซึ่งประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม โดยที่ให้สตรีมีครรภ์ตอบคำถามว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อคำถาม ซึ่งจุดตัดสินว่ามีความกลัวการคลอดบุตร คือสตรีมีครรภ์ตอบเห็นด้วยกับข้อคำถามตั้งแต่ 5 ข้อขึ้นไป ร่วมกับมีความต้องการที่จะผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Saisto et al., 2001)

4. แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการคลอดบุตร (Childbirth Attitudes Questionnaire [CAQ]) เป็นแบบประเมินความกลัวการคลอดบุตร ที่ปรับปรุงจากแบบประเมินความกลัวการคลอดบุตรของเฮอร์แมน (Herman, 1988 as cited in Tanglakmankhong et al., 2010) ซึ่งมีจำนวน 16 ข้อคำถาม ค่าคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (likert scale) 4 ระดับ โดยค่าคะแนนเริ่มตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน โดยมีผลรวมค่าคะแนนตั้งแต่ 16 - 64 คะแนน หากผลรวมค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีความกลัวการคลอดบุตรในระดับที่สูง (Tanglakmankhong et al., 2010)

5. แบบวัดระดับความกลัวการคลอดบุตร (The Delivery Fear Scale [DFS]) เป็นแบบประเมินระดับความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอด ประกอบด้วย 10 ข้อคำถามโดยให้ตอบเป็นตัวเลขจาก 1 ถึง 10 โดยที่สตรีแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อคำถาม ด้วยการระบุความคิดของตนเองเห็นเป็นตัวเลข 1 ถ้าไม่เห็นด้วยทั้งหมด และหมายเลข 10 ถ้ามีความคิดที่เห็นด้วยทั้งหมด โดยระดับผลรวมคะแนนมีค่าตั้งแต่ 10 - 100 คะแนน ระดับผลรวมคะแนนมีค่าตั้งแต่ 70 คะแนน แสดงว่ามีความกลัวการคลอดในระดับรุนแรง (Wijma et al., 2002a)

โดยสรุปแล้วการประเมินความกลัวการคลอดบุตรสามารถประเมินได้จากความรู้สึกรู้สึกของผู้ถูกประเมิน โดยแบ่งแบบประเมินเป็น 3 ระยะในการประเมิน ได้แก่ การประเมินในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตรของวิจมา (The Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire [W - DEQ]) รูปแบบ A ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย กชกร ตัมพวิบูลย์ (Tampawiboon, 2005) มาใช้ในการประเมินความกลัวการคลอดบุตร ด้วยเหตุผลที่ว่าแบบสอบถามดังกล่าวถูกสร้างขึ้นมาเพื่อใช้ประเมินความกลัวการคลอดบุตรในระยะตั้งครรภ์โดยเฉพาะ และถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินความกลัวการคลอดบุตร เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความตรงภายใน (internal consistency) และมีค่าความเชื่อมั่นสูง (split - half reliability) จากการศึกษาที่ผ่านๆมาพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นมากกว่าหรือเท่ากับ .94 และเป็นแบบประเมินที่ใช้ได้ง่าย สามารถใช้ได้ในทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์ และใช้ได้ทั้งในสตรีครรภ์แรกและครรภ์หลัง ซึ่งมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการศึกษาครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ครั้งแรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยความกลัวการคลอดบุตรเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกไม่สบายใจของสตรีมีครรภ์ ที่เกิดจากการรับรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และคาดคิดเกี่ยวกับการคลอดบุตรว่าเป็นภัยคุกคามหรือเป็นอันตราย โดยใช้กรอบแนวคิดของ เซียสโตและฮาล์มสมากิ (Saisto & Halmesmaki, 2003) ซึ่งแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตรออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านสังคม การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตร ด้านจิตวิทยา คือความวิตกกังวล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัจจัยด้านสังคม คือการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจมีผลต่อระดับของความกลัวและมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ปกติ