

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์และการคลอด เป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของสตรี เป็นเรื่องที่น่ายินดี มีคุณค่า มีความหมาย และนำความผาสุกมายังสตรี ครอบครัว และบุคคลรอบข้าง (Simkin, 1996) เป็นเหตุการณ์ พิเศษ ที่คงอยู่ในความทรงจำระยะยาวของสตรี (Chuahorm, Sripichyakam, Tungpunkom, Klunklin, & Kennedy, 2007) อย่างไรก็ตาม การตั้งครรภ์และการคลอด ก็นำมาซึ่งความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการคลอดได้ หากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ หรือการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (Leichtentritt, Blumenthal, Elyassi, & Rotmensch, 2005) ซึ่งอาจส่งผลให้สตรีมีครรภ์ และทารกในครรภ์เกิดอันตราย หรือเสียชีวิต ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (Gilbert, 2006) จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2556 และ 2558 พบว่า อัตราส่วนการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของสตรีมีครรภ์ทั่วโลก คิดเป็น 210 และ 216 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเกิดจากการสูญเสียเลือด และภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ร่วมกับภาวะชัก (Unicef, 2015) และการเสียชีวิตของทารก มีสาเหตุมาจากทารกที่คลอดก่อนกำหนด ขาดออกซิเจนแรกคลอด และติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 12, 9 และ 6 ตามลำดับ (Black et al., 2010) สำหรับในประเทศไทย พบรายงานอัตราส่วนการเสียชีวิตของสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ในปี พ.ศ. 2553 ถึง 2557 คิดเป็นร้อยละ 10.20, 8.90, 17.50, 22.20 และ 23.30 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ และอัตราส่วนการเสียชีวิตของทารก คิดเป็นร้อยละ 7, 6.60, 6.80, 6.40 และ 6.50 ต่อการเกิดมีชีพพันคนตามลำดับ ซึ่งมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจาก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) เมื่อสตรีเกิดการตั้งครรภ์ สตรีจะทำการแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดจากบุคคลใกล้ชิด เช่น มารดาของตนเอง เพื่อนที่เคยผ่านประสบการณ์การคลอดมาแล้ว รวมทั้งบุคลากรสุขภาพ เป็นต้น (Melender, 2002a) สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ หรือสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง การแสวงหาข้อมูลและความต้องการข้อมูลอาจมากกว่าสตรีมีครรภ์ปกติ และถ้าได้รับฟังเรื่องราวด้านลบที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ก็จะทำให้สตรีมีความกลัวการคลอด (Chuahorm et al., 2007)

ความกลัวการคลอด เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และความรู้สึก ไม่สบายใจของสตรีมีครรภ์ที่มีความเกี่ยวข้องและมีความเฉพาะเจาะจงกับการตั้งครรภ์และการคลอด ความกลัวที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากความไม่รู้ ทำให้คาดคะเนหรือประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตราย (Ryding, Wijma, Wijma, & Redhstrom, 1998) สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์/มีภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ หรือสตรีที่มีประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด จะยิ่งทำให้สตรีมีครรภ์รู้สึกกังวล และกลัวเกี่ยวกับการคลอดมากยิ่งขึ้น (Leichtentritt et al., 2005) ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์ปกติอย่างแพร่หลายทั้งประเทศแถบอเมริกา ยุโรป ออสเตรเลีย และเอเชีย โดยประเทศแถบอเมริกา มีรายงานการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์ชาวสหรัฐอเมริกา มีความกลัวการคลอดในระดับสูง ร้อยละ 25 และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 17.50 (Lowe, 2000) และสตรีมีครรภ์ชาวแคนาดา มีความกลัวการคลอดในระดับรุนแรง ร้อยละ 25 ระดับปานกลาง ร้อยละ 54 และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 21 (Hall et al., 2009) ประเทศแถบยุโรป มีรายงานการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์ชาวออสเตรีย มีความกลัวการคลอดในระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 7.80 (Nordeng, Hansen, Garthus-Niegel, & Eberhard-Gran, 2012) และสตรีมีครรภ์ชาวสวีเดน มีความกลัวการคลอดในระดับรุนแรง ร้อยละ 10 (Ryding et al., 1998) ประเทศแถบออสเตรเลีย มีรายงานการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์ชาวออสเตรเลียมีความกลัวการคลอดในระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 26.20 ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.90 และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 26 (Fenwick, Gamble, Nathan, Bayes, & Hauck, 2009) สำหรับประเทศแถบเอเชีย มีรายงานการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์ชาวจีนมีความกลัวเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของตนเองและทารกขณะคลอด ร้อยละ 88 (Tsui et al., 2006) และสตรีมีครรภ์ชาวไทย มีความกลัวการคลอดในระดับรุนแรง ร้อยละ 38.90 และระดับปานกลาง ร้อยละ 40 (ชวัลรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย, นันทพร แสนศิริพันธ์, และ กรรณิการ์ กันธะรักษา, 2556) นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาความกลัวการคลอดในสตรีที่มีความเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง คือ การตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ที่อาจส่งผลให้สตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์เกิดอันตราย หรือเสียชีวิตได้ (Gilbert, 2006) มีรายงานการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงมีความกลัวเกี่ยวกับการคลอดสูงมาก ดังการศึกษาของ เทอร์เนอ และคณะ (Turner et al., 2008) ที่ศึกษาความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงชาวอิตาลีที่มีประวัติเป็น โรคลมชัก เมื่อเกิดการตั้งครรภ์สตรีกลุ่มนี้ จะมีความกลัวการคลอด ในระดับรุนแรงมาก ถึงร้อยละ 54 และการศึกษาของ พูลทรัพย์ ลาภเจียม (Lapchem, 2007) ในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงชาวไทย ที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์พบว่า สตรีกลุ่มนี้มีความกลัวการคลอดอยู่ในระดับสูง ซึ่งส่วนใหญ่มีความกลัวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารก นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงบางรายที่มีการกำเริบของโรค หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะที่ตั้งครรภ์อยู่ สตรีเหล่านี้จะยังมีความวิตกกังวล และกลัวมากยิ่งขึ้น (Leichtentritt et al., 2005) จากสถิติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ พบว่า การตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

มีอัตราสูงขึ้น ถึงร้อยละ 16.90 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และจากสถิติของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2555-2557 คิดเป็นร้อยละ 27.80, 28.80 และ 30.40 ตามลำดับ (สถิติหน่วยคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2557) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 15.30, 8.20 และ 20.34 ตามลำดับ (สถิติหน่วยคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่, 2557) ซึ่งการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของสตรีและทารกในครรภ์ (ธีระทองสง, 2555) มีรายงานการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของสตรีเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 10-13 ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญมาจาก การตกเลือด การติดเชื้อ และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีการชัก (Berg, Callaghan, Syverson, & Henderson, 2010) ซึ่งส่งผลให้สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงบางรายจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของทั้งสตรีมีครรภ์ และทารกในครรภ์ สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รูปแบบการใช้ชีวิตของสตรีมีครรภ์เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน วิตกกังวล และกลัว (Leichtentritt et al., 2005) ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลรักษามักเป็นการจำกัดกิจกรรม โดยให้นอนพักอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ (bed rest) ไปจนกระทั่งการนอนพักบนเตียงโดยสมบูรณ์ (absolute bed rest) เห็นได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพของแม็คเคน และเดย์ทริก (McCain & Deatrick, 1994) โดยการสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง จำนวน 21 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์มีความรู้สึกเคืองกว้างเมื่อนึกถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รู้สึกถึงความไม่แน่นอน รู้สึกวิตกกังวลที่ถูกจำกัดกิจกรรม รู้สึกกลัว และรู้สึกว่าตนเองยังไม่มีความพร้อมในการให้กำเนิดทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีกลุ่มที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ความกลัวการคลอด ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบด้านร่างกาย ความกลัวที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ส่งผลให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนกลุ่ม catecholamines ได้แก่ epinephrine และ nor-epinephrine จากต่อมหมวกไต ทำให้เกิดการหดเกร็งของหลอดเลือดทั่วร่างกาย รวมถึงหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณมดลูก ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดผ่านไปยังรกลดลง (Stuart & Laraia, 2005) ทำให้ทารกในครรภ์ได้รับปริมาณออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดภาวะเครียดหรือภาวะทารกค้ำขັນตามมา (Cunningham et al., 2014) นอกจากนี้ การหดเกร็งของหลอดเลือด ยังทำให้เกิดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญต่างๆ ซึ่งส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila, & Ylikorkala, 2000) เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ฮอร์โมนกลุ่ม catecholamines ที่เกิดจากความกลัวยังส่งผลโดยตรงต่อการหดตัวของมดลูก ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่มีประสิทธิภาพ ปากมดลูกเปิดช้า ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดจึงยาวนานขึ้น เกิดกลุ่มอาการที่เรียกว่า กลัว-ตึงเครียด-เจ็บปวด เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (fear-tension-pain

syndrome) (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2012) ทำให้อุบัติการณ์ของการใช้สูติศาสตร์หัตถการ ช่วยคลอดสูงขึ้น ได้แก่ การผ่าตัดคลอด และการใช้อุปกรณ์ช่วยคลอดทางช่องคลอด (Fenwick et al., 2009) สำหรับผลกระทบทางด้านจิตใจ ความกลัวการคลอดทำให้สตรีมีครรภ์ มีอารมณ์แปรปรวน (Rouhe, Salmela-Aro, Gissler, Halmesmaki, & Saisto, 2011) มีความรู้สึกทุกข์ทรมานในการต้องเผชิญกับความกลัว การคลอด (Waldenstrom, Hildingsson, & Ryding, 2006) รู้สึกไม่มีความสุขในการตั้งครรภ์ และการจะเป็น มารดาในอนาคต และมีความต้องการการสนับสนุน การดูแลอย่างมากจากสามี (Salomonsson, Wijma, & Alehagen, 2010) เมื่อนึกถึงการตั้งครรภ์ การคลอด และรู้สึกกลัว สตรีมีครรภ์จะมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย วิงเวียน และใจสั่น (Melender & Lauri, 1999) และร้องขอการผ่าตัดคลอด เนื่องจากเกิดความไม่ มั่นใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการคลอด (Lowe, 2000) นอกจากนี้ ยังพบว่า ความกลัวการ คลอดส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจในระยะหลังคลอด โดยทำให้เกิดอารมณ์เศร้าและภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด (Hofberg & Brockington, 2000) มีโอกาสเกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจในระยะหลัง คลอดมากกว่าสตรีมีครรภ์ที่ไม่มีความกลัวการคลอด (Soderquist, Wijma, & Wijma, 2002) ความสามารถ ในการแสดงบทบาทมารดาลดลง รวมถึงมีผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างสามี ภรรยา (Hofberg & Ward, 2003; Melender & Lauri, 1999) นอกจากนี้ สตรีที่มีความกลัวการคลอดจากการมีประสบการณ์ การตั้งครรภ์และการคลอดในทางลบ เมื่อมีการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปจะมีความกลัวการคลอดเพิ่มขึ้น (Nilsson, Lundgren, Karlstrom, & Hildingsson, 2012) จะเห็นได้ว่า ความกลัวการคลอดส่งผลกระทบต่ออย่าง มากต่อสตรีมีครรภ์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งความกลัวการคลอดที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ยังส่งผล กระทบไปถึงระยะคลอด ระยะหลังคลอด รวมถึงการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ซึ่งสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลที่มีความกลัวการคลอด ก็อาจมีผลกระทบเช่นเดียวกับสตรีมีครรภ์ปกติที่มีความ กลัวการคลอด ทั้งนี้มีหลายปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ ตามแนวคิดของ เชียสโต และฮาลมิมสมากิ (Saisto & Halmesmaki, 2003) พบว่า ความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ปกติ เกิดจากปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา (biological factors) ได้แก่ การกลัวความเจ็บปวด ปัจจัยด้านจิตวิทยา (psychological factors) ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การตั้งครรภ์และการ คลอด ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการคลอดและความเจ็บป่วย ความพึงพอใจในคู่สมรส และปัจจัย ด้านสังคม (social factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจัย ต่างๆ เหล่านี้ทำให้สตรีมีครรภ์แต่ละรายจะรับรู้ และให้ความหมาย รวมทั้งคาดการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอดแตกต่างกันออกไป (Lowe, 2000) สำหรับสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลนั้น ปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้ อาจมีความเกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดที่เกิดขึ้นเช่นกัน สำหรับการ ศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความวิตกกังวล และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การ

สนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการศึกษา เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ปกติ ดังนั้น ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม จึงอาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความวิตกกังวล เป็นการคาดคะเนหรือประเมินสิ่งเร้าว่าเป็นสิ่งคุกคาม และจะทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งที่มาคุกคามนั้นอาจมีอยู่จริงหรือเป็นสิ่งที่เกิดจากการคาดการณ์ จึงทำให้เกิดกระบวนการทางความคิดและเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และสรีรวิทยา ซึ่งบุคคลจะประเมินหรือคาดคะเนได้แตกต่างกันไป แล้วแต่การรับรู้และการคิดของแต่ละบุคคล ความวิตกกังวลมี 2 ลักษณะ คือ ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (state anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นชั่วคราว ในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล (trait anxiety) เป็นลักษณะของบุคคลที่คงอยู่ตลอดเวลา จนเป็นบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความวิตกกังวลทั้ง 2 ลักษณะมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ หากบุคคลนั้นมีความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลสูงอยู่แล้ว เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล จะทำให้มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์สูงเช่นกัน (Spielberger & Sydeman, 1994) เช่น การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์สูง มีรายงานการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .42, p < .01$ ) (Korukcu, Firat, & Kukulu, 2010) และสตรีมีครรภ์ที่มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล เมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนดคลอด จะมีโอกาสเกิดความกลัวการคลอด มากกว่าสตรีมีครรภ์ที่ไม่มีความวิตกกังวล (Alipour, Lamyian, Hajizadeh, & Vafaei, 2011) สำหรับในประเทศไทย มีรายงานการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .66, r = .48, p < .01$ ) (ชวัลรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ, 2556) นอกจากความวิตกกังวลแล้ว การสนับสนุนทางสังคมก็อาจมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล และก่อให้เกิดความรัก ความห่วงใย ความผูกพัน ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือ (House, 1981) สตรีมีครรภ์ที่มีเครือข่ายทางสังคมน้อยจะมีความกลัวการคลอด (Lausen, Hedegaard, & Johansen, 2008) เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น สตรีมีครรภ์จะแสวงหาการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมของตนเอง เพื่อสนทนากับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนสตรีมีครรภ์ส่วนใหญ่ คือ สามีย มารดา และบุคคลภายในครอบครัว สตรีมีครรภ์บางรายมี

การแสวงหาเครือข่ายทางสังคมจากแหล่งอื่น ได้แก่ เพื่อน และบุคลากรสุขภาพ (Melender, 2002a) การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส มีอิทธิพลต่อความกลัวการคลอด ( $\beta = .14, p < .001$ ) (Toohill et al., 2014) สตรีที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะมีความกลัวการคลอดทางช่องคลอดระดับรุนแรง (Saisto, Samela-Aro, Nurmi, & Halmesmaki, 2001) สำหรับในประเทศไทย มีรายงานการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.24, p < .05$ ) (ธวัชรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ, 2556)

จากการทบทวนพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการคลอดที่ผ่านมา ทั้งในและต่างประเทศเกือบทั้งหมด เป็นการศึกษาในสตรีมีครรภ์ปกติ พบเพียง 2 การศึกษานั้น ที่ทำการศึกษาในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง แต่เป็นสตรีที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ (Lapchem, 2007; Turner et al., 2008) ได้แก่ การศึกษาของเทอร์เนอร์ และคณะ (Turner et al., 2008) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบความกลัวการคลอด ระหว่างสตรีมีครรภ์ที่มีประวัติเป็น โรคลมชัก กับสตรีมีครรภ์ปกติ อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์ที่มีประวัติเป็น โรคลมชัก มีความกลัวการคลอดมากกว่าสตรีมีครรภ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และมีความกลัวการคลอดในระดับรุนแรงมาก ถึงร้อยละ 54 และในประเทศไทย พูลทรัพย์ ลาภเจียม (Lapchem, 2007) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความกลัวการคลอดของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง ที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ อายุครรภ์ 38-41 สัปดาห์ จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงมีความกลัวการคลอดอยู่ในระดับสูง และพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .33, p < .01$ ) และสามารถทำนายความกลัวการคลอด ได้ร้อยละ 10.5 ( $R^2 = .10, p < .001$ ) สำหรับสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการคลอดโดยตรง พบเพียงการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับประสบการณ์ของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น และมีเพียง 1 การศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่า สตรีเหล่านี้มีความรู้สึกกลัวเกิดขึ้น ได้แก่ การศึกษาของ ไลค์เทนท์ทริทท์ และคณะ (Leichtentritt et al., 2005) โดยการสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม ในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชาวอิสราเอล จำนวน 57 ราย พบว่า อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสตรีกลุ่มนี้ ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ คับข้องใจ สูญเสีย โดดเดี่ยว วิตกกังวล และรู้สึกกลัว นอกจากนี้ ยังพบรายงานการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับสตรีกลุ่มนี้ ดังเช่นการศึกษาของ เฮียมแมน และแกปทอน (Heaman & Gupton, 1998) ในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชาวแคนาดา จำนวน 24 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า สตรีมีความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ตนถูกแยกจากจากครอบครัว ส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และสัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับสามีลดลง

การศึกษาความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ มีบริบทที่มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งการดำเนินของโรคในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง จนทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจทำให้มีความกลัวในการคลอดต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงความกลัวการคลอด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าปัจจัยดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ปกติ ทั้งชาวตะวันตกและชาวไทย ผลการศึกษาจะทำให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับความกลัวการคลอด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ความรู้ที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยลำดับต่อไป อีกทั้งเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดความตระหนักในการประเมินและจัดการกับความกลัวการคลอด สำหรับสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความกลัวการคลอดของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และการสนับสนุนทางสังคมกับความกลัวการคลอด ของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### คำถามการวิจัย

1. ความกลัวการคลอดของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
2. ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอด ของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร
3. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอด ของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

### นิยามศัพท์

**ความกลัวการคลอด** หมายถึง การตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีความเกี่ยวข้องและมีความเฉพาะเจาะจงกับการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งเกิดจากการคาดคะเนหรือประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตราย โดยประเมินจากมาตรวัดความกลัวการคลอด (Visual Analogue Scales [VAS]) ของ เราท์ ซาลมีลา-อโร ฮาล์มสมากิ และเซียสโต (Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmaki, & Saisto, 2008)

**ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์** หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด กระวนกระวาย และรู้สึกไม่แน่ใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด โดยประเมินจากแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (State Anxiety Inventory [STAI From Y 1]) ของ สปีลเบอร์เกอร์ จากอบส์ รัสเซล และเครน (Spielberger, Jacobs, Russell, & Crane, 1983 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภานิต และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถึงการได้รับการดูแล ช่วยเหลือ ในขณะที่ตั้งครรภ์ จากคู่สมรส เพื่อน เครือญาติ และบุคลากรสุขภาพ ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า โดยประเมินจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) โดย กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) และจิรวรรณ นิรมิตภาย (2551) ได้ปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในสตรีมีครรภ์

**สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล** หมายถึง หญิงมีครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ด้านอายุครรภ์ หรือสูติกรรม และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นเวลา 24 ชั่วโมงขึ้นไป โดยความเสี่ยงสูงด้านอายุครรภ์ เช่น ภาวะซีดรุนแรง (severe anemia) ภาวะครรภ์เป็นพิษที่เกิดซ้ำซ้อนกับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (pre-eclampsia superimposed on chronic hypertension) ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) การติดเชื้อที่ไตหรือทางเดินปัสสาวะ (renal or urinary tract disorder) โรคของต่อมไทรอยด์ (thyroid gland disorder) เป็นต้น สำหรับความเสี่ยงสูงด้านสูติกรรม เช่น ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension) ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด (preterm premature of membranes) ภาวะรกเกาะต่ำ (placenta previa) การตั้งครรภ์เกินกำหนด (postterm pregnancy) ภาวะน้ำคร่ำมากหรือน้อยกว่าปกติ เป็นต้น (Cunningham et al., 2014)

Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved