

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอด ของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
 - 1.1 ความหมาย และแนวคิดของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
 - 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
 - 1.3 ผลกระทบของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
2. ความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์
 - 2.1 ความหมาย และแนวคิดของความกลัวการคลอด
 - 2.2 ผลกระทบของความกลัวการคลอด
 - 2.3 ความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง
 - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอด
 - 2.5 การประเมินความกลัวการคลอด
3. ความวิตกกังวล
 - 3.1 ความหมาย และแนวคิดของความวิตกกังวล
 - 3.2 ผลกระทบของความวิตกกังวล
 - 3.3 ความวิตกกังวลของสตรีมีครรภ์
 - 3.4 การประเมินความวิตกกังวล
 - 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความกลัวการคลอด
4. การสนับสนุนทางสังคม
 - 4.1 ความหมาย และแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.2 ผลของการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.3 การสนับสนุนทางสังคมของสตรีมีครรภ์
 - 4.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความกลัวการคลอด

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ความหมาย และแนวคิดของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (high risk pregnancy) เป็นการตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติ หรือมีภาวะแทรกซ้อน มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

กิลเบิร์ต; เจมส์ สเตียร์ ไวเนอร์ และ โจนิก (Gilbert, 2006; James, Steer, Weiner, & Gonik, 2006) อธิบายว่า เป็นการตั้งครรภ์ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ หรือชีวิต ของสตรีมีครรภ์และทารก ทั้งใน ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

พรณี ภู่นประดับ (2538) อธิบายว่า เป็นการตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บป่วย หรือมีภาวะแทรกซ้อน เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนนั้นมีทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยจำแนกตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย

อุ๋นใจ กอนันตกุล (2551) อธิบายว่า เป็นการตั้งครรภ์ที่ทั้งสตรีมีครรภ์ และ/หรือทารกในครรภ์มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพ หรือการตาย ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การศึกษาครั้งนี้ สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง หมายถึง หญิงมีครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงสูง ขณะตั้งครรภ์ทั้งด้านอายุครรภ์ หรือสูติกรรม ทำให้ทั้งสตรีมีครรภ์ และ/หรือทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย หรือตายได้

สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรสุขภาพ เนื่องจากการตั้งครรภ์อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ส่งผลให้ทั้งสตรีมีครรภ์ และทารกในครรภ์เกิดอันตราย หรือเสียชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจมาจาก โรคประจำตัวเดิมของสตรีที่เป็นมาก่อนการตั้งครรภ์ หรือภาวะแทรกซ้อนนั้นเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Cunningham et al., 2014) สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงบางราย มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ จึงมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ ตลอดจนให้การดูแล รักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (Maloni, Kane, Suen, & Wang, 2002)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในสตรีมีครรภ์ มีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุของสตรีเมื่อตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด ความสูงและน้ำหนัก ดังนี้

1.1 อายุของสตรีเมื่อตั้งครรภ์ แบ่งเป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์อายุมาก การตั้งครรภ์วัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี (นับถึงวันครบกำหนดคลอด) ซึ่งแบ่งออกได้เป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น เป็นการตั้งครรภ์เมื่ออายุ 10-14 ปี และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนปลาย เป็นการตั้งครรภ์เมื่ออายุ 15-19 ปี สตรีวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อตั้งครรภ์ เช่น คลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ทารกน้ำหนักตัวน้อย เป็นต้น อีกทั้งยังมีการเจริญเติบโตที่ไม่สมบูรณ์ อาจทำให้การคลอดเป็นไปได้อย่างยากลำบาก เป็นต้น ส่วนการตั้งครรภ์อายุมาก หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป (นับถึงวันครบกำหนดคลอด) สตรีมีครรภ์กลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อตั้งครรภ์ เช่น คลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น (James et al., 2006)

1.2 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด สตรีที่มีการตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่า 4 ครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น สูญเสียเลือดจากการคลอด ภาวะรกเกาะต่ำ เป็นต้น (ศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล, 2553)

1.3 ความสูงและน้ำหนักตัว สตรีที่มีความสูงน้อยกว่า 145 เซนติเมตร มีความเสี่ยงต่อการเกิดคลอดยากหรือเกิดการคลอดติดขัด เนื่องจากภาวะผิวดัดส่วนระหว่างศีรษะของทารกและช่องเชิงกรานของสตรี ทำให้ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดตามปกติได้ หรือต้องใช้เวลานานในการคลอด และอาจต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด เช่น การผ่าตัดคลอด การใช้อุปกรณ์ช่วยคลอด เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (อุ๋นใจ กอนันตกุล, 2551) ส่วนสตรีที่มีน้ำหนักตัวไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีรายงานการศึกษาพบว่า สตรีที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าค่ามาตรฐาน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะซีด ทารกน้ำหนักตัวน้อย เป็นต้น และสตรีที่มีน้ำหนักสูงกว่าค่ามาตรฐาน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทารกน้ำหนักตัวมาก เป็นต้น สตรีมีครรภ์ควรมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ โดยสตรีที่มีน้ำหนักตัวน้อย (ค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 18.50 กิโลกรัม/เมตร²) ควรมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 12.50-18 กิโลกรัม สตรีที่มีน้ำหนักตัวปกติ (ค่าดัชนีมวลกาย 18.50-24.90 กิโลกรัม/เมตร²) ควรมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 11.50-16 กิโลกรัม สตรีที่มีน้ำหนักตัวมาก (ค่าดัชนีมวลกาย 25-29.90 กิโลกรัม/เมตร²) ควรมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 7-11.50 กิโลกรัม และสตรีที่มีน้ำหนักตัวมากผิดปกติ (ค่าดัชนีมวลกาย

มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/เมตร³) ควรมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 5-9 กิโลกรัม (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013)

2. ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมีครรภ์ และมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของสตรีเมื่อตั้งครรภ์ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส และอาชีพหรือลักษณะงานที่ทำระหว่างการตั้งครรภ์ (อุ๋นใจ กอนันตกุล, 2551) ดังนี้

2.1 ระดับการศึกษา สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา สามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเพิ่มโอกาสในการรับรู้ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย เมื่อมีการตั้งครรภ์สตรีจะสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และเหมาะสม

2.2 รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น สตรีมีครรภ์ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้สตรีสามารถดูแลตนเอง เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ของตนเอง สามารถจัดหาอาหาร สิ่งของเครื่องใช้ ของใช้ที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตลอดจนมีความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพได้

2.3 สถานภาพสมรส เป็นข้อบ่งชี้ถึงสถานะระบบของครอบครัว มีผลต่อความรับผิดชอบของครอบครัว และความรู้สึกด้านจิตใจ จึงมีเกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความรักความเข้าใจ เห็นอกเห็นในซึ่งกันและกัน มีความอดทนและให้อภัยซึ่งกันและกัน ดังนั้นสามีจะเป็นผู้คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ไปจนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาทในสังคม ในทางตรงกันข้าม สตรีมีครรภ์ที่ไม่ได้แต่งงานมักจะไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ สตรีจะไม่สนใจต่อการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้มากขึ้น

2.4 อาชีพหรือลักษณะงานที่ทำระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกได้ถึงพฤติกรรมปฏิบัติตน หากสตรีมีลักษณะงานที่ต้องทำต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน งานหนัก ทำให้เวลาพักผ่อนน้อย หรืองานที่ต้องสัมผัสกับสารเคมีหรือสารพิษ อาจทำให้สตรีมีครรภ์มีความเสี่ยงต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับทั้งตนเองและทารกในครรภ์เพิ่มขึ้น ซึ่งอาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เช่น อาชีพกรรมกร อาชีพรับจ้างตามโรงงานซึ่งต้องยืนตลอดวัน เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านประวัติของสตรี ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ประวัติสุขภาพของสตรี และอุปนิสัยส่วนตัว (ศิริพงษ์ สวัสดิ์มงคล, 2553) ดังนี้

3.1 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดบุตร และระยะหลังคลอด จากการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งที่ผ่านมา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เช่น ประวัติความดันโลหิตสูงเมื่อตั้งครรภ์ ประวัติทารกเสียชีวิตทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ประวัติการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ประวัติการสูญเสียเลือดทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด เป็นต้น

3.2 ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติที่ตรวจพบในการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ เช่น ปริมาณน้ำคร่ำมากหรือน้อยกว่าปกติ ความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เลือดออกทางช่องคลอด ภาวะซีด รกเกาะต่ำ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ เป็นต้น

3.3 ประวัติสุขภาพของสตรี เป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวของสตรี ซึ่งอาจเป็นโรคทางอายุรกรรมหรือโรคทางศัลยกรรม และมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อตั้งครรภ์ เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคระบบโลหิต เป็นต้น

3.4 อุปนิสัยส่วนตัวของสตรี มีรายงานการศึกษาพบว่าสตรีมีครรภ์ที่สูบบุหรี่ จะส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทารกมีความพิการ เนื่องจากสารพิษที่มีในบุหรี่ ได้แก่ ทาร์ น้ำมันดิน นิโคติน และคาร์บอนมอนนอกไซด์ ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว ปริมาณเลือดที่ผ่านรกไปยังทารกในครรภ์ลดลง (Cnattingius, 2004) สตรีที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ประมาณ 90 มิลลิลิตรต่อวัน ทำให้ทารกในครรภ์มีกลุ่มอาการที่เกิดจากการได้รับแอลกอฮอล์ (fetal alcohol syndrome) ประกอบไปด้วย ช่องตาสั้น ร่องริมฝีปากบนเรียบ ริมฝีปากบนยาวและบาง หนึ่งคลุ่มหัวตามาก จมูกแบน ปลายจมูกเขี้ยวขึ้น บริเวณส่วนกลางใบหน้ามีการพัฒนาน้อยกว่าปกติ ปากแหว่ง เพดานโหว่ ดวงตาและกรามมีขนาดเล็กกว่าปกติ (Burd, 2004) สตรีที่มีประวัติการใช้สารเสพติด เช่น ฝิ่น มอร์ฟิน กัญชา เป็นต้น ส่งผลให้ทารกในครรภ์มีน้ำหนักตัวน้อย มีความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด หรือทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้ (Kuczkowski, 2007)

ผลกระทบของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ก่อให้เกิดอันตรายต่อทั้งสตรีและทารกในครรภ์ (James et al., 2006) ผลกระทบการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ส่งผลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของสตรีมีครรภ์ รวมถึงทารกในครรภ์ ผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดจากการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ผลของโรคที่มีต่อการตั้งครรภ์ และผลของการตั้งครรภ์ที่มีต่อโรค โดยการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์

ส่งผลให้โรคของสตรีที่มีมาก่อนการตั้งครรภ์ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดจากโรคของสตรีที่มีมาก่อนการตั้งครรภ์ ยังส่งผลให้การตั้งครรภ์ไม่สามารถดำเนินไปได้ อย่างเป็นปกติ และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของสตรีมีครรภ์ และทารกในครรภ์ในระยะต่อมา (Cunningham et al., 2014) สำหรับผลกระทบด้านร่างกายที่มีความเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีรายงานการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีอัตราการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันสูงขึ้น (Kovacevich et al., 2000) มีความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง (Promislow, Hertz-Picciotto, Schramm, Watt-Morse, & Anderson, 2004; Maloni, 2011) มีภาวะกล้ามเนื้อลีบ และน้ำหนักลดลง (Maloni, 2011)

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง นอกจากส่งผลกระทบต่อร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของสตรีมีครรภ์ สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ (Giurgescu, Penckofer, Maurer, & Bryant, 2006) การปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา บิดา (Lutz & May, 2007) เห็นได้จากการศึกษาของ คลาสัน (Clason, 1996) ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง จำนวน 58 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ถึงร้อยละ 84 และการศึกษาในประเทศไทย การศึกษาของ พูลทรัพย์ ลากเจียม (Lapchem, 2007) ที่ทำการศึกษาในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงชาวไทย ที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการตั้งครรภ์ ในระดับสูง สำหรับผลกระทบของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ต่อการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา บิดา เห็นได้จากการศึกษาของ ดูลูด บิเลนเจอร์ ไรท์ และซาบาวริน (Dulude, Belanger, Wright, & Sabourin, 2002) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา บิดา ระหว่างคู่สามีภรรยาที่มีการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง กับคู่สามีภรรยาที่มีการตั้งครรภ์ปกติชาวแคนาดา จำนวน 45 คู่ ผลการศึกษาพบว่า คู่ที่ภรรยามีการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจะมีความสามารถในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา บิดาลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไรท์ บิเลนเจอร์ และดูลูด (Wright, Belanger, & Dulude, 2000) โดยการเปรียบเทียบการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา บิดา ระหว่างคู่สามีภรรยาที่มีการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง กับคู่สามีภรรยาที่มีการตั้งครรภ์ปกติ ชาวแคนาดา จำนวน 127 คู่ พบว่าการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงส่งผลให้การปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา บิดาลดลงเช่นกัน สำหรับสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีรายงานการศึกษาพบว่า มีการตอบสนองทางอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป (Maloni, 2011) มีความรู้สึกโกรธ คับข้องใจ รู้สึกสูญเสีย โดดเดี่ยว วิตกกังวล และกลัว (Leichtentritt et al., 2005) มีความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์ รู้สึกโดดเดี่ยว และสัมพันธ์ยากกับสามีลดลง (Heaman & Gupton, 1998)

ความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์

ความหมาย และแนวคิดของความกลัวการคลอด

ความกลัวการคลอด เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกของสตรีมีครรภ์ ต่อการตั้งครรภ์และการคลอด มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

วิจมา วิจมา และซาร์ (Wijma, Wijma, & Zar, 1998) อธิบายว่าเป็นความรู้สึก ความเข้าใจ ของสตรีมีครรภ์ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการคลอด

ไรดิคก์ (Ryding et al., 1998) อธิบายว่าเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจ ของสตรีมีครรภ์ ที่มีความเกี่ยวข้องและมีความเฉพาะเจาะจงกับการตั้งครรภ์และการคลอด ความกลัวที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากความไม่รู้ ทำให้คาดคะเนหรือประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดว่าเป็นสิ่งคุกคาม หรือเป็นอันตราย

เซิสโต และฮาลมีสมากิ (Saisto & Halmesmaki, 2003) อธิบายว่าเป็นความกลัวที่เกิดขึ้นเนื่องจาก กลัวการเจ็บครรภ์ และกลัวว่าตนจะไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ รวมถึงกลัวเกี่ยวกับการเป็นมารดาในอนาคต

มิเลนเดอร์ และลาวริ (Melender & Lauri, 1999) อธิบายว่าเป็นความกลัวที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ กลัวการเจ็บครรภ์ และกลัวว่าตนเองไม่มีความสามารถในการคลอด

โฮฟเบิร์ก และวาร์ด (Hofberg & Ward, 2003) อธิบายว่า ความกลัวการคลอด คือ โทโคโฟเบีย (tokophobia) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ความกลัวการคลอดระดับปฐมภูมิ (primary tokophobia) ความกลัวการคลอดระดับทุติยภูมิ (secondary tokophobia) และความกลัวการคลอดระดับตติยภูมิ (tertiary tokophobia) ความกลัวการคลอดระดับปฐมภูมิ เป็นความกลัวการคลอดที่เกิดขึ้นในระยาะที่ไม่มี การตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่อยู่ในช่วงวัยรุ่นไปจนกระทั่งวัยหมดประจำเดือน สตรีอาจหลีกเลี่ยง การตั้งครรภ์ โดยมีอัตราการคุมกำเนิดที่มากขึ้น หรือในกรณีที่เกิดการตั้งครรภ์อาจส่งผลให้มีความ ต้องการยุติการตั้งครรภ์ได้ ความกลัวการคลอดระดับทุติยภูมิ เป็นความกลัวการคลอด ที่เกิดจากการมี ประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับการคลอดในครรภ์ก่อน เช่น สตรีที่มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการคลอด อย่างมาก สตรีที่คลอดโดยวิธีการใช้สูติศาสตร์หัตถการ สตรีที่ได้รับบาดเจ็บจากการคลอด สำหรับความ กลัวการคลอดระดับตติยภูมิ เป็นความกลัวการคลอดร่วมกับมีอาการของภาวะซึมเศร้า สตรีมีครรภ์จะมีความ หวาดกลัวว่าการตั้งครรภ์และการคลอดจะทำให้ตนเองเสียชีวิต

กชกร ตัมพวิบูลย์ (Tampawiboon, 2005) อธิบายว่าเป็นความรู้สึกของสตรีมีครรภ์ ที่มีความเกี่ยวข้องกับคลอด

นันทพร แสนศิริพันธ์ (Nantaporn, 2013) อธิบายว่าเป็นความรู้สึกที่มักเกิดขึ้นกับสตรีมีครรภ์ สตรีที่มีความกลัวการคลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ มีแนวโน้มที่จะมีความกลัวในระดับที่รุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด และยังคงรู้สึกกลัวการคลอดต่อไปอีกหลังจากคลอดแล้ว

ชวัลรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ (2556) อธิบายว่าเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกไม่สบายใจของสตรีมีครรภ์ ที่เกิดจากการรับรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดในอนาคต และคาดคิดเกี่ยวกับการคลอด ว่าเป็นภัยคุกคาม หรือเป็นอันตราย

การศึกษาครั้งนี้ ความกลัวการคลอด หมายถึง การตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ที่มีความเกี่ยวข้องและมีความเฉพาะเจาะจงกับการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งเกิดจากการคาดคะเนหรือประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดว่าเป็นสิ่งคุกคาม หรือเป็นอันตราย

ผลกระทบของความกลัวการคลอด

ความกลัวการคลอดส่งผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงทารกในครรภ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว สำหรับผลกระทบด้านร่างกาย ความกลัวการคลอดอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ (Areskog, Uddenberg, & Kjessler, 1983) เนื่องจากความกลัวที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาท sympathetic เช่นเดียวกับความเครียด และความวิตกกังวล ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตส่วนใน คือ epinephrine และ nor-epinephrine รวมกันเรียกว่า ฮอร์โมนกลุ่ม catecholamines ซึ่งจะถูกล่อยเข้าไปในหลอดเลือด จับกับตัวรับสัญญาณบนเยื่อหุ้มเซลล์และออกฤทธิ์ในอวัยวะเป้าหมาย ได้แก่ ตับ หัวใจ และหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่บริเวณผิวหนัง ช่องท้อง และอวัยวะภายในต่างๆหดตัวหรือบีบตัว ทำให้เลือดจากระบบผิวหนัง ช่องท้อง ลำไส้ ภาวะอาหาร และบริเวณมดลูกไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Stuart & Laraia, 2005)

ความกลัวการคลอดทำให้สตรีมีครรภ์วางแผนการคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอด (Saisto & Halmesmaki, 2003) ซึ่งความกลัวการคลอดส่งผลให้อุบัติการณ์ของการคลอดผ่าตัดคลอดสูงขึ้น (Raisanen et al., 2014) จากการศึกษาของ แคมโป-เอนเจลสไตน์ ฮาวแลนด์ พาร์คเกอร์ และเบอร์เชอร์ (Campo-Engelstein, Howland, Parker, & Burcher, 2015) ถึงเหตุผลของการวางแผนการคลอดโดยการผ่าตัดคลอด ใน

สตรีมีครรภ์ชาวสหรัฐอเมริกา เนื่องจากอัตราการผ่าตัดคลอดแบบไม่ฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์มีการวางแผนที่จะคลอดโดยการผ่าตัดคลอดสูงถึง ร้อยละ 48.90 มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์ และต้องการหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับสถานการณ์นั้น การศึกษาของ ชุย และคณะ (Tsui et al., 2006) ในสตรีมีครรภ์ชาวจีน อายุครรภ์ 9-40 สัปดาห์ จำนวน 139 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์มีความต้องการผ่าตัดคลอดเนื่องจากมีความกลัวการคลอด ถึงร้อยละ 22 และการศึกษาเชิงคุณภาพของ เฟนวิก และคณะ (Fenwick, Staff, Gamble, Creedy, & Bayes, 2010) ถึงเหตุผลของความต้องการการผ่าตัดคลอด ในสตรีมีครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยทำการคัดเลือกสตรีมีครรภ์ที่วางแผนการคลอดโดยการผ่าตัดคลอด จำนวน 14 ราย จากสตรีมีครรภ์ทั้งหมด จำนวน 210 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์กล่าวว่าการคลอดทางช่องคลอดเสมือนกับการเผชิญกับเหตุการณ์อันน่าสะพรึงกลัว และก่อให้เกิดอันตรายที่ไม่สามารถคาดเดาได้ การผ่าตัดคลอดจะทำให้ตนเองและทารกมีความปลอดภัยมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด เนื่องจากสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้

เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ความกลัวการคลอดในระดับสูง จะทำให้สตรีมีครรภ์เพิ่มการรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บปวดในขณะคลอด หรือรับรู้ถึงความเจ็บครรภ์ในทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก เนื่องจากความกลัวจะไปกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ให้มีการหลั่งฮอร์โมน catecholamines ในระดับสูง และส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนและส่วนล่างเกิดความตึงตัว และเกิดการทำงานที่ไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนและล่าง โดยปกติแล้วเมื่อการคลอดมีความก้าวหน้ามากขึ้น การหดตัวของมดลูกจะดีขึ้น มดลูกส่วนบนจะหนาและมดลูกส่วนล่างจะบาง และถูกดึงให้ยืดขยาย ทำให้เกิดการเปิดขยายของปากมดลูก ซึ่งการทำงานที่ไม่ประสานกันระหว่างกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนและส่วนล่าง ส่งผลให้การเปิดขยายของปากมดลูกช้าลง กลไกการคลอดจึงหยุดชะงักตามไปด้วย ดังนั้นทำให้เกิดการคลอดล่าช้า เรีกวงจรของกลุ่มอาการนี้ว่า ความกลัว ความตึงเครียด ความเจ็บปวด เป็นวงจรที่ต่อเนื่องกันไป (Lowdermilk et al., 2012)

ความกลัวการคลอดยังส่งผลให้เกิดภาวะการคลอดยาวนาน เพิ่มอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน และการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด (Raisanen et al., 2014) เห็นได้จากการศึกษาของ อดัมส์ อีเบอร์ฮาร์ด-แกรน และอีส์คิลด์ (Adams, Eberhard-Gran, & Eskild, 2012) ถึงความสัมพันธ์ของความกลัวการคลอด กับระยะเวลาในการคลอดทางช่องคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวสวีเดน จำนวน 2,206 ราย โดยประเมินความกลัวการคลอด ที่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ แล้วทำการติดตามระยะเวลาการคลอดของสตรีมีครรภ์กลุ่มนี้ ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์ที่มีความกลัวการคลอด จะมีระยะเวลาในการคลอดยาวนานกว่าสตรีมีครรภ์ที่ไม่มีความกลัวการคลอด การศึกษาของ เฟนวิก แกมเบล นาทาน เบเยส และฮาธ (Fenwick et al., 2009) เกี่ยวกับความกลัวการคลอดต่อผลลัพธ์ของการคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวออสเตรเลีย จำนวน 401

ราย โดยประเมินความกลัวการคลอด ที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวการคลอดในระดับรุนแรงของสตรีมีครรภ์ ส่งผลให้อุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเพิ่มขึ้น และการศึกษาเชิงคุณภาพของ ไรดิงก์ และคณะ (Ryding et al., 1998) เกี่ยวกับความกลัวการคลอด ความวิตกกังวล การเผชิญความเครียด และการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ในสตรีมีครรภ์ชาวสวีเดน จำนวน 1,981 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์ที่มีความกลัวการคลอดในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ จะเพิ่มอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

ความกลัวการคลอดยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ จากวงจรของกลุ่มอาการกลัว-ตื่น-เครียด-เจ็บปวดที่เกิดขึ้น มีการกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนกลุ่ม catecholamines จากต่อมหมวกไต เกิดการหดตัวของหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแดงบริเวณกล้ามเนื้อมดลูกเกิดแรงต้าน ปริมาณเลือดที่ไปยังมดลูกจึงลดลง (Lowdermilk et al., 2012) ปริมาณเลือดที่ลดลงส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปยังรกลดลงเช่นกัน (uteroplacental insufficiency) ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนจากการที่ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกลดลง ทำให้ทารกเกิดภาวะเครียด (Cunningham et al., 2014) ซึ่งอาจส่งผลให้ทารกแรกคลอดมีคะแนนแอฟการ์ด้า เนื่องจากได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอขณะอยู่ในครรภ์ (Melender & Lauri, 1999)

ความกลัวการคลอดนอกจากส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย และทารกในครรภ์แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของสตรีมีครรภ์ และทำให้สตรีมีครรภ์มีอาการแปรปรวน (Rouhe et al., 2011) เห็นได้จากการวิจัยวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ทำการสัมภาษณ์สตรีมีครรภ์ จำนวน 20 ราย ถึงประสบการณ์ของความกลัวการคลอด ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์ที่มีความกลัวการคลอด จะแสดงออกโดยการร้องไห้แต่ไม่กล้าบอกความกลัวของตนเองให้บุคคลอื่นรับรู้ และเมื่อตนเองนึกถึงความกลัวการคลอดจะมีอารมณ์ ความรู้สึกผิดปกติที่ทำให้มีอาการใจสั่น วิงเวียน จนทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้ (Melender & Lauri, 1999) ยิ่งไปกว่านั้น ความกลัวการคลอด ยังส่งผลกระทบต่อความมั่นใจของสตรีมีครรภ์เกี่ยวกับการคลอด จะเห็นได้จากการศึกษาของ โลวี (Lowe, 2000) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอด กับความรู้สึกมั่นใจในการคลอด ของสตรีมีครรภ์ในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ จำนวน 280 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์ที่มีความกลัวการคลอดจะไม่มั่นใจในความสามารถของการคลอดของตนเอง มีความสามารถในการเผชิญความเจ็บครรภ์ได้น้อย ต้องการคลอดโดยการผ่าตัดคลอด และภายหลังคลอดจะมีการรับรู้ถึงประสบการณ์การคลอดในทางลบ นอกจากนี้ สตรีมีครรภ์ที่มีความกลัวการคลอด จะมีความเครียดที่เกิดจากการตั้งครรภ์ ขาดความพึงพอใจต่อการเป็นมารดา มีความต้องการการสนับสนุนอย่างมาก โดยเฉพาะจากสามี รวมถึงรู้สึกว่าการตั้งครรภ์ทำให้ตนเองไม่มีความสุข (Salomonsson et al., 2010)

ความกลัวการคลอดส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของสตรีอย่างต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด (Thomson & Downe, 2008) เห็นได้จากการศึกษาของ โสเดอร์ควิสต์ วิกมา และวิกมา (Soderquist, Wijma, & Wijma, 2006) ถึงความผิดปกติทางด้านจิตใจในระยะหลังคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวสวีเดนที่มีความกลัวการคลอด จำนวน 1,244 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีความกลัวการคลอดในระยะตั้งครรถ์ เมื่อเข้าสู่ระยะหลังคลอดจนถึง 11 เดือน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจในระยะหลังคลอดเพิ่มขึ้น 2.80 เท่า การศึกษาของ โสเดอร์ควิสต์ วิกมา ทอร์เบิร์ต และวิกมา (Soderquist, Wijma, Thorbert, & Wijma, 2009) ถึงความผิดปกติทางด้านจิตใจในระยะหลังคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวสวีเดนที่มีความกลัวการคลอด จำนวน 1,224 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีความกลัวการคลอดในระดับรุนแรงในระยะตั้งครรถ์ จะมีความผิดปกติทางด้านจิตใจในระยะ 1 เดือนหลังคลอดมากขึ้น ถึง 6.20 เท่า และการศึกษาของ ชวอบ มาร์ท และเบอร์เกนท์ (Schwab, Marth, & Bergant, 2012) ถึงความผิดปกติทางด้านจิตใจของสตรีในระยะหลังคลอด จำนวน 56 ราย พบว่า ความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผิดปกติทางด้านจิตใจของสตรีในระยะหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28, p < .05$) นอกจากนี้ ความกลัวการคลอดยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การแสดงบทบาทการเป็นมารดา ความสามารถในการดูแลทารก การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารก รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างคู่สามีภรรยาลดลง (Hofberg & Ward, 2003; Melender & Lauri, 1999)

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาถึงผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากความกลัวการคลอด ในกลุ่มสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยตรง พบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับ ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง อันเนื่องมาจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดขึ้นนั้น เนื่องมาจากการจำกัดกิจกรรม ดังการศึกษาของ โควาซีวิช และคณะ (Kovacevich et al., 2000) ถึงอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (thromboembolic) ในสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้รับการจำกัดกิจกรรม และนอนพักบนเตียงเป็นเวลามากกว่า 3 วัน จำนวน 192 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้ถึง 16 ต่อ 1,000 ในขณะที่สตรีมีครรภ์ที่ไม่ได้จำกัดกิจกรรม และสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเพียง 1 ต่อ 1,000 เท่านั้น การศึกษาของ โพรมิสโลว์ และคณะ (Promislow et al., 2004) ถึงความหนาแน่นของมวลกระดูก ในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับการนอนพักบนเตียง อายุครรภ์ 16-36 สัปดาห์ จำนวน 181 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์มีระดับความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง ถึงร้อยละ 5 และผลการศึกษา โดยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ถึงผลกระทบของการนอนพักบนเตียงในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการจำกัดกิจกรรม และนอนพักบนเตียงมากกว่า 22

ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อลึบ ความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง และน้ำหนักลดลง (Maloni, 2011)

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของสตรี ทำให้สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง มีตอบสนองทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Maloni, 2011) เห็นได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ 'ไลก์เทนทริทท์ และคณะ (Leichtentritt et al., 2005) โดยการสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม ในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชาวอิสราเอล จำนวน 57 ราย พบว่า สตรีมีความรู้สึกโกรธ คับข้องใจ สูญเสีย โดดเดี่ยว วิตกกังวล และรู้สึกกลัว การศึกษาเชิงคุณภาพของ เฮียมาน และแกปทอน (Heaman & Gupion, 1998) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงชาวแคนาดา ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 7-50 วัน อายุครรภ์ 26-39 สัปดาห์ จำนวน 24 ราย พบว่าสตรีมีความรู้สึกเครียด ที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของทารกในครรภ์ อีกทั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้แยกจากจากครอบครัว รวมถึงกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่กำหนดการเข้าเยี่ยม ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และสัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับสามีลดลง

ความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง

การศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการคลอดส่วนใหญ่ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เป็นการศึกษาในกลุ่มสตรีมีครรภ์ปกติ อย่างไรก็ตาม พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการคลอดของสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ซึ่งมีความกลัวการคลอดในระดับสูง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ เทอร์เนอ และคณะ (Turner et al., 2008) ในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงชาวอิตาลี ที่มีประวัติเป็นโรคลมชัก จำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีความกลัวการคลอดระดับรุนแรง ถึงร้อยละ 54 และการศึกษาของ พูลทรัพย์ ลากเจียม (Lapchem, 2007) ในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงชาวไทย ที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีความกลัวการคลอดระดับสูงเช่นกัน ซึ่งการประเมินความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความกลัวการคลอด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอด

เซียสโต และฮาลมีสมากิ (Saisto & Halmesmaki, 2003) อธิบายว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอด เป็นสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้น และส่งผลให้สตรีมีครรภ์เกิดความกลัวการคลอด ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยา และด้านสังคม ปัจจัยด้านชีววิทยา กล่าวถึงความกลัวที่มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์ มีรายงานการศึกษาพบว่า ความกลัวการเจ็บครรภ์มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอด ดังเช่นการศึกษาของ เคียร์การ์ด วิจมา ไคคส์ และอติฮาเกน (Kjaergaard, Wijma, Dykes, & Alehagen, 2008) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอดของสตรีในระยะตั้งครรภ์กับการเจ็บ

ครรภ์ในระยะคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวสวีเดน และเดนมาร์ก อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40, p < .05$) และในประเทศไทย การวิจัยเชิงคุณภาพของ อุษา เชื้อหอม และคณะ (2550) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ถึงความกลัวและความทุกข์ทรมานในระยะคลอด ในสตรีมีครรภ์ จำนวน 20 ราย พบว่า ความรู้สึกกลัว และความทุกข์ทรมานในระยะคลอดมีสาเหตุมาจากการเจ็บครรภ์ และกลัวความยากลำบากในการคลอด

ปัจจัยด้านจิตวิทยา เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพส่วนบุคคลของสตรีมีครรภ์ และทำให้เกิดความกลัวการคลอด คือ ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด และความพึงพอใจในคู่สมรส ดังเช่นการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42, p < .01$) (Korukcu et al., 2010) ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และความวิตกกังวลประจำบุคคลมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Alipour et al., 2011) ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .66, r = .48, p < .01$) (ชวัลรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ, 2556) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .01$) (Lapchem, 2007)

ปัจจัยด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดของสตรีมีครรภ์ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24, p < .05$) (ชวัลรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ, 2556) และการสนับสนุนทางสังคมจากสามี เป็นปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ ($\beta = .14, p < .001$) (Toohill et al., 2014) อย่างไรก็ตาม มีรายงานการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอด ดังการศึกษาของ พุทธิชาติ แก้วยานันท์พร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง (2557) ที่ทำการศึกษาคความกลัวการคลอด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ที่จะเป็นบิดาครั้งที่พากรรยามาฝากครรภ์ จำนวน 85 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า มีปัจจัยอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดที่นอกเหนือจากปัจจัยข้างต้น ได้แก่ เชื้อชาติ สังคม ประเพณี วัฒนธรรม ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ การรับฟังประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด และความรู้สึกไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ มีรายงานการศึกษาพบว่า เชื้อชาติ สังคม ประเพณี วัฒนธรรม ส่งผลให้ความกลัวการคลอดของสตรีมีครรภ์มีความแตกต่างกัน (Hall et al., 2009) เห็นได้จากรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดของสตรีมีครรภ์

ในแต่ละประเทศ ที่มีความกลัวการคลอดในระดับที่แตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ชาวสหรัฐอเมริกา พบว่ามีความกลัวการคลอดในระดับสูง ร้อยละ 25 และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 17.50 (Lowe, 2000) สตรีมีครรภ์ชาวออร์เวย์ มีกลัวการคลอดในระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 7.80 (Nordeng et al., 2012) สตรีมีครรภ์ชาวสวีเดน มีความกลัวการคลอดในระดับรุนแรง ร้อยละ 10 (Ryding et al., 1998) สตรีมีครรภ์ชาวไทย มีความกลัวการคลอดในระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 7.78 และระดับรุนแรง ร้อยละ 38.90 (ชวัลรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ, 2556)

สตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดมากกว่าสตรีครรภ์หลัง (Rouhe et al., 2008; Fenwick et al., 2009) ดังเช่นการศึกษาของ ทูฮิลล์ และคณะ (Toohill et al., 2014) ถึงปัจจัยทำนายด้านจิตสังคมต่อความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวออสเตรเลีย จำนวน 1,410 ราย พบว่า สตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดระดับรุนแรง มากกว่าสตรีครรภ์หลัง คิดเป็นร้อยละ 31 และ 18 ตามลำดับ การศึกษาของ โครูกคู และคณะ (Korukcu et al., 2010) ที่พบว่าสตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดระดับรุนแรง มากกว่าสตรีครรภ์หลัง คิดเป็นร้อยละ 46.60 และ 40 ตามลำดับ การศึกษาของ ศิรินทิพย์ คำมีอ่อน และนิลบลรุจิรประเสริฐ (2557) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุครรภ์ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ และความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวไทย ที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ จำนวน 320 ราย ผลการศึกษาพบว่า ลำดับที่ของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อย่างไรก็ตามการศึกษาของ ไรซานเนน และคณะ (Raisanen et al., 2014) เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวฟินแลนด์ จำนวน 788,317 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีครรภ์หลังมีความกลัวการคลอดมากกว่าสตรีครรภ์แรก คิดเป็นร้อยละ 4.50 และ 2.50 ตามลำดับ

สตรีในระยะใกล้คลอดจะมีความกลัวการคลอดมากขึ้น (Zar, Wijma, & Wijma, 2001) ซึ่งสตรีมีครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมเกี่ยวกับความกลัวการคลอดในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ สตรีมีครรภ์จะรู้สึกถึงความกลัวการคลอดที่กำลังจะเกิดขึ้นในระยะเวลาดังกล่าว และกลัวเกี่ยวกับความปลอดภัยทั้งของตนเองและทารกในกระบวนการคลอด (Sherwen, Scoloveno, & Weingarten, 1999) เห็นได้จากการศึกษาของ เรห์ และคณะ (Rouhe et al., 2008) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอด กับ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ และประวัติทางสูติกรรม ในสตรีมีครรภ์ชาวฟินแลนด์ จำนวน 1,400 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 26 สัปดาห์ มีความกลัวการคลอดระดับต่ำ และความกลัวการคลอดจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น การศึกษาเชิงคุณภาพของ กรรณิการ์ กันธะรักษา (Kantaruksa, 2001) ที่พบว่า เมื่อใกล้ถึงกำหนดคลอดสตรีมีครรภ์จะมีความกลัวเกี่ยวกับการคลอดที่กำลังจะมาถึง มีความกลัวทั้งที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยกลัวว่าตนเองจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์

กลัวการคลอดยาก รวมถึงการตัดช่องทางคลอดหรือ ช่องคลอดฉีกขาดจากการคลอด และกลัวเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์ กลัวว่าบุตรที่เกิดมาจะไม่แข็งแรงและมีความพิการเกิดขึ้น การศึกษาของ กชกร ตัมพวิบูลย์ (Tampawiboon, 2005) ถึงผลของการเตรียมตัวเพื่อคลอดต่อความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์ในกลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอดเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการอภิปรายว่า สตรีมีครรภ์จะมีระดับของความกลัวการคลอดเพิ่มขึ้นเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น และเข้าสู่ระยะใกล้คลอด และการศึกษาของ ศศิธร นามชัยกุล (2541) ถึงภาวะทางจิตสังคมของสตรีมีครรภ์อายุมาก จำนวน 335 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวการคลอดเกิดขึ้นมากที่สุดในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และสตรีมีครรภ์บางรายมีการฝันถึงการคลอดของตนเองที่กำลังจะเกิดขึ้น

สตรีมีครรภ์ที่มีประสบการณ์ทางลบเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ทั้งที่ได้รับฟังจากประสบการณ์ของผู้อื่น หรือประสบกับเหตุการณ์นั้นด้วยตนเอง จะส่งผลให้สตรีมีครรภ์เกิดความรู้สึกกลัวและไม่มั่นใจต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ และเกิดความกลัวการคลอด (Ryding, 1993) ดังเห็นได้จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ ฟิชเชอร์ ฮอก และเฟนวิก (Fisher, Hauck, & Fenwick, 2006) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับบริบททางสังคมที่มีผลต่อความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวออสเตรเลีย จำนวน 22 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับฟังประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดจากบุคคลอื่น ทำให้สตรีมีครรภ์เกิดความกลัวการคลอด อันเนื่องมาจากมีการคาดการณ์ หรือจินตนาการจากคำบอกเล่านั้น การศึกษาของ อูฮา เชื้อหอม และคณะ (Chuahorm et al., 2007) ที่พบว่า สตรีมีครรภ์ที่ได้รับฟังเรื่องราวด้านลบที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด จะยิ่งทำให้มีความกลัวการคลอด และการศึกษาของ ธวัลรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ (2556) ที่พบว่าสตรีมีครรภ์มีความกลัวการคลอด ในระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 7.78 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 78.90 เคยรับฟังประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด รวมถึงคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ที่อาจเกิดกับตนเองและทารกในครรภ์

สตรีมีครรภ์ที่ไม่มีรายได้จากการว่างงาน จะมีความกลัวการคลอดสูงกว่าสตรีมีครรภ์ที่มีรายได้และมีงานทำ (Melender, 2002b) มีรายงานการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์ชาวจีนที่มีงานทำจะมีความกลัวการคลอดน้อยกว่าสตรีที่ไม่มีงานทำ (Tsui et al., 2008) สตรีมีครรภ์ชาวเดนมาร์กที่ไม่มีงานทำ จะมีความกลัวการคลอด เนื่องจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่มั่นคงของสตรี (Laursen et al., 2008) อย่างไรก็ตามการศึกษาของ ไรซานเนน และคณะ (Raisanen et al., 2014) ที่พบว่าสตรีมีครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีก็มีความกลัวการคลอดเช่นกัน

การประเมินความกลัวการคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินความกลัวการคลอดของสตรีในระยะตั้งครรภ์ ดังนี้

1. แบบสอบถามความกลัวการคลอดทางช่องคลอด (Fear of Delivery Questionnaire [FDQ]) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย อเรสโกก (Areskog, 1982 as cited in Saisto et al., 2001) ใช้ประเมินความกลัวการคลอดทางช่องคลอด ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็น เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ร่วมกับต้องการหรือไม่ต้องการการผ่าตัดคลอด หากสตรีมีครรภ์แสดงความเห็นด้วยในข้อความ จำนวน 5 ข้อ ขึ้นไป ร่วมกับความต้องการผ่าตัดคลอด แสดงว่า มีความกลัวการคลอด เชียสโต (Saisto, 2001) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในสตรีมีครรภ์ จำนวน 45 ราย พบว่าแบบสอบถามขาดความเชื่อมั่น จึงได้ทำการศึกษาต่อเนื่องอีกหลายครั้งจนได้ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้

2. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการคลอด (Childbirth Attitudes Questionnaire [CAQ]) ได้รับการปรับปรุงโดย โลวี (Lowe, 2000) แต่เดิมเป็นแบบสอบถามที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย เฮอแมน (Herman, 1988 as cited in Lowe, 2000) ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ลีเคิต 4 ระดับ คะแนนรวมของแบบสอบถามในอยู่ในช่วง 15-60 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความกลัวการคลอดมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความกลัวการคลอดน้อย นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในสตรีมีครรภ์ จำนวน 280 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .83

ในประเทศไทย แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการคลอด ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย กมลทิพย์ ตั้งหลักมงคล เพอร์ริน และ โลวี (Tanglakmankhong, Perrin, & Lowe, 2011) นำไปทดลองใช้ในสตรีมีครรภ์ จำนวน 148 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .90

3. แบบสอบถามความกลัวการคลอดของ อีริกสัน เวสต์แมน และแฮมเบิร์ก (Eriksson, Westman, & Hamberg, 2005) ได้รับการพัฒนาโดย อีริกสัน และคณะ (Eriksson et al., 2005) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในสตรีมีครรภ์ที่มีความกลัวการคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ สูติแพทย์ และนักจิตวิทยา ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อความ จำนวน 18 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราจำแนกความหมาย ประกอบด้วยคำคุณศัพท์ 2 คำที่มีความหมายตรงกันข้ามอยู่ส่วนต้นสุดและส่วนปลายสุด ช่องระหว่างคำคุณศัพท์แบ่งออกเป็น 6 ช่วง เริ่มตั้งแต่ 0-5 คำตอบของมาตรวัดเริ่มจาก ไม่มีเลย จนถึงมากที่สุด และส่วนที่ 2 เป็นข้อความที่ให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความกลัวที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ลีเคิต 4

ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (1) ไม่เห็นด้วยปานกลาง (2) เห็นด้วยค่อนข้างมาก (3) และเห็นด้วยมาก (4)
คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0-90 คะแนน

การแปลผลจากคะแนนรวมของแบบสอบถาม ร่วมกับความถี่การคลอดที่มีผลต่อการใช้
ชีวิตประจำวัน ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 0-45 คะแนน และมีความถี่ที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันในระดับ 1 ถึง
2 หมายถึง มีความถี่การคลอดระดับต่ำ

คะแนนอยู่ในช่วง 45.1-90 คะแนน และมีความถี่ที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันในทุกระดับ
หมายถึง มีความถี่การคลอดระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 45.1-90 คะแนน และมีความถี่ที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันในระดับ 3
ขึ้นไป ในทุกข้อคำถามของแบบสอบถามส่วนที่ 2 หมายถึง มีความถี่การคลอดระดับรุนแรง

ในประเทศไทย พูลทรัพย์ ลาภเจียม (2550) ได้นำแบบประเมินความถี่การคลอดของ
อีริกสัน และคณะ (Eriksson et al., 2005) ไปทดลองใช้ในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่มารับบริการในหน่วยฝาก
ครรภ์ จำนวน 10 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .79
ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าแบบประเมินนี้ยากต่อการนำไปใช้

4. แบบสอบถามความถี่การคลอดของ วิจมา วิจมา และซาร์ (The Wijma Delivery Expectancy/
Experience Questionnaire [W-DEQ]) ได้รับการพัฒนาขึ้น โดย วิจมา และคณะ (Wijma et al., 1998) มี 2
แบบ คือ รูปแบบ A ใช้ประเมินความถี่การคลอดของสตรีระยะตั้งครรภ์ และ รูปแบบ B ใช้ประเมิน
ความถี่การคลอดของสตรีระยะหลังคลอด แบบประเมินความถี่การคลอดของ วิจมา และคณะ
(Wijma et al., 1998) รูปแบบ A ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึงการรับรู้ของสตรีมีครรภ์ ต่อการคลอดที่
กำลังจะเกิดขึ้น ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 33 ข้อ เป็นข้อความทางบวก จำนวน 19 ข้อ และข้อความทางลบ
จำนวน 14 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรจำแนกความหมาย ประกอบด้วยคำคุณศัพท์ 2 คำ ที่มีความหมายตรงกัน
ข้ามอยู่ส่วนต้นสุดและส่วนปลายสุด ช่องระหว่างคำคุณศัพท์แบ่งออกเป็น 6 ช่วง เริ่มตั้งแต่ 1-6 คำตอบ
ของมาตรวัดเริ่มจากไม่มีเลย จนถึงมากที่สุด คะแนนรวมของแบบสอบถามในอยู่ในช่วง 0-165 คะแนน
คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความถี่การคลอดมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความถี่การคลอดน้อย

แบบสอบถามความถี่การคลอดของ วิจมา และคณะ (Wijma et al., 1998) รูปแบบ A
ผ่านการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยนำไป
ทดลองใช้ในสตรีมีครรภ์ จำนวน 196 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ

كرونบาท และการแบ่งครึ่ง ได้เท่ากับ .93 ต่อมา เราห์ และคณะ (Rouhe et al., 2008) นำไปใช้ในการศึกษาความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ จำนวน 1,276 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของكرونบาท ได้เท่ากับ .92 ต่อมา ฮอลล์ และคณะ (Hall et al., 2009) นำไปใช้ในการศึกษาความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ จำนวน 650 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของكرونบาท ได้เท่ากับ .92

ในประเทศไทย แบบสอบถามความกลัวการคลอดของ วิจมา และคณะ รูปแบบ A ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย กชกร ตัมพวิบูลย์ นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้ในสตรีมีครรภ์ จำนวน 10 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของكرونบาท ได้เท่ากับ .88 (Tampawiboon, 2005) ต่อมา ธวัชรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ (2556) นำไปทดลองใช้ในสตรีมีครรภ์ จำนวน 10 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของكرونบาท ได้เท่ากับ .82

5. มาตรวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (Visual Analogue Scales [VAS]) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย เราห์ และคณะ (Rouhe et al., 2008) ลักษณะของมาตรวัดเป็นเส้นตรง ที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ประกอบด้วยคำคุณศัพท์ 2 คำ ที่มีความหมายตรงกันข้าม โดยตำแหน่งซ้ายสุดจะตรงกับความรู้สึก “ไม่มีความกลัวการคลอด” และตำแหน่งขวาสุดจะตรงกับความรู้สึก “มีความกลัวการคลอดมากที่สุด” โดยผู้ที่ถูกประเมินจะทำเครื่องหมายบนเส้นตรง ที่แสดงถึงระดับของความรู้สึกกลัวการคลอด เกณฑ์การให้คะแนน โดยวัดระยะทางที่ได้จากจุดเริ่มต้น จนถึงจุดที่สตรีทำเครื่องหมายบนเส้นตรง มาแทนค่าของความกลัวการคลอด แปลผลโดยการกำหนดจุดตัดที่ระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 5.10 เซนติเมตร ขึ้นไป หมายถึง มีความกลัวการคลอด เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าค่าจุดตัดนี้ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 100 คะแนน ที่วัดจากแบบสอบถามความกลัวการคลอดของ วิจมา และคณะ รูปแบบ A และเป็นระดับที่มีอาการแสดงที่ตอบสนองต่อของความกลัวเกิดขึ้น (clinical of fear)

มาตรวัดความกลัวการคลอด ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาความเท่าเทียมกันของมาตรวัดความกลัวการคลอด กับแบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตรของ วิจมา และคณะ รูปแบบ A โดยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ ไปประเมินความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ชาวฟินแลนด์ จำนวน 1,400 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า แบบวัดทั้ง 2 ชุด มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .70, p < .01$) และผู้วิจัยได้ทำการอภิปรายผลจากการใช้มาตรวัดความกลัวการคลอด ไว้ว่า มาตรวัดความกลัวการคลอดนี้ สามารถนำมาประเมินความกลัวการคลอดได้รวดเร็ว และมีความไวในการประเมินความกลัวการคลอด ถึงร้อยละ 97.80 (Rouhe et al., 2008)

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้มาตรวัดความกลัวการคลอด ที่พัฒนาขึ้น โดย เราห์ และคณะ (Rouhe et al., 2008) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ มีค่าความไวอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก และมีความเหมาะสมสำหรับนำมาใช้ในการประเมินความกลัวการคลอด ในบริบทของสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน และได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากสามารถใช้ประเมินความกลัวการคลอดได้ง่าย และรวดเร็ว

ความวิตกกังวล

ความหมาย และแนวคิดของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลตามแนวคิดของ สปีลเบิร์กเกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1983) หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด กระวนกระวาย และรู้สึกไม่แน่ใจ ที่เกิดจากการคาดคะเนหรือประเมินสิ่งเร้าว่าเป็นสิ่งคุกคาม และจะทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งที่มาคุกคามนั้นอาจมีอยู่จริงหรือเป็นสิ่งที่เกิดจากการคาดการณ์ จึงทำให้เกิดกระบวนการ ทางความคิด และเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ สรีรวิทยา ซึ่งบุคคลจะประเมินหรือคาดคะเนได้แตกต่างกันไปแล้วแต่การรับรู้และการคิดของแต่ละบุคคล โดยความวิตกกังวลมีความแตกต่างกับความกลัวการคลอดในสิ่งเร้าที่มากกระทบ โดยความวิตกกังวลเกิดจากสิ่งเร้าที่ไม่มีความเฉพาะเจาะจง ไม่สามารถระบุถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความกังวลได้ ส่วนความกลัวเกิดจากสิ่งเร้าที่มีความเฉพาะเจาะจง สามารถระบุได้ถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความกลัวได้ เช่น กลัวการผ่าตัด กลัวพายุ กลัวถูกไล่ออกจากงาน รวมถึงกลัวการคลอด เป็นต้น (Frisch & Frisch, 2002)

ความวิตกกังวลเป็น 2 ลักษณะ คือ ได้แก่ ความวิตกกังวลแบบแฝง (trait anxiety) และความวิตกกังวลแบบเผชิญ (state anxiety) (Spielberger & Sydeman, 1994) ดังนี้

1. ความวิตกกังวลแบบแฝง (trait anxiety) คือ ความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล เป็นความวิตกกังวลที่มีลักษณะคงที่ จนเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (personal trait) มักเกิดกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป และมีระดับความรุนแรงต่ำ ความวิตกกังวลแบบแฝงจะไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลแบบเผชิญ โดยเมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือจะเป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงอยู่ในระดับสูง บุคคลนั้นจะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรืออันตรายได้เร็ว และมากกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงอยู่ในระดับต่ำ

2. ความวิตกกังวลแบบเผชิญ (state anxiety) คือ ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเพื่อสนองตอบต่อสถานการณ์เฉพาะ โดยเมื่อมีสิ่งใดที่จะทำให้เกิดความไม่พอใจ หรือเกิด

อันตรายมากกระตุ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถสังเกตเห็นได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงความเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติตื่นตัว และอาการตอบสนองเหล่านี้คงอยู่ในระยะเวลาอัน ผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบเผชิญหน้ามักเป็นผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ความวิตกกังวลแบบเผชิญหน้าหรือความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด กระวนกระวาย และรู้สึกไม่แน่ใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Peplau, 1963 as cite in Stuart & Laraia, 2005) ดังนี้

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (mild anxiety) เป็นระดับที่ทำให้บุคคลมีความตื่นตัว ทำให้การรับรู้กว้างขึ้น การเรียนรู้ดีขึ้น มีความคิดสร้างสรรค์ และรู้จักวิธีการแก้ปัญหา
2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety) เป็นระดับที่ทำให้บุคคลมีความตื่นตัว แต่เกิดการรับรู้แคบลง ทำให้ทำความเข้าใจและมองเห็นความสัมพันธ์ของปัญหาต่างๆ ลดลง มีความสนใจจำกัด และเลือกสนใจเฉพาะสิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหรือสิ่งที่จะช่วยให้เกิดความสบายใจ ยังคงสามารถแก้ไขปัญหาได้ แต่ต้องควบคุมสมาธิมากขึ้น และร่างกายมีการตอบสนองทางสรีรวิทยา
3. ความวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety) เป็นระดับที่ทำให้บุคคลคิดหรือมองสิ่งต่างๆ แปรปรวนไปจากความเป็นจริง มีความคิดหมกมุ่น ความจำและสมาธิเสียไป บกพร่องในบทบาทหน้าที่ และมีการตอบสนองทางสรีรวิทยาเพิ่มขึ้น
4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (panic anxiety) เป็นระดับที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้บกพร่องและบิดเบือนไปจากความเป็นจริง มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เช่น ตื่นตระหนก เกรี้ยวกราด ควบคุมตนเองได้น้อย ประสาทหลอน ซึมเศร้า เป็นต้น

ผลกระทบของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม (Stuart & Laraia, 2005) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี และสรีรวิทยา ความวิตกกังวลจะกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตส่วนใน คือ epinephrine และ nor-epinephrine รวมกันเรียกว่า ฮอร์โมนกลุ่ม catecholamines ซึ่งจะถูกปล่อยเข้าไปในหลอดเลือด จับกับ

ตัวรับสัญญาณบนเยื่อหุ้มเซลล์และออกฤทธิ์ในอวัยวะเป้าหมาย ได้แก่ ตับ หัวใจ และหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่บริเวณผิวหนัง ช่องท้อง และอวัยวะภายในต่างๆ หดตัวหรือบีบตัว ทำให้เลือดจากระบบผิวหนัง ช่องท้อง ถ้าได้ กระทบอาหาร และบริเวณมดลูกไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

2. ด้านอารมณ์ บุคคลเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น ตึงเครียด และกลัว ซึ่งบุคคลอาจแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ เช่น ตกใจง่าย หงุดหงิด โกรธ กระสับกระส่าย โศกเศร้า เสียใจ ร้องไห้ เป็นต้น

3. ด้านความคิด ความจำ และการรับรู้ บุคคลจะมีประสิทธิภาพด้านความคิด ความจำ และการรับรู้ลดลง ซึ่งแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ เช่น สับสน ตัดสินใจช้า ความคิดไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น

4. ด้านพฤติกรรม บุคคลจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย กระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง ความรู้สึกคุ้นเคยไม่เป็นมิตร มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง เป็นต้น

ความวิตกกังวลของสตรีมีครรภ์

สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น เห็นได้จากการศึกษาของ แม็กเคน และเดียทริก (McCain & Deatrick, 1994) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ถึงประสบการณ์ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 7-24 วัน ในสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก และจำกัดกิจกรรมบางส่วน จำนวน 21 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีความวิตกกังวลที่เกิดจากการถูกจำกัดกิจกรรม ซึ่งจากเดิมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ แต่ภายหลังจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความจำเป็นต้องนอนพักและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบนเตียง ทั้งการรับประทานอาหาร การนอนหลับ และการขับถ่าย จึงทำให้มีความกังวลอย่างมากและการศึกษาของ โลก์เทนท์ทริทท์ และคณะ (Leichtentritt et al., 2005) โดยการสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม ในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชาวอิสราเอล จำนวน 57 ราย พบว่า อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสตรีกลุ่มนี้ ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ คับข้องใจ สูญเสีย โดดเดี่ยว วิตกกังวล และรู้สึกกลัว อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ มาโลนิ และคณะ (Maloni et al., 2002) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง จำนวน 63 ราย ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การประเมินความวิตกกังวล

แบบประเมินความวิตกกังวลของ สปีลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1983 อ้างใน ดาราวรรณ ติะปินตา, 2534) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง แบ่งเป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ชุดฉาย-1 หรือ state anxiety, A-state (STAI From Y-1) และ

แบบสอบถามความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล ชุดวาย-2 หรือ trait anxiety, A-trait (STAI Form Y-2) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวล จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และแบบสอบถามความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล อย่างละ 20 ข้อ แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ เป็นข้อความทางด้านบวกและลบ ด้านละ 10 ข้อ และแบบสอบถามความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล เป็นข้อความทางด้านบวก จำนวน 9 ข้อ และด้านลบ จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด ตามลำดับ คะแนนรวมของแบบสอบถามในแต่ละส่วนอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก และคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลน้อย

แบบประเมินความวิตกกังวลของ สปีลเบิร์กเกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1983 อ้างใน ดารารวรรณ ต๊ะปีนตา, 2534) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ และ จิน แบรี่ และทำการปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจนด้านภาษา และความหมายทางจิตวิทยาโดย สม โภชน์ เอี่ยมสุภายัต ซึ่ง ดารารวรรณ ต๊ะปีนตา (2534) ได้นำแบบสอบถามฉบับนี้ไปทดลองใช้ในพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วย เอดส์ จำนวน 18 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .90 ในระยะต่อมา มีรายงานการศึกษาถึงการนำแบบสอบถามความวิตกกังวลฉบับนี้ ไปใช้ในการศึกษาความวิตกกังวลในสตรีมีครรภ์ ดังเช่นการ ศึกษาของ ฐิรรัตน์ มงคลเทพ ณีวี เบาทรวง และจันทรัตน์ เจริญสันติ (2554) ที่นำแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ไปทดลองใช้ในสตรีมีครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .84 การศึกษาของ ฐิรรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ (2556) ที่นำแบบสอบถามความวิตกกังวลทั้งต่อสถานการณ์ และประจำตัวบุคคล ไปทดลองใช้ในสตรีมีครรภ์ จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ เท่ากับ .87 และแบบสอบถามความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล เท่ากับ .91

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความกลัวการคลอด

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ปกติ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ โครุกคู และคณะ (Korukcu et al., 2010) ที่ทำการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวตุรกี อายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์ จำนวน 690 ราย ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42, p < .01$) การศึกษาของ อริพอร์ และคณะ (Alipour et al., 2011) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล กับความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวอิหร่าน อายุครรภ์ 28 และ 38

สัปดาห์ จำนวน 156 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ สตรีมีครรภ์ที่มีความวิตกกังวลทั้งต่อสถานการณ์และประจำตัวบุคคล จะมีโอกาสเกิดความกลัวการคลอด มากกว่าสตรีมีครรภ์ที่ไม่มีความวิตกกังวลถึง 5.40 เท่า และการศึกษาของ ฮอลล์และคณะ (Hall et al., 2009) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ กับความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวออสเตรเลีย อายุครรภ์ 35-39 สัปดาห์ จำนวน 650 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54, p < .001$) ในประเทศไทยการศึกษาของ ธวัชรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ (2556) ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ จำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .66, r = .48, p < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบเพียงการศึกษาเชิงคุณภาพที่สะท้อนให้เห็นว่าสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความกังวลเกิดขึ้น ดังการศึกษาของ แม็กเคน และเดย์ทริก (McCain & Deatrick, 1994) ที่พบว่าสตรีมีความวิตกกังวลที่เกิดจากการถูกจำกัดกิจกรรม จึงทำให้มีความกังวลอย่างมาก และการศึกษาของ ไลก์เทนทริทท์ และคณะ (Leichtentritt et al., 2005) ที่พบว่าอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ คับข้องใจ สูญเสีย โดดเดี่ยว วิตกกังวล และรู้สึกกลัว ดังนั้น ความวิตกกังวลอาจมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การสนับสนุนทางสังคม

ความหมาย แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและก่อให้เกิดความรัก ความห่วงใย ความผูกพัน ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือต่างๆ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ เช่น คู่สมรส เพื่อน เครือญาติ เป็นต้น
2. กลุ่มที่ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือที่มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ และมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง เช่น บุคลากรสุขภาพ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

การสนับสนุนและการช่วยเหลือบุคคล ตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการแสดงถึงความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ จากผู้ที่ให้การช่วยเหลือ พฤติกรรมในการสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การรับฟังอย่างตั้งใจ การใช้เวลาในการดูแล การอยู่เป็นเพื่อนในสถานการณ์ที่เครียด การให้กำลังใจ การปลอบใจ รวมทั้งการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปโดยไม่ได้มุ่งไปที่ปัญหาโดยเฉพาะ เป็นต้น
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการให้ข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็น การให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ รวมถึงการให้ทางเลือกและให้ข้อมูลความรู้แก่บุคคลที่เผชิญกับปัญหา เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง พฤติกรรมในการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้ข้อมูลความรู้อย่างชัดเจนในปัญหาที่เกิดขึ้น การให้ข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็น การให้ทางเลือก เป็นต้น
3. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติ ส่วนบุคคล ตลอดจนสิ่งของเครื่องใช้ เงิน แรงงาน เวลา เพื่อลดสิ่งก่อความเครียดในบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือ พฤติกรรมในการสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น การให้ความช่วยเหลือทางวัตถุสิ่งของหรือการให้บริการ การจัดสภาพแวดล้อม การเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติ การช่วยเหลือและตรวจสอบความถูกต้องในการปฏิบัติ การส่งต่อที่เหมาะสม การดูแลช่วยเหลือทางการเงิน เป็นต้น
4. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการถ่ายทอดข้อมูลที่ส่งผลต่อการสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการให้การยอมรับและชมเชยในพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ มีเป้าหมายเพื่อการให้ข้อมูลย้อนกลับของบุคคลในผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ การยืนยันในผลลัพธ์ ตลอดจนการเปรียบเทียบผลลัพธ์เพื่อการประเมินคุณค่าของตนเอง พฤติกรรมในการสนับสนุนด้านการประเมินค่า เช่น การสะท้อนให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ความเอาใจใส่ ความห่วงใย ความเต็มใจช่วยเหลือ เป็นต้น

ผลของการสนับสนุนทางสังคม

ผลของการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) ดังนี้

1. ผลโดยตรงต่อสุขภาพ ทำให้บุคคลมีการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กัน เป็นการเพิ่มโอกาสของการได้รับการช่วยเหลือ บุคคลจะได้รับสิ่งต่างๆ ที่เป็นความต้องการพื้นฐาน เช่น ความรัก การยอมรับ สิ่งของ เงินทอง ข้อมูล เป็นต้น ทำให้บุคคลได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
2. ผลโดยตรงต่อการลดความเครียดจากการทำงาน กิจกรรมต่างๆ ตลอดจนความเครียดจากสาเหตุอื่น ทำให้บุคคลประเมินความรุนแรงของความเครียดลดลง ประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้องตามความเป็นจริง นำไปสู่แรงจูงใจ เกิดความพึงพอใจในงานหรือกิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติ
3. ลดผลกระทบต่อสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นกันชนของความเครียดที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลด้านลบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยการปรับเปลี่ยนปฏิภริยาที่มีต่อกันระหว่างความเครียดกับสุขภาพให้ลดความรุนแรงลง

การสนับสนุนทางสังคมของสตรีมีครรภ์

สตรีมีครรภ์มีความต้องการการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังจะเห็นได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพของ มีเลนเดอ (Melender, 2002a) เกี่ยวกับความกลัวการคลอดและการปรับตัวกับความกลัวการคลอด โดยการสัมภาษณ์สตรีมีครรภ์ชาวฟินแลนด์ จำนวน 20 ราย พบว่า สตรีมีครรภ์มีการแสวงหาการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมของตนเอง เพื่อสนทนเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนสตรีมีครรภ์ส่วนใหญ่ คือ สามี มารดา และบุคคลภายในครอบครัว สตรีมีครรภ์บางรายมีการแสวงหาเครือข่ายทางสังคมจากแหล่งอื่น คือ เพื่อน สตรีมีครรภ์และบุคลากรสุขภาพ การศึกษาของ ศศิธร นามวิชัยกุล (2541) ถึงภาวะจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ของสตรีมีครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่าสตรีมีครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะสามารถเผชิญกับสิ่งต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ คือ สามี ครอบครัว ญาติ และเพื่อนสนิท และการวิจัยเชิงคุณภาพของ อุษา เชื้อหอม และคณะ (2550) ถึงการรับรู้ต่อการคลอดของหญิงไทยที่คลอดเป็นครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์รับรู้ว่าการคลอดเป็นเรื่องน่ากลัวและทุกข์ทรมาน มีความต้องการการสนับสนุนด้านกำลังใจโดยเฉพาะจากสามี ครอบครัว และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมของสตรีมีครรภ์เลี้ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยตรง พบเพียงการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับประสบการณ์ของสตรีมีครรภ์เลี้ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สะท้อนให้เห็นว่า สตรีเหล่านี้มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและ

สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับสามีลดลง ดังการศึกษาของ เฮียแมน และแกปทอน (Heaman & Gupton, 1998) ที่พบว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกว่าคุณถูกแยกจากครอบครัว ส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และสัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับสามีลดลง

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ได้รับการปรับปรุงโดย จีราวรรณ นิรมิตภาย (2551) แต่เดิมแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมฉบับนี้ ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์ (House, 1981) เพื่อนำไปศึกษาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในสตรี โรคเบาหวานที่หมดประจำเดือน ต่อมา จีราวรรณ นิรมิตภาย (2551) ได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) มาทำการปรับปรุงให้มีความเหมาะสม เพื่อนำไปศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในสตรีมีครรภ์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของสตรีมีครรภ์ทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า ด้านละ 5 ข้อ รวมข้อความทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความทางด้านบวก จำนวน 17 ข้อ และด้านลบ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่จริง เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ คะแนนรวมของแบบสอบถามในอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และคะแนนรวมน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น โดย กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความถูกต้องในการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ สตรีศาสตร์ ตรีเวชวิทยา สุขศึกษา พฤติกรรมศาสตร์ และสาธารณสุข แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามฉบับนี้ไปทดลองใช้ในสตรี โรคเบาหวานที่หมดประจำเดือน จำนวน 30 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .88

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในการประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของสตรีมีครรภ์ โดย จีราวรรณ นิรมิตภาย (2551) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความถูกต้องในการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในสตรีมีครรภ์อายุมาก จำนวน 10 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .75 และเมื่อ

นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ฉบับนี้ ไปทำการศึกษาในสตรีมีครรภ์อายุมาก จำนวน 100 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .93 ซึ่งต่อมา ฐวัลรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ (2556) นำไปทดลองใช้ในสตรีมีครรภ์ จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .88

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความกลัวการคลอด

มีรายงานการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ปกติ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ทูฮิลล์ และคณะ (Toohill et al., 2014) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวออสเตรเลีย ในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ จำนวน 1,410 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายความกลัวการคลอด ($\beta = .14, p < .001$) การศึกษาของ ลอร์สัน และคณะ (Lausen et al., 2008) ถึงปัจจัยทำนายความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวเดนมาร์ก จำนวน 30,480 ราย พบว่าสตรีมีครรภ์ที่มีเครือข่ายทางสังคมน้อย จะมีความกลัวการคลอด การศึกษาของ เซียสโต และคณะ (Saisto et al., 2001) ถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านจิตวิทยากับความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์และสามี จำนวน 278 ราย พบว่า สตรีมีครรภ์ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อด้านจิตใจ และทำให้มีความกลัวการคลอด การวิจัยเชิงคุณภาพของ มีเลนเดอร์ (Melender, 2002a) เกี่ยวกับความกลัวและการปรับตัวกับความกลัวการคลอด โดยการสัมภาษณ์สตรีมีครรภ์ชาวฟินแลนด์ จำนวน 20 ราย พบว่า สตรีมีครรภ์มีการแสวงหาการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมของตนเอง เพื่อสนทนากับความรู้สึที่เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งเครือข่ายทางสังคมที่ทำให้การสนับสนุนส่วนใหญ่ คือ สามี มารดา และบุคคลภายในครอบครัว สตรีมีครรภ์บางรายมีการแสวงหาเครือข่ายทางสังคมจากแหล่งอื่น คือ เพื่อน สตรีมีครรภ์ และบุคลากรสุขภาพ และการศึกษาของ ไรซานเนน และคณะ (Raisanen et al., 2014) เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์ชาวฟินแลนด์ จำนวน 788,317 ราย พบว่าสตรีมีครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีความกลัวการคลอด ในประเทศไทย การศึกษาของ ฐวัลรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ (2556) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการคลอดในสตรีมีครรภ์ปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24, p < .05$) อย่างไรก็ตามมีรายงานการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอด ดังการศึกษาของ พุทธชาติ แก้วยา และคณะ (2557) ถึงความกลัวการคลอดในผู้ที่จะเป็นบิดาครั้งแรก และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ที่จะเป็นบิดาที่พารรยามารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ จำนวน 85 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความกลัวการคลอด ในสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบเพียงการศึกษาของ พูลทรัพย์ ลาภเจียม (Lapchem, 2007) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรถ์ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความกลัวการคลอดของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูง ที่มารับบริการในหน่วยฝากครรถ์ จำนวน 150 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมร่วมกับระดับการศึกษา สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรถ์ ได้ร้อยละ 12 ($r^2 = .12$, $p < .05$) ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรถ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33$, $p < .01$) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรถ์ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความกลัวการคลอด ได้ร้อยละ 10.50 ($r^2 = .10$, $p < .001$) และการศึกษาของ จิราวรรณ นิรมิตเกษ (2551) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านจิตสังคมของสตรีมีครรภ์อายุมาก ที่มารับบริการในหน่วยฝากครรถ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านจิตสังคมของสตรีมีครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .59$, $p < .001$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมอาจมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความกลัวการคลอดของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงจะมีความกลัวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งตนเอง และทารกในครรภ์ โดยศึกษาความกลัวการคลอด ตามแนวคิดของ วิจมา และคณะ (Wijma et al., 1998) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอด ตามแนวคิดของ เซียสโต และฮาล์มสมากิ (Saisto & Halmesmaki, 2003) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอด คือ ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ตามแนวคิดของ สปีลเบอร์กเกอร์ และคณะ (1983) และการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอด ของสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยสตรีที่มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์มาก อาจทำให้สตรีมีความกลัวการคลอดมาก และหากสตรีได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก อาจทำให้สตรีมีความกลัวการคลอดน้อย