

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวล

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

1.2 ความหมายของความวิตกกังวล

1.3 ลักษณะของความวิตกกังวล

1.4 ระดับของความวิตกกังวล

1.5 สาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล

1.6 ผลของความวิตกกังวล

1.7 ความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอด

1.8 การประเมินความวิตกกังวล

2. การสนับสนุนทางสังคม

2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม

2.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

2.4 การสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นบิดา

3. อายุของผู้เป็นบิดา

ความวิตกกังวล

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ถูกค้นพบในศตวรรษที่ 20 ความวิตกกังวล มีทฤษฎีและหลักการต่างๆ ทางมานุษยวิทยาและจิตวิทยามาอธิบายอย่างชัดเจน (Spielberger, 1976) โดย เฟย์ ได้มีการแบ่งความวิตกกังวลตามแนวคิดของนักจิตวิทยาเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ นักจิตวิทยาากลุ่มจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) กลุ่มปัญญานิยม (cognitivist) และกลุ่มพฤติกรรมนิยม (behaviorist) ดังนี้ (Faye, 2008)

นักจิตวิทยาากลุ่มจิตวิเคราะห์ กล่าวถึงความวิตกกังวลในลักษณะของประสบการณ์ทางอารมณ์ของมนุษย์ว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ในลักษณะ ความหวาดหวั่น ความตื่นเครียด ซึ่งไม่สามารถระบุนความชัดเจนได้ในแต่ละบุคคล นอกจากนี้ เมย์ (May, 1977) ยังได้ให้คำอธิบายตามแนวคิดของนักจิตวิเคราะห์ไว้ว่า เมื่อบุคคลเข้าใจว่าสิ่งเร้าที่มากระตุ้นบุคคลเป็นสัญญาณเตือนภัยต่อร่างกาย หรือจิตใจ เช่น อาจจะได้รับบาดเจ็บ หรืออาจสูญเสียอิสรภาพ หรือกลายเป็นคนที่ไร้ความสามารถ จะทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้น ตามแนวคิดของนักจิตวิทยา กลุ่มจิตวิเคราะห์อาจกล่าวได้โดยสรุปว่า ความวิตกกังวล คือ ภาวะการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น หรือทำอันตรายต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล ซึ่งการตอบสนองนี้ขึ้นกับประสบการณ์ บุคลิกภาพ ความเชื่อ และความคิดของแต่ละบุคคล โดยสิ่งเร้าที่มากระตุ้นนั้นจะมีลักษณะที่ไม่ชัดเจน และไม่เฉพาะเจาะจง แต่หากสิ่งเร้านั้นมีความชัดเจนและสามารถเฉพาะเจาะจงได้จะแปรเปลี่ยนความวิตกกังวลของบุคคลเป็นความกลัวได้ (दारवारररर ๓๕ปีनดर, 2538)

นักจิตวิทยาากลุ่มปัญญานิยม กล่าวถึงความวิตกกังวล ว่าเป็นผลมาจากการที่บุคคลได้รับสิ่งเร้าแล้วคิดประเมิน หรือคาดคะเนว่าสิ่งเร้านั้นจะทำให้เกิดสิ่งที่ไม่พึงพอใจ หรือทำให้เกิดอันตรายต่อบุคคล ผลก็คือพฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนไป กล่าวคือไม่สามารถดำเนินพฤติกรรมไปตามปกติ อีกทั้งยังก่อให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเพื่อหนีห่างจากสิ่งเร้านั้น (Lazarus 1974) นอกจากนี้ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1972) กล่าวว่า การคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคลว่าจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือทำให้เกิดอันตราย ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลนี้ บุคคลจะประเมินหรือคาดคะเนได้ต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรู้และการคิดของแต่ละบุคคล ซึ่งหากบุคคลประเมินได้ว่าสิ่งเร้านั้นจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจอย่างรุนแรง ก็จะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นมาก และอาจจะมากกว่าที่สิ่งเร้านั้นจะมีผลต่อบุคคล ในขณะที่อีกบุคคลหนึ่งตอบสนองต่อสิ่งเร้าเดียวกันนี้น้อยกว่า เพราะประเมินว่าสิ่งเร้านี้จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อตนเองน้อยกว่า และ

ในกรณีที่บุคคลประเมินสิ่งเร้าว่าจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือทำให้เกิดอันตรายต่อบุคคลอย่างรุนแรง บุคคลอาจจะถึงกับหมดหวังที่จะช่วยเหลือตนเองให้พ้นจากสิ่งเร้า นั้น (helplessness)

นักจิตวิทยาพฤติกรรมนิยม ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล ไว้ว่า เป็นลักษณะอารมณ์ที่บุคคลถูกเร้าจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จะทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ได้แก่ อาการกระสับกระส่ายและเมื่อมีสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นทำให้เกิดความไม่พึงพอใจอย่างรุนแรงมาก รวมถึงการมีพฤติกรรมโต้ตอบซ้ำว่าปกติอีกด้วย ซึ่งเป็นลักษณะของความวิตกกังวล จากการศึกษาของ สกินเนอร์ (Skinner, 1974) นักจิตวิทยาพฤติกรรมนิยม ซึ่งมีความเชื่อว่าความวิตกกังวลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ถ้าเป็นผลการกระทำที่บุคคลไม่พึงพอใจหรือเป็นอันตรายต่อบุคคล บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยง สกินเนอร์ พบว่าความวิตกกังวลเป็นพฤติกรรมที่ปรากฏระหว่างสัญญาณเตือนกับสิ่งเร้าที่จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ถ้าบุคคลเผชิญกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดภาวะไม่พึงพอใจ โดยไม่มีสัญญาณเตือนหรือชี้แนะให้เห็นสิ่งเร้าดังกล่าวบุคคลจะไม่เกิดความวิตกกังวลขึ้น

ความหมายของความวิตกกังวล

นักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ ดังนี้

เพปเปลาว (Peplau, 1981) กล่าวว่า ความวิตกกังวล คือ ประสบการณ์ความไม่สุขสบายส่วนบุคคล ซึ่งทำให้มีลักษณะหวาดหวั่น ตึงเครียดโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด

วาคาโรลิส (Varcarolis, 2000) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ความไม่สุขสบายใจ ความไม่แน่นอน หรือหวาดหวั่นจากการรับรู้ความจริงหรือรับรู้ถึงอันตราย ภาวะคุกคามที่มีสาเหตุเกิดจากการไม่รู้ ไม่รับรู้ หรือไม่ยอมรับ

ไพร์ตัน พฤษชาติคุณากร (2533) กล่าวว่า ความวิตกกังวล คือ ความรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัด ตึงเครียดจากความรู้สึกกลัวอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น และมีอาการผิดปกติทางสรีรวิทยาของร่างกายเกิดร่วมด้วย เช่น ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก ความกลัวดังกล่าวอาจเกิดจากภายในหรือภายนอกจิตใจก็ได้

ลักขณา สิริวัฒน์ (2549) ได้กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกชนิดหนึ่งที่ไม่สบายใจซึ่งจะออกมาในรูปของความกลัว ซึ่งอาจเกิดขึ้นก่อนหรือหลังสถานการณ์ที่บุคคลนั้นต้องประสบ อาจเกิดขึ้นได้จากสิ่งเร้าทั้งภายนอกและภายใน เช่น ค่านิยม ความเชื่อถือ สภาพสังคมเศรษฐกิจ

อัญญารัตน์ อุดลย์รัตนกุล (2554) ได้กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่สบายใจหรือความวุ่นวายใจที่เกิดขึ้นจากการพยากรณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตว่าจะมีสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางบวกและลบ ซึ่งบางทีสิ่งนั้นอาจจะเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นก็ได้ ความวุ่นวายใจที่เกิดขึ้นนั้นมักมีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและอารมณ์

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1976) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า หมายถึงภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการรับรู้และประเมินสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง อันเนื่องมาจากกระบวนการทางความคิดขณะมีสิ่งเร้ามากระตุ้น ซึ่งอาจเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดการณ์โดยการประเมินสถานการณ์นั้นๆ ว่าทำให้เกิดอันตรายมากน้อยเพียงใด ซึ่งแตกต่างไปตามการรับรู้และกระบวนการทางความคิดของแต่ละบุคคล โดยแบ่งเป็น ความวิตกกังวลแฝง และความวิตกกังวลขณะเผชิญ

โดยสรุป ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น กระวนกระวายใจ อึดอัด จากการประเมินสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และคาดการณ์ว่าอาจคุกคามต่อความปลอดภัยของบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น และอาจมีการผิดปกติทางสรีรวิทยาของร่างกายร่วมด้วย เช่น ใจสั่น มือสั่น ซึ่งนับว่าเป็นเสมือนสัญญาณเตือนว่า มีความไม่สมดุลเกิดขึ้นในจิตใจและอารมณ์

ลักษณะของความวิตกกังวล

ลักษณะของความวิตกกังวล ได้ถูกค้นพบโดย แคทเทิล ในปี 1966 และสปีลเบิร์กเกอร์ได้นำมาเรียบเรียงขึ้นใหม่ในปี 1966, 1972 และ 1976 โดยสปีลเบิร์กเกอร์ได้อธิบายถึงความวิตกกังวลขณะเผชิญว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลที่ประสบอยู่ในเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความวิตกกังวลจะมีความรุนแรงแปรผันไปตามเหตุการณ์ที่มากระทบและระยะเวลา ในทางตรงกันข้ามความวิตกกังวลแฝงจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกอ่อนไหว หรือความถี่ของการได้รับประสบการณ์ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งสปีลเบิร์กเกอร์ได้อธิบายถึงประสบการณ์หรือลักษณะความวิตกกังวลของบุคคลว่าเปรียบเสมือนลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลที่แฝงอยู่ภายใน

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) ได้แบ่งลักษณะของความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภทคือ Trait-Anxiety (A-trait) และ State-Anxiety (A-state)

ความวิตกกังวลแบบ Trait-Anxiety (A-trait) หรือความวิตกกังวลแฝงจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกอ่อนไหว หรือความถี่ของการได้รับประสบการณ์ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งสปีลเบิร์กเกอร์ได้อธิบายถึงประสบการณ์หรือลักษณะความวิตกกังวลของบุคคลว่าเปรียบเสมือน

ลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลที่แฝงอยู่ภายใน เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่ และไม่แสดงออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรงแต่จะเป็นตัวเสริม หรือตัวประกอบของความวิตกกังวลแบบ A-trait ค่อนข้างสูงจะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือจะเกิดอันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มี A-trait ต่ำกว่า

ความวิตกกังวลแบบ State-Anxiety (A-state) เป็นความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ซึ่งจะเกิดขึ้นเฉพาะเวลาที่มีเหตุการณ์หนึ่งๆ เข้ามากระตุ้นและทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น อึดอัด หรือรู้สึกว่าจะทำให้เกิดอันตรายขึ้น โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สังเกตเห็นได้ ซึ่งเป็นช่วงที่บุคคลมีความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติมีการตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับระดับของ A-trait และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบ A-trait สูง เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ หวาดหวั่น อึดอัด หรือรู้สึกว่าเป็นอันตราย ระดับความวิตกกังวลแบบ A-trait ที่มีอยู่จะเป็นตัวเสริมหรือไปกระตุ้นความวิตกกังวลแบบ A-state ให้มีความรุนแรงและมีระยะเวลาการเกิดนานมากกว่าในบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบ A-trait ระดับต่ำกว่า นอกจากนี้ในบุคคลที่เผชิญกับความวิตกกังวลแบบ A-state บ่อยๆ อาจส่งผลให้ความวิตกกังวลแบบ A-trait มีระดับที่สูงขึ้นได้ เดฟเฟนเบเชอร์ และ ซูนน์ (Deffenbacher & Suinn, 1982) ได้กล่าวถึงผลของความวิตกกังวลที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลทางด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรมและความคิด โดยความวิตกกังวลทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น ผ่านระบบศูนย์ที่ควบคุมอารมณ์ (limbic system) และระบบประสาทส่วนกลางผ่านทาง reticular formation และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ได้แก่ เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว เกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ใจสั่น มือสั่น ม่านตาขยายชีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะบ่อยครั้ง เป็นต้น ความวิตกกังวลยังทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ตึงเครียด หงุดหงิด และถูกกระตุ้นได้ง่าย นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังส่งผลต่อความคิดของบุคคลอีกด้วยกล่าวคือ ทำให้บุคคลมีความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ในเวลาสั้น ความจำลดลง มีการคิดซ้ำๆ ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาต่างๆ ลดลง มีความคิดต่อการมีคุณค่าของตนเองลดลง และยังส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลง ตามแบบจำลองความวิตกกังวลขณะเผชิญและแบบจำลองความวิตกกังวลแฝงของสปีลเบอร์กเกอร์

แบบจำลองความวิตกกังวลขณะเผชิญและแบบจำลองความวิตกกังวลแฝง สปีลเบอร์กเกอร์ได้อธิบายไว้ว่า เป็นกระบวนการของประสบการณ์ความวิตกกังวล โดยมีผลต่อเนื่องมาจากการจัดลำดับเหตุการณ์ ที่บุคคลได้รับผลกระทบจากภายในและภายนอก และปัจจัยที่เกิดจากกระบวนการรับรู้ของบุคคล ในขณะที่เดียวกันความวิตกกังวลขณะเผชิญจะเป็นลักษณะของความรู้สึกที่ถูกกระตุ้น หรือประสบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะใดขณะหนึ่ง โดยอาจมีสิ่งเร้ามา

กระทบทั้งสิ่งเร้าภายในและสิ่งเร้าภายนอก โดยเมื่อสิ่งเร้าภายในและสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้นจะส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่า และการประเมินคุณค่าในตนเองลดลง ดังนั้นความวิตกกังวลขณะเผชิญ จะส่งผลให้ กระบวนการคิดและพฤติกรรมของบุคคลถูกกระตุ้นเพื่อต่อต้านกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั่นเอง ส่วนความวิตกกังวลแฝงเป็นเสมือนผลที่เกิดจากความถี่ ในด้านประสบการณ์ของความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะอ่อนไหวต่อการรับรู้ต่อสิ่งเร้าภายในและสิ่งเร้าภายนอกที่มากระตุ้น

ระดับของความวิตกกังวล

ระดับของความวิตกกังวลจะแสดงออกในลักษณะต่างๆ ทั้งในส่วนของอารมณ์ พฤติกรรม และความคิดที่แสดงถึงความวิตกกังวลสามารถแบ่งเป็นระดับได้ เป็น 4 ระดับ (Spielberger, 1972)

ระดับ 1 ความวิตกกังวลในระดับต่ำ (mild anxiety) ความวิตกกังวลในระดับต่ำจะส่งผลให้บุคคลมีความตื่นตัวต่อสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมมากยิ่งขึ้น บุคคลจะมีความสามารถในการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น รู้สึกว่ามีแรงขับภายในที่ทำให้ไม่สามารถที่จะผ่อนคลายตนเองได้ บุคคลอาจมีอาการกระสับส่าย กระวนกระวาย

ระดับ 2 ความวิตกกังวลระดับกลาง (moderate anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการรับรู้ค่อนข้างแคบ แต่ยังให้ความสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเฉพาะ มักจะมีอาการเดินไปมา เสียงมักจะสั่น พูดมากขึ้น ระบบทางสรีระเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง

ระดับ 3 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (severe anxiety) จะส่งผลให้ระดับความสามารถในการรับรู้ลดลง มีการใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม หรืออาจจะรุนแรงถึงขั้นที่ไม่สามารถสื่อสารได้ชัดเจน ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ สติปัญญาที่จะคิดหรือแก้ปัญหาต่างๆ ลดลง ขาดความสามารถในการแยกแยะสิ่งต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระมากขึ้นเห็นได้อย่างชัดเจน

ระดับ 4 ความวิตกกังวลระดับต้นกั้วสุดขีด (panic) บุคคลจะเสียความสามารถในการรับรู้ไปอย่างมาก บุคลิกภาพเริ่มเปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในการพูดเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถสนใจต่อสิ่งเร้าที่เป็นจริงได้ ระบบสรีระ อารมณ์ และสติปัญญาเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก

สาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นผลจากกระบวนการรับรู้ การคิดหรือเป็นเพียงการคาดคะเน การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะ

แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรู้และกระบวนการคิดของแต่ละบุคคล สิ่งที่มากระตุ้นและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้จากหลายประการ โดย นิส ได้แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Kneisl, 1988)

1. สิ่งคุกคามความมั่นคงด้านร่างกาย (threats to biologic integrity) เป็นสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลงและขัดขวางความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เช่น ความเจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุ การขาดปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต การเจริญเติบโต เป็นต้น

2. สิ่งคุกคามต่อความปลอดภัยของตนเอง (threats to security of the self) เป็นสิ่งคุกคามที่เกิดจากความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่า ความมั่นคง ความหวัง ศักดิ์ศรี การเป็นที่รักของบุคคลอื่น การต้องการการยอมรับจากบุคคลอื่น การเปลี่ยนบทบาท ตำแหน่ง ชื่อเสียง ภาพลักษณ์ ความรู้สึกผิดหรือความขัดแย้งระหว่างความคิดของตนเองกับพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นต้น

ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล สามารถส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และความคิด ซึ่งลักษณะการแสดงออกของความวิตกกังวลทั้ง 3 ด้านจะประสานกันเข้า เพื่อช่วยในการปรับตัวและเผชิญเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคาม บุคคลจะพยายามหาทางบรรเทาความวิตกกังวล เพื่อปรับสู่ภาวะสมดุลด้วยวิธีการต่างๆ โดยลดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ใช้กลไกการปรับตัว และเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งถ้าบุคคลสามารถทำได้ดีก็จะช่วยบรรเทาความวิตกกังวลได้ และประสบการณ์นี้อาจก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำไปใช้ในการบรรเทาความวิตกกังวลครั้งต่อไป แต่ถ้าไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ ก็อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งผลของความวิตกกังวล แบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1. ผลของความวิตกกังวลต่อร่างกาย

เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวล ระบบการทำงานภายในร่างกายจะมีการขับฮอร์โมนสู่กระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น คือ epinephrine, nor-epinephrine และ adrenocortical hormone โดย adrenocortical hormone จะกระตุ้นให้เนื้อเยื่อส่วนแกนของต่อมหมวกไต (adrenal cortex) หลั่ง aldosterone hormone และ cortisol มีผลต่อการควบคุมความสมดุลของอิเล็กโทรลิตส์ คือ มีผลต่อการขับและดูดซึมโซเดียม และโปตัสเซียมในร่างกาย มีผลให้ร่างกายมีการสลายไกลโคเจนในตับ และกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทำให้กระบวนการเผาผลาญในร่างกายมีระดับสูงกว่าปกติ (Faye, 2008) นอกจากนี้ ยังมีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีที่เป็นตัวนำประสาท คือ noradrenaline, dopamine

และ serotonin ที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อมีความวิตกกังวล ทำให้เกิดอาการทางกายได้ เช่น ชีพจรเต้นเร็ว กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวมาก น้ำลายหลั่งมากขึ้น ม่านตาขยาย และมีมือสั่น การศึกษาของ เคอร์กี ทอยโวเน และยลิเคอร์กาล่า (Kurki, Toivonen & Ylikorkala, 1995) เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นหัวใจของผู้เป็นบิดาต่อการคลอดบุตร ติดตามอัตราการเต้นหัวใจโดยใช้เครื่องวัดอัตราการเต้นหัวใจของผู้เป็นบิดา จำนวน 20 ราย ซึ่งผลการศึกษาค้นพบว่า ร้อยละ 53 ของผู้เป็นบิดามีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยปกติ 72 ครั้ง/นาที เป็น 115 ครั้ง/นาที

2. ผลของความวิตกกังวลต่ออารมณ์

ความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย กระสับกระส่าย โศกเศร้า ร้องไห้ง่าย ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (Faye, 2008)

3. ผลของความวิตกกังวลต่อความคิด

ความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ การรับรู้ เช่น ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมทั่วไปลดลง หงุดหงิด ครุ่นคิด ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย การตัดสินใจไม่ดี การพูดติดขัด การรับรู้ผิดพลาด เป็นต้น (Faye, 2008)

ความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอด

ความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาในระยะคลอดของภรรยา เป็นลักษณะอารมณ์ของผู้เป็นบิดาที่รู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น กระวนกระวายใจ และอึดอัด ในระยะเจ็บครรภ์คลอดของภรรยา ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการรับรู้ หรือเผชิญต่อสถานการณ์ และการที่ผู้เป็นบิดาไม่อาจพยากรณ์หรือคาดการณ์ต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในระยะเจ็บครรภ์คลอด ว่ามีเหตุร้ายเกิดขึ้นกับภรรยาและบุตรหรือไม่ ลักษณะอารมณ์ของผู้เป็นบิดาอาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ อารมณ์หรือความรู้สึกในด้านบวก และด้านลบ ประสพการณ์ทางด้านอารมณ์ของผู้เป็นบิดาเมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด ผู้เป็นบิดาแต่ละคนจะมีอารมณ์และความรู้สึกที่แตกต่างกัน แต่โดยส่วนใหญ่แล้วผู้เป็นบิดาจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัว ไม่แน่นอน โดดเดี่ยว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้เป็นบิดาที่ภรรยา กำลังอยู่ในระยะเจ็บครรภ์คลอด (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลากหลายสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาในขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอด ได้แก่

1. ความวิตกกังวลของภรรยา จากการศึกษาในประเทศสวีเดนที่ทำการศึกษเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลของผู้คลอดที่มีต่อการคลอดบุตร โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดจำนวน 100 รายพบว่า ร้อยละ 37 ของผู้คลอดที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดบุตร หรือจากกระบวนการคลอดบุตร จะส่งผลให้สามีเกิดความวิตกกังวลตามไปด้วย และร้อยละ 22 ของผู้คลอดที่มีสามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดจะมีความต้องการที่จะผ่าตัดคลอด เนื่องจากจากความวิตกกังวล (Sjogren, 1997) และพบว่าร้อยละ 50 ของผู้เป็นบิดาจะรู้สึกไม่สบาย, หวาดกลัว และรู้สึกว่าตนเองไร้ซึ่งประโยชน์ และการศึกษาของ จุล โคนเนน และ ลุค โคนเนน (Julkunen & Liukkonen, 1998) เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกของผู้เป็นบิดาที่เข้าไปได้เข้าไปดูแลภรรยาในขณะรอคลอด จำนวน 137 ราย พบว่า ผู้เป็นบิดาจำนวน 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 62 มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเมื่อเห็นภรรยามีความวิตกกังวล เครียด และเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก หรือไม่สามารถจัดการกับความเจ็บปวดของภรรยาได้

2. กระบวนการคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดผู้เป็นบิดาจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับ ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดของภรรยา เนื่องจากผู้เป็นบิดาจะรู้สึกว่าความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นช่วงเวลาที่ยาวนาน และต้องการที่จะจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับภรรยาให้หมดสิ้นไป ในผู้เป็นบิดาบางรายที่มีประสบการณ์ในด้านบวกเกี่ยวกับการคลอดของภรรยาในครรภ์แรก ก็จะสามารถจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ และทำให้ระดับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดากลุ่มนี้มีน้อยกว่า (Johnson, 2002) และจากการเฝ้าติดตามอาการของภรรยาที่เข้าสู่ระยะคลอด ทำให้ผู้เป็นบิดาเกิดความรู้สึกที่เต็มไปด้วยความวิตกกังวล และเกิดความสงสัยว่าเหตุใดเจ้าหน้าที่จึงไม่มีการจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับภรรยา เช่น การให้ยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด (Johnson, 2002) อาการเจ็บครรภ์ในขณะรอคลอด ความก้าวหน้าของการคลอด และการรักษาที่ได้รับในขณะรอคลอด มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดา เห็นได้จากการศึกษาของ ฮัสแมน เจอร์การ์ด และเอสเบนเซน (Hasman, Kjaergaard & Esbensen, 2014) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของภรรยา ในผู้เป็นบิดาเมื่อภรรยาไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด โดยทำการสัมภาษณ์ในผู้เป็นบิดาชาวเดนมาร์ก จำนวน 10 ราย พบว่าผู้เป็นบิดามีความวิตกกังวลต่อกระบวนการคลอดที่ล่าช้า และภรรยาที่มีอาการเหนื่อยล้า รวมไปถึงวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของภรรยาทารกในครรภ์ จากอาการเจ็บครรภ์ที่ยาวนาน ผู้เป็นบิดากล่าวว่าอาการเจ็บครรภ์คลอดของภรรยา ไม่เป็นไปดังที่คาดหวัง ซึ่งแตกต่างจากที่เคยศึกษาจากหนังสือ และอินเทอร์เน็ต การศึกษาของคาพ็อกนา คามอร์เซีย และ สเตอพาโร (Capogna, Camoecia & Stirparo, 2007) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้เป็นบิดากับการได้รับขาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังในระยะเจ็บครรภ์ของภรรยา โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล STAI ศึกษาในผู้เป็นบิดาชาวอิตาลีจำนวน

243 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีผู้เป็นบิดาจำนวน 143 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ที่ภรรยาได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังในระยะเจ็บครรภ์คลอด มีคะแนนความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 30 และผู้เป็นบิดาจำนวน 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 ที่ภรรยาไม่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง มีคะแนนความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 75 ซึ่งเป็นคะแนนความวิตกกังวลในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาจะลดลง เนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอดของภรรยาในระหว่างรอคลอดลดลง จากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง นอกจากนี้ การศึกษาของ คริสเตน ฮานเน และเบนเต (Kristen, Hanne, & Bente., 2011) เรื่องความรู้สึกของผู้เป็นบิดาเกี่ยวกับการดูแลภรรยาที่ไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด ในผู้เป็นบิดาชาวตะวันตก พบว่า ผู้เป็นบิดาจะมีความวิตกกังวล สิ้นหวัง และหวาดกลัว จากความไม่แน่นอน และความล้มเหลว ที่มีผลมาจากการเร่งคลอด และกระบวนการคลอด ทำให้ผู้เป็นบิดามีอาการอ่อนล้าและแสดงบทบาทในการให้ความช่วยเหลือภรรยาได้ลดลง ทำให้ผู้เป็นบิดาต้องการความช่วยเหลือ สนับสนุนและการให้ข้อมูลจากพยาบาลผดุงครรภ์ สิ่งเหล่านี้จึงเกิดเป็นปัญหาและข้อสงสัยของผู้เป็นบิดาและเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวล เป็นต้น

3. การขาดความรู้และความเข้าใจในกระบวนการคลอด ซึ่งมักเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้เป็นบิดาที่เข้ามามีส่วนร่วมในระยะคลอด จากการศึกษาเรื่องการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้เป็นบิดาในระยะคลอดชาวไต้หวันของ คาโอ และคณะ (Kao et al., 2004) พบว่า ผู้เป็นบิดาส່วนมากมีความต้องการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และสนับสนุนเบื้องต้นตามบทบาทและหน้าที่ที่สามีพึงจะกระทำได้ให้แก่ภรรยา แต่ผู้เป็นบิดาส່วนมากยังขาดความรู้ในการดูแลภรรยาที่อยู่ในระยะรอคลอดที่ถูกต้อง และขาดความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ทำให้ผู้เป็นบิดาเกิดความรู้สึกวิตกกังวล และไม่สามารถช่วยเหลือสนับสนุนภรรยาในระยะคลอดได้ การเตรียมความพร้อมอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลภรรยาที่เข้าสู่ระยะคลอด แก่ผู้เป็นบิดานั้นจึงมีความสำคัญอย่างมาก (Fenwick, Bays & Johanson, 2012) และการศึกษาของซาป็น ไช-เครเพีย และคณะ (Sapountzi-Krepia et al., 2010) เกี่ยวกับประสบการณ์และความรู้สึกของผู้เป็นบิดาชาวกรีซ ต่อการคลอดบุตรของภรรยา โดยทำการศึกษาแบบสำรวจในผู้เป็นบิดาชาวกรีซจำนวน 417 ราย โดยใช้แบบประเมิน KIF (Kuopio instrument for fathers) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์และความรู้สึกของผู้เป็นบิดาชาวกรีซต่อการคลอดบุตรของภรรยา ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้เป็นบิดาจำนวนร้อยละ 51 มีความวิตกกังวล และผู้เป็นบิดาส່วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระหว่างรอเยี่ยมภรรยาในห้องคลอด

4. สิ่งแวดล้อมและนโยบายของโรงพยาบาล กล่าวคือ สิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลเป็นสิ่งแวดล่อมที่ไม่คุ้นเคย การถูกจำกัดสิทธิต่างๆ และการที่ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แดน และคณะ (Dan et al., 2014) ได้ทำการศึกษา

เกี่ยวกับประสบการณ์การเข้าไปมีส่วนร่วมของผู้เป็นบิดาชาวอุกันดา พบว่ามีปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับควมวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาชาวอุกันดา ได้แก่ นโยบายหรือกฎระเบียบที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้เป็นบิดาได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาในระยะคลอด บุคลิกและลักษณะของบุคลากรที่แสดงท่าทีไม่ให้การต้อนรับ และสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้เป็นบิดาไม่คุ้นเคย ทำให้ผู้เป็นบิดารู้สึกไม่เป็นอิสระในการแสดงบทบาทอย่างเต็มที่ จึงเกิดความวิตกกังวลขึ้น

5. ชนิดการคลอดของภรรยาเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดา พบว่า ผู้เป็นบิดามีความวิตกกังวลต่อการคลอดของภรรยาโดยวิธีการผ่าตัดคลอด และการใช้เครื่องมือช่วยคลอด มากกว่าการคลอดปกติทางช่องคลอด การศึกษาของ ชาน และ พาเทอร์สัน-บราวน์ (Chan & Paterson-Brown, 2002) ที่ทำการศึกษาผู้เป็นบิดาจำนวน 120 ราย ช่วงเดือนเมษายน – มิถุนายน ปี 2002 โดยการสัมภาษณ์ผู้เป็นบิดาหลังบุตรเกิดในระหว่างที่ภรรยาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศอังกฤษ ใช้วิธีการประเมินความวิตกกังวลแบบมาตรวัดด้วยสายตา (visual analog scale) ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาที่ภรรยาได้รับการผ่าตัดคลอด การใช้เครื่องมือช่วยคลอด และการคลอดปกติทางช่องคลอด อยู่ในระดับ 10, 9 และ 8 ตามลำดับ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าชนิดของการคลอดมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดา และการศึกษาของ โจฮันสัน ฮิลดิงสัน และ เฟนวิก (Johanson, Hildingsson & Fenwick, 2013) เกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์ของผู้เป็นบิดาชาวสวีเดนจำนวน 22 ราย ที่ภรรยาได้รับการผ่าตัดคลอด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เป็นบิดาที่ภรรยาได้รับการคลอดชนิดผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน พบว่า ผู้เป็นบิดามีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์การคลอด แบ่งเป็นการถูกแยกจากกับภรรยา และการถูกจำกัดสิทธิ์ในการเข้าเยี่ยมหรือการดูแลรักษา นอกจากนี้ในกรณีที่ทราบว่าการคลอดต้องได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ผู้เป็นบิดากล่าวว่าความวิตกกังวลจะเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากไม่ได้เตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอด และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของภรรยาและบุตร ที่อาจจะได้รับอันตรายจากการผ่าตัดคลอด

จากการศึกษาของ เซนเกน และเคอร์ (Sengane & Cur, 2009) เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้เป็นบิดาในระยะคลอดของภรรยา 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้เป็นบิดาที่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาในระยะคลอด และ 2) กลุ่มผู้เป็นบิดาที่ไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาในระยะคลอด พบว่าผู้เป็นบิดาที่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาในระยะคลอดจะมีประสบการณ์ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ สำหรับด้านลบ ได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวล กลัว และไม่ได้รับการช่วยเหลือ ส่วนความรู้สึกด้านบวกได้แก่ ความรู้สึกตื่นเต้น กระตือรือร้นต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ผู้เป็นบิดาที่ไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา มีความต้องการอย่าง

มากที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ผู้เป็นบิดาบางคนมีการแสดงความวิตกกังวลออกมาทางกาย เช่น อากาศกระสับกระส่าย เดินไปมา พุดมากขึ้น เหงื่อออกมากขึ้น หัวใจเต้นเร็ว นอกจากนี้ยังพบว่า ความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดานั้นจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาของเด็กในระยะเวลาคลอด (Genasomi & Talladini, 2009) การศึกษาของจอห์นสัน และ เบเฟอร์ (Johnson & Baker, 2004) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นบิดา ในระยะตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และระยะหลังคลอด 1 ปี ของภรรยา โดยทำการศึกษาระยะยาวในผู้เป็นบิดาจำนวน 384 ราย โดยใช้แบบประเมิน STAI-state ผลการศึกษาพบว่า ผู้เป็นบิดามีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ ในระยะตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และระยะหลังคลอด เป็น 37.91, 38.73 และ 34.51 ตามลำดับ จากคะแนนความวิตกกังวลจะเห็นได้ว่า ผู้เป็นบิดามีความวิตกกังวลในระยะเวลาคลอดของภรรยามากที่สุดเมื่อเทียบกับระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด 1 ปี การศึกษาของ แบคสตรอม และวอห์น (Backstrom & Wahn, 2011) ซึ่งทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้เป็นบิดาชาวสวีเดน ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาในระยะเวลาคลอด ช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม ปี 2006 จำนวน 10 ราย พบว่าผู้เป็นบิดามีความรู้สึกวิตกกังวลในทุกๆ เรื่องที่เกี่ยวกับการคลอดของภรรยา และไม่สามารถรับฟังการให้ข้อมูลหรือแผนการรักษาจากแพทย์และพยาบาลได้ เนื่องจากความรู้สึกวิตกกังวลจะเข้ามาครอบงำตลอดเวลา และการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ เบอรี่ (Berry, 1988) เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้เป็นบิดา จำนวน 40 รายที่ดูแลภรรยาในระยะเจ็บครรภ์คลอด พบว่า ผู้เป็นบิดามีความวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของภรรยาและบุตร เมื่อภรรยาเจ็บครรภ์คลอดยาวนานขึ้น ภรรยาในระดับความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้น หรือภรรยาเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นในขณะรอคลอด สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาเกิดความวิตกกังวลที่ความรุนแรงมากขึ้น และพบว่าผู้เป็นบิดาส่วนหนึ่ง วิตกกังวลว่าภรรยาจะเสียชีวิตขณะคลอดบุตร ซึ่งจากรายงานการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดานั้น มีความแตกต่างกันไปตามข้อมูลพื้นฐานของแต่ละบุคคล และมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหลายประการ

การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถประเมินได้ 3 วิธี คือ ประเมินโดยการให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ประเมินจากสภาพทางสรีระวิทยาของบุคคล และประเมินจากลักษณะการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล (दारवारण तैपिन्ता, 2538) ดังนี้

1. การประเมินความวิตกกังวลโดยการให้ผู้ถูกประเมินบอกความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นการบอกด้วยวาจาโดยการเขียน หรือตอบคำถามจากแบบสอบถาม เช่น ใช้แบบวัดความวิตกกังวลแบบ STAI (Spielberger, 1983) เป็นเครื่องมือที่มีมาตรวัดแบบลิเกิตสเกล แบบ 4 ระดับ ประกอบด้วยแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง จำนวน 40 ข้อ ใช้ในการวัดชนิดของความวิตกกังวลทั้งสองแบบ คือ ความวิตกกังวลตามลักษณะของบุคคล และแบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ แบบวัดความวิตกกังวลถูกพัฒนามาจากกลุ่มนักจิตวิทยา ประกอบด้วย สปีลเบอร์กเกอร์ กอร์ซัส และลูเชน (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1983) โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่ให้ความสนใจต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบกระบวนการทางปัญญา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการทางปัญญา และแสดงออกของพฤติกรรม จากรายงานของ สปีลเบอร์กเกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1983) ระบุว่า STAI มีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ($r = 0.86$) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) อธิบายจากความตรงกันของการวินิจฉัยโรคกังวลทั่วไป (general anxiety disorder) ส่วนความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) อธิบายได้จากความสอดคล้องกันของคะแนนที่สูงขึ้นเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่เคร่งเครียด และคะแนนที่ลดลงเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ผ่อนคลาย สำหรับในประเทศไทยแบบประเมินความวิตกกังวลนี้ ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยและปรับความชัดเจนทั้งด้านภาษาและความหมายทางจิตวิทยาโดย ชาติรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภามิต และคาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ได้นำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบวัดที่แปลเป็นภาษาไทย และปรับความชัดเจนทั้งในด้านภาษาและความหมายทางจิตวิทยา ไปวัดกับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 18 ราย ได้ค่าความคงที่ภายใน โดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .90

2. ประเมินจากสภาพทางสรีระวิทยาของบุคคล เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น จากการตรวจหาความเกร็งของผิวหนัง ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ อัตราการหายใจ อุณหภูมิในร่างกาย และการตรวจคลื่นสมอง เป็นต้น วิธีทั้งการตรวจและการแปลผล ต้องเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญและชำนาญทางการตรวจ และการแปลผลที่ได้จากการตรวจทางสรีระวิทยา

3. ประเมินจากลักษณะการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล เป็นการสังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของบุคคล ทั้งทางตรงและทางอ้อม การสังเกตพฤติกรรมทางตรง ได้แก่ หงุดหงิด มือสั่น ถอนหายใจ การสังเกตอาการหายใจแรง กัดริมฝีปาก และการพูดที่เปลี่ยนไป ได้แก่ มีพฤติกรรมพูดเร็วขึ้น หรือการพูดช้าลง สำหรับการประเมินความวิตกกังวล โดยการสังเกตพฤติกรรมนี้ มีเครื่องมือสำหรับใช้ในการสังเกต เช่น Timed Behavioral Checklist (TBCL) หรือแบบวัดอัตราการพูด เป็นต้น ส่วนการสังเกตพฤติกรรมทางอ้อม ทำได้โดยการให้บุคคลแสดง

บทบาทสมมติ แล้วสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวล หรือให้บุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล แล้วสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวลจาก Behavioral Avoidance test (BAT) เป็นต้น (คารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2538)

โดยสรุป การประเมินความวิตกกังวล สามารถประเมินได้ 3 แบบ ได้แก่ การประเมินโดยการให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง การประเมินจากสภาพทางสรีระวิทยาของบุคคล การประเมินจากการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของ สปีลเบอร์เกอร์ แบบ STAI (Spielberger, 1983) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภามิต และคารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (คารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534) เนื่องจากแบบประเมินดังกล่าว เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย มีความชัดเจนด้านภาษา และมีความเหมาะสมในการวัดความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดา

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวคิดที่รับการยอมรับ และมีการนำไปใช้ในระบบทางสุขภาพ มาอย่างแพร่หลาย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม จึงมีนักวิชาการหลากหลายสาขาได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

ไวส์ (Weiss, 1974) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจหรืออึดใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดขึ้นจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่ประกอบด้วย ความผูกพันใกล้ชิด (attachment) การเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม (social integration) การได้ดูแลและช่วยเหลือผู้อื่น (opportunity for nurturance) การรับรู้ถึงคุณค่าแห่งตน (assistance & guidance) และการรับรู้ว่ามีแหล่งที่เป็นที่พึ่งพาได้ (sense of reliable alliance)

ลิน, ซิมวน, เอนเซล และคูโอ (Lin, Simeone, Ensel & Kuo, 1979) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าเป็นการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล หรือสังคมขนาดใหญ่ ผ่านสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งมีผลให้บุคคลไม่เกิดความเครียด

คอบบ์ (Cobb, 1979) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการให้การดูแลเอาใจใส่ การแสดงความรักความผูกพัน การเชื่อมั่น และการเห็นคุณค่า คอบบ์ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนให้บุคคลได้รับความรัก การดูแล และความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลรอบข้าง
2. การสนับสนุนด้านการยกย่องเชิดชู (esteem support) เป็นการให้การสนับสนุนบุคคลเพื่อให้เกิดความมีคุณค่า เกิดความมั่นใจ และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง
3. การสนับสนุนด้านเครือข่ายในสังคม (network support) เป็นการให้การสนับสนุนบุคคล ด้านการติดต่อสื่อสาร และเห็นว่าบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คาห์น และ อัน โตนูคชี (Kahn, Antonucci, cited in Brown, 1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าเป็นการติดต่อกันระหว่างบุคคล การแสดงออกเพื่อช่วยเหลือบุคคล การแสดงความชื่นชม ความเชื่อมั่น หรือการแสดงความรัก ซึ่งรวมไปถึงการยอมรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่น นอกจากนี้การช่วยเหลือนั้นอาจรวมไปถึงการให้สิ่งของ เงินทอง เวลา คำแนะนำ และสิทธิต่างๆ

เฮ้าส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน อันจะก่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพัน ความห่วงใย และการให้การส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่างๆ ระหว่างบุคคล ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดความสามรถ และความพร้อมทุกๆด้าน สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ การสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการแสดงถึงความรู้สึก ห่วงใย เห็นอก เห็นใจ การแสดงความรัก ความห่วงใย เพื่อให้บุคคลเกิดความรู้สึกปลอดภัย และสบายใจ การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดเนื่องจาก การให้กำลังใจ ทำให้สบายใจ หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จะเป็นพื้นฐานที่ทำให้เกิดการยอมรับการสนับสนุนด้านอื่นๆ ด้วย
2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคคล เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ที่ตนประสบอยู่ เกิดการยอมรับ การกล่าวยกย่อง ชมเชย เมื่อบุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้อย่างถูกต้องหรือเหมาะสม เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเอง และเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองได้
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำ ข้อมูล ความรู้ คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และข้อเท็จจริงต่างๆ ที่บุคคลต้องการ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลที่ได้รับทราบข้อมูล และนำข้อมูลนั้นไปจัดการแก้ไขปัญหาที่ประสบได้อย่างเหมาะสม
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง เวลา แรงงาน สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ และการบริการ ที่จำเป็นต่อบุคคลในช่วงนั้นๆ

สรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลรอบๆ ตัว ทำให้เกิดความรู้สึกดีใจและผูกพันกัน เกิดความห่วงใย มีกำลังใจ มีความมั่นใจ ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร

ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมของบุคคล มีปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม 2 ด้าน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และคุณสมบัติของบุคคลนั้น โดยบุคคลจะมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสังคม (Norbeck, Linsey & Carrieri, 1981)

1. ปัจจัยด้านบุคคล

1.1 อายุ บุคคลจะมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันไปตลอดทุกช่วงของชีวิต การเปลี่ยนแปลงทางสังคม สมาชิกในสังคม และขนาดความสัมพันธ์ของกลุ่มในสังคม จะเพิ่มขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เริ่มลงที่เมื่ออายุ 35-55 ปี และเมื่ออายุมากขึ้นขนาดของกลุ่มก็จะลดลงตามไปด้วย เนื่องจากมีการโยกย้ายและการเสียชีวิต ทำให้มีการติดต่อกันทางสังคมลดลงและได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลงไปด้วย

1.2 เพศ มีความแตกต่างของการสนับสนุนทางสังคมระหว่างเพศหญิงและเพศชาย โดยพบว่าเพศหญิงจะมีขนาดของกลุ่มทางสังคมที่ใหญ่กว่าเพศชาย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเพศชาย

1.3 สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้ของครอบครัวที่ต่างกันจะมีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกันด้วย โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะมีศักยภาพในการจัดหาปัจจัยที่จะตอบสนองความต้องการได้มากกว่า จึงทำให้ผู้ที่มีรายได้สูงมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ในด้านสังคมพบว่า การมีคู่สมรสจะทำให้บุคคลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เพราะคู่สมรสเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและเป็นผู้ที่บุคคลให้ความไว้วางใจมากที่สุด ผู้ที่มีคู่สมรสจึงเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่คู่สมรส และในส่วนของการศึกษา นอร์เบค และคณะกล่าวว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

1.4 ลักษณะครอบครัว บุคคลที่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย จะมีสมาชิกในครอบครัวหลายคน ทำให้มีโอกาสติดต่อสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว มากกว่าบุคคลที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ทำให้บุคคลที่อยู่ในครอบครัวขยาย จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่าบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

2. ปัจจัยด้านสังคม

การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการ หรือสถานการณ์ของช่วงชีวิต กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนผ่านของชีวิต เช่นมีการตั้งครรรภ์ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทไปสู่การเป็นบิดาหรือมารดา นอกจากนี้บุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย สูญเสีย เสรีภาพ จะมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น สถานการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ จึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤติจากการเปลี่ยนแปลงนั้น

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีผู้แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายประเภท ดังนี้

เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่าแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม มี 5 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่ให้การสนับสนุนตามธรรมชาติ เป็นแหล่งสนับสนุนจาก ครอบครัว ญาติ พี่น้อง สมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด
2. การสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน บุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิด
3. กลุ่มบุคคลทางศาสนา ได้แก่ ผู้นำทางศาสนาต่างๆ
4. กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ คือ กลุ่มบุคคลที่ให้บริการเกี่ยวกับระบบสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์
5. กลุ่มที่ให้การสนับสนุนที่ไม่ได้อยู่ในวิชาชีพ ได้แก่ กลุ่มที่มีแนวคิด หรืออุดมการณ์คล้ายกันและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

เฮ้าส์ (House, 1981) ได้แบ่งแหล่งของการสนับสนุน แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ เป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมใกล้ชิด และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว สามีหรือภรรยา ญาติพี่น้อง และเพื่อน
2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

การสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นบิดาในระยะคลอด

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาในระยะคลอดของภรรยา ที่จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้เป็นบิดามีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลภรรยาในระยะคลอดได้ การสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นบิดา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการแสดงถึงความรู้สึกห่วงใย เห็นอก เห็นใจ การแสดงความรัก ความห่วงใย โดยบุคคลใกล้ชิดหรือพยาบาลผดุงครรภ์ จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้เป็นบิดาเกิดความรู้สึก ปลอดภัย และสบายใจ ในขณะที่ภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด
2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้เป็นบิดา โดยการให้การยอมรับ ยกย่อง ชมเชย เพื่อให้ผู้เป็นบิดาเข้าใจสถานการณ์ที่ตนประสบอยู่ เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองได้ เกิดความมั่นใจ และรู้สึกว่าคุณค่าในการปฏิบัติหน้าที่การดูแลภรรยาได้
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำ ข้อมูล และข้อเท็จจริงต่างๆ ที่ผู้เป็นบิดาต้องการ เพื่อให้ผู้เป็นบิดาสามารถนำข้อมูลที่ได้รับนั้นไปจัดการแก้ไขปัญหาที่ประสบได้อย่างเหมาะสม
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร สิ่งของและบริการ เป็นการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้าน การเงิน สิ่งของ เวลาจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับบริการต่างๆ จากพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งจำเป็นต่อผู้เป็นบิดา โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงที่ภรรยาเริ่มเข้าสู่ระยะคลอดจนการคลอดเสร็จสิ้น

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นบิดาในระยะคลอดของภรณานั้น ไม่พบการศึกษาโดยตรง พบเพียงการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้เป็นบิดาต้องการ การสนับสนุนทางสังคมเมื่อภรรยาอยู่ในระยะคลอด เห็นได้จากการศึกษาของ นันทพร แสสนศิริพันธ์และคณะ (2557) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะภรรยาคลอดบุตร โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า เมื่อผู้เป็นบิดาทราบจากภรรยาว่ามีอาการเจ็บครรภ์ หรือมีน้ำ

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นบิดาในระยะคลอด สามารถประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นบิดา (Father social support) ที่ รัชนิวรรณ จารุเลิศพงศ์ และ นันทพร แสนศิริพันธ์ สร้างขึ้น จากแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) และจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของผู้เป็นบิดาในระยะคลอด ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ลักษณะของคำตอบในแต่ละข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประเมินค่าลิกิต 5 ระดับ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 22 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน (ไม่จริง) ถึง 5 คะแนน (จริงมากที่สุด) โดยคะแนนรวมทั้งหมคว่าตั้งแต่ 22-110 คะแนน หากผลคะแนนรวมได้ค่าคะแนนมากหมายถึง บิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ค่าคะแนนน้อยหมายถึง บิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย นอกจากการสนับสนุนทางสังคมแล้ว ปัจจัยที่อาจมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งในขณะที่ยังอยู่ในระยะคลอด ได้แก่ อายุของผู้เป็นบิดา

อายุของผู้เป็นบิดา

อายุของผู้เป็นบิดา อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้บิดามีความวิตกกังวลมากหรือน้อยซึ่งไซท์ และเบิร์กสตรอม (Schytt & Bergstrom, 2014) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในระยะคลอดของผู้เป็นบิดาครั้งแรกชาวสวีเดน โดยได้ทำการศึกษาผู้เป็นบิดาใน 3 ช่วงอายุ ได้แก่ ผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่มีช่วงอายุเท่ากับหรือต่ำกว่า 27 ปี ผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่มีช่วงอายุระหว่าง 28-33 ปี และผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 34 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้เป็นบิดาที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 34 ปี มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดบุตร ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดบุตรของภรรยา การศึกษาของ จุลคูเนน และลูกโคเนน (Julkunen & Liukkonen, 1998) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความรู้สึกของผู้เป็นบิดาในระยะคลอดของภรรยา โดยทำการศึกษาในผู้เป็นบิดา ในช่วงอายุ 17-51 ปี จำนวน 137 ราย ใช้วิธีการศึกษาแบบสำรวจความคิดเห็นและให้ผู้เป็นบิดาได้ตอบแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้เป็นบิดาในกลุ่มอายุ 32 ปีลงมาจะมีความรู้สึกในด้านบวก ได้แก่ อัจฉริยะใจ ตื่นเต้นกับคลอดบุตรของภรรยา ส่วนผู้เป็นบิดาในกลุ่ม 33 ปี ขึ้นไปจะมีความวิตกกังวล กลัว และไม่มั่นใจในความปลอดภัยของภรรยาและบุตรที่จะคลอด ส่วนการศึกษาของ โพห์ โกห์ เซียว และเฮ (Poh, Koh, Saew & He, 2014) เกี่ยวกับประสบการณ์และความต้องการของผู้เป็นบิดาเมื่อภรรยาตั้งครรภ์และคลอดบุตร เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ในผู้เป็นบิดาครั้งแรกชาวสิงคโปร์ที่มีอายุระหว่าง 25-43 ปี จำนวน 16 รายทำการสัมภาษณ์

เชิงลึกช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม ปี พ.ศ. 2555 พบว่าผู้เป็นบิดาทุกคนในกลุ่มนี้มีความรู้สึกรวิตกกังวล เมื่อเห็นภรรยาอยู่ในอาการเจ็บครรภ์ และกังวลต่อภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกรวิตกกังวล ได้แก่ การเข้าร่วมโครงการเตรียมคลอด สำหรับการเข้าร่วมโครงการเตรียมคลอด เป็นกิจกรรมที่มีการจัดให้มีอย่างแพร่หลายมากขึ้นในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่งเสริมให้สามีได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลภรรยา ที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่ประเมินผลของการจัดกิจกรรมดังกล่าว ว่ามีผลต่อความรู้สึกของผู้เป็นบิดาที่เข้าร่วมโครงการ แต่จากการศึกษาของ นันทพร แสนศิริพันธ์ และคณะ (2557) สะท้อนให้เห็นว่าผู้เป็นบิดาที่เข้าร่วมโครงการ ยังมีความวิตกกังวลเมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมต่างๆ ในโครงการที่จัดขึ้นยังไม่ตรงกับต้องการ หรือความคาดหวังของผู้เป็นบิดา กิจกรรมที่จัดส่วนใหญ่จะมุ่งความสนใจไปที่ผู้คลอด ทำให้ผู้เป็นบิดารู้สึกว่าตนเป็นเพียงผู้ที่คอยให้การช่วยเหลือหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และภรรยาเท่านั้น รู้สึกว่าตนถูกละเลย ทำให้ผู้เป็นบิดาเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและสับสน การศึกษาของ ฮินซุ และคณะ (Hsin-Tzu et al., 2009) เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาที่ได้เข้าร่วมโครงการเตรียมคลอด โดยทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองในผู้เป็นบิดาชาวจีนจำนวน 87 ราย ผู้เป็นบิดากลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโครงการเตรียมคลอด จำนวน 45 ราย และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มของผู้เป็นบิดาที่ได้รับการดูแลตามปกติและไม่ได้เข้าร่วมโครงการเตรียมคลอด จำนวน 42 ราย ผู้เป็นบิดาทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการประเมินความวิตกกังวล ใช้แบบประเมิน STAI ซึ่งผลการประเมินพบว่า ผู้เป็นบิดาในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนความวิตกกังวลแฝง เท่ากับ 43.76 คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 43 ส่วนผู้เป็นบิดาในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลแฝง เท่ากับ 44.50 และคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ เท่ากับ 48.12 และผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความวิตกกังวล ไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ ฮุง ชุง และชาง (Hung, Chung & Chang, 1996) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมฝึกคลอดต่อความรู้สึกของผู้เป็นบิดาครั้งแรก โดยทำการวิจัยชนิดกึ่งทดลองในผู้เป็นบิดาชาวจีนจำนวน 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเตรียมคลอดที่ผู้วิจัยและคณะจัดขึ้นร่วมกับการดูแลตามปกติ จำนวน 50 ราย กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเตรียมคลอดและได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 50 ราย โดยใช้เครื่องมือประเมินความวิตกกังวล SAS ของ ชุง (Zung's Self-Rating Anxiety Scale) ทำการประเมินผู้เป็นบิดาใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ของภรรยาที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 39 สัปดาห์ และหลังคลอดบุตร 1 วัน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้เป็นบิดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์ของภรรยาที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 39 สัปดาห์ และระยะหลังคลอด 1 วัน เป็น 39.86, 38.00 และ 36.03 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าผู้เป็นบิดามีคะแนนความวิตก

กังวลในระยะตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 39 สัปดาห์ และหลังคลอดบุตร 1 วัน เป็น 40.56, 39.10 และ 39.97 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าคะแนนพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และอายุของผู้เป็นบิดา โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1976) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สำหรับปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ และทำให้ความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาในขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอดบุตรมากขึ้นหรือน้อยลง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) และปัจจัยด้านอายุของผู้เป็นบิดา ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved