

ปัจจัยทำนaylorรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก



สายฝน บ่อชน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก

.....
สัจฉรา บ่อชน

นางสาวสัจฉรา บ่อชน

ผู้วิจัย

.....
D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี,

D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
Ph.D. (Nursing)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรัสศรี ธีระกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี,

D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

ประธานหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จอันเนื่องมาจากการได้รับความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ขนบดี ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสศรี ชีระกุลชัย กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำชี้แนะจนกระทั่ง วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ และขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล และ รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์ ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้ เป็นเล่มวิทยานิพนธ์ที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ประนอม ภูศรีทอง อาจารย์ ดร.ปรานิ ป้องเรือ และคุณนันทน์หทัย วรรณทิม ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านที่ให้คำแนะนำปรับแก้ไข และตรวจสอบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณโรงพยาบาลรามาริบดีที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณพยาบาลประจำการและเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยฝากครรภ์ที่ให้คำแนะนำ และความร่วมมือน ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลา ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จนทำให้การวิจัยในครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ สามารถ นำมาพัฒนาทั้งทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และการวิจัยเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อ สตรีครรภ์แรก ที่สำคัญขอกราบขอบพระคุณมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑาทิพย์ กมลาศน์ สมาคมพยาบาล แห่งประเทศไทยที่ส่งเสริม และสนับสนุนทุนการศึกษาบางส่วน ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น และรุ่นพี่ ในสาขาวิชาการผดุงครรภ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกคน ที่เป็นกำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุนตลอดมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และน้องชายที่เข้าใจ ให้กำลังใจ และ คอยช่วยเหลือสนับสนุน จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง

สายฝน บ่อชน

ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก

FACTORS PREDICTING CHILDBIRTH SELF-EFFICACY OF FIRST-TIME PREGNANT WOMEN

สายฝน บ่อชน 5836850 RAMY/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จันทิมา ขนบดี, D.S.N. (MATERNAL AND CHILD NURSING), จรัสศรี
ธีระกุลชัย, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์เป็นต้นไป ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามารักษ์ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึง 6 มีนาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 100 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความวิตกกังวลในการคลอด แบบประเมินความกลัวการคลอด และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก ได้แก่ ความกลัวการคลอด ($\beta = -.31, p < .05$) ความวิตกกังวลในการคลอด ($\beta = -.26, p < .05$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .20, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 37 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษานี้ คือ พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ซึ่งได้แก่ ความกลัวการคลอด ความวิตกกังวลในการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมให้สตรีครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่ดี

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด สตรีครรภ์แรก

FACTORS PREDICTING CHILDBIRTH SELF-EFFICACY OF FIRST-TIME PREGNANT WOMEN

SAIFON BOUCHON 5836850 RAMY/M

M.N.S. (MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHANTIMA KHANOBDEE, D.S.N. (MATERNAL AND CHILD NURSING), JARATSRI THEERAKULCHAI, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the predictors of childbirth self-efficacy of first-time pregnant women by using Bandura's self-efficacy theory as the conceptual framework. The subjects consisted of 100 first-time pregnant women with gestational age was greater than, or equal to 32 weeks who attended antenatal clinic at Ramathibodi hospital from December 1, 2016 to March 6, 2017. The samples were selected by purposive sampling based on the inclusion criteria. The research instruments were composed of the Demographic Data Questionnaire, the Questionnaire on Pain Management Experience during Pregnancy, the Childbirth Knowledge Measurement Scale, the Social Support Measurement, the Childbirth Anxiety Assessment Form, the Thai Childbirth Attitudes Questionnaire and the Thai Childbirth Self-Efficacy Inventory. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were used for data analysis.

The findings revealed that the factors could predict childbirth self-efficacy of first-time pregnant women included fear of childbirth ($\beta = -.31, p < .05$), childbirth anxiety ($\beta = -.26, p < .05$) and social support ($\beta = .20, p < .05$) which were able to jointly explain 37 percent of the variances of childbirth self-efficacy in first-time pregnant women ($p < .05$).

This study findings suggest that nurse-midwives should assess the influencing factors of childbirth self-efficacy in first-time pregnant women and design nursing care plan to improve first-time pregnant women's ability to cope with childbirth.

KEY WORDS: CHILDBIRTH SELF-EFFICACY / FIRST TIME PREGNANT WOMEN

159 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการทำวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	11
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก	11
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก	19
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	45
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	45
สถานที่ในการศึกษา	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	60
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	65
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	78
ข้อจำกัดในการวิจัย	80
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	80
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	82
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	98
บรรณานุกรม	114
ภาคผนวก	125
ประวัติผู้วิจัย	159

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้านอายุ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์	61
4.2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด ความกลัวการคลอด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	63
4.3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ในการทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของสตรีครรภ์แรก	64

สารบัญรูปภาพ

แผนภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
2.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม	12
2.2 แสดงความสัมพันธ์ของความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและการคาดหวัง ในผลลัพธ์	13

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงชีวิตของสตรี การคลอดอาจกล่าวได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะในสตรีครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน จึงไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากสถานการณ์การคลอด และอาจเกิดความรู้สึกว่าการคลอดเป็นสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน แม้ว่าการคลอดจะเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่การที่สตรีครรภ์แรกขาดประสบการณ์ ร่วมกับการได้รับฟังข้อมูลทั้งในทางที่ดี และไม่ดีจากบุคคลอื่นจึงอาจมีอิทธิพลต่อความรู้สึกของสตรีครรภ์แรก ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล และความกลัวการคลอด สตรีครรภ์แรกจะมีความกลัวการคลอด มากกว่า สตรีครรภ์หลัง และมีความวิตกกังวลในการคลอดระดับสูง ความกลัวและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้ กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติของร่างกายให้มีการหลั่งฮอร์โมนความเครียดจึงมีผลทำให้เกิดความปวดในระยะคลอดมากขึ้น ระยะเวลาการคลอดยาวนานขึ้น และไม่สามารถควบคุมตนเองในระยะคลอดได้ ทั้งหมดนี้ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี มีผลต่อความรู้สึก และสภาพจิตใจที่ไม่ดีในการตั้งครรภ์ และการคลอดในครั้งต่อไป (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา วิชกุล, และ อารีรัตน์ วิเชียรประกา, 2553; จารุพร เพ็ชรอยู่, 2555; ธวัชรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย, นันทพร แสนศิริพันธ์, และ กรรณิการ์ กันชะรักษา, 2556; มาณี จันทร์โสภา, จวี เบาทรวง, และ สุกัญญา ปริสัณญกุล, 2555; วิไลพร สมานกลีกรณ, วรางคณา ชัชเวช, สุริยพร กฤษเจริญ, วชิร จงไพบูลย์พัฒนะ, และ กัลยาณี บุญสิน, 2559; Dick-Read, 1984; Fenwick, Gamble, Nathan, Bayes, & Hauck, 2009; Lowe, 1991; Melander, 2002) การทบทวนวรรณกรรมพบว่าการที่สตรีครรภ์แรกจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์นี้ได้ อย่างราบรื่น และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเป็นหนึ่งในปัจจัยเหล่านั้น (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ, 2553; Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008; Christiaens & Bracke, 2007; Drummond & Rickwood, 1997; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Karlstrom, Nystedt, & Hildingsson, 2015; Larkin, Begley, & Devane, 2009; Lowe, 2000; Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของสตรีครรภ์แรกในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการและเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆในระยะคลอด

โดยสตรีครั้งแรกที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดระดับสูง จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่มีความเครียดได้ดี และมีการแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าสามารถทำได้ ส่งผลต่อการควบคุมตนเองในระยะคลอด เช่น การปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ในการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการคลอดที่ดีทั้งต่อมารดา และทารก (Bryanton et al., 2008; Christiaens & Bracke, 2007; Drummond & Rickwood, 1997; Karlstrom et al., 2015; Larkin et al., 2009; Lowe, 1991, 2000; Goodman et al., 2004; Waldenstrom et al., 2004) ในทางตรงกันข้ามสตรีครั้งแรกที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดระดับต่ำ จะไม่มีแรงจูงใจเพื่อพยายามปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด โดยจะพยายามหลีกเลี่ยง หรือหยุดการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้น ซึ่งส่งผลต่อความต้องการใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอด และการตัดสินใจผ่าตัดคลอดบุตรเพิ่มมากขึ้น (วันเพ็ญ ไสยมรรคา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และ สุพรรณ อึ้งปัญญสังวรงค์, 2555; Berentson-Shaw, Scottb, & Jose, 2009; Lowe, 1991, 2000; Melander, 2002) นอกจากนี้สตรีครั้งแรกที่ขาดความมั่นใจในการคลอดหรือไม่รับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด จะมีผลลัพธ์ของการคลอดที่ไม่ดี อันได้แก่ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี และไม่มี ความพึงพอใจในการคลอด ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาว (Christiaens & Bracke, 2007; Drummond & Rickwood, 1997; Karlstrom et al., 2015; Lowe, 2000) เช่น ปัญหาการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก (Reisz, Jacobvitz, & George, 2015) ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง มีทัศนคติต่อการคลอดที่ไม่ดี เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หรือเกิดความผิดปกติที่เกิดจากความเครียดในสถานการณ์การคลอดบุตร (posttraumatic stress disorder) เป็นต้น (Larkin et al., 2009; Goodman et al., 2004; Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดสามารถพัฒนาได้จากแหล่งข้อมูลการเรียนรู้ 4 แหล่ง (source of self-efficacy information) ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ดังนี้ แหล่งข้อมูลแหล่งที่ 1 คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จในอดีต (enactive mastery experience) เช่น ประสบการณ์การคลอดในอดีต สตรีครั้งแรกนั้นไม่เคยผ่านประสบการณ์การคลอดมาก่อน จึงไม่สามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากการเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดในอดีตที่อยู่ในแหล่งข้อมูลแหล่งแรก (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991, 2000) ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่าประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จในอดีตเป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แต่การทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครั้งแรก คือ ประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ เช่น อาการปวดหลัง (back pain) อาการปวดจากการหดตัวของมดลูก (Braxton Hicks contractions) โดยพบว่าความสำเร็จจากประสบการณ์การจัดการ

ความปวดที่ผ่านมาในระยะตั้งครรภ์ส่งผลให้สตรีครรภ์แรกสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการกับความปวดในระยะคลอดได้ (Lowe, 1991; Schwartz et al., 2015; Sun, Hung, Chang, & Kuo, 2010)

แหล่งข้อมูลแหล่งที่ 2 คือ การเรียนรู้จากการสังเกตแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของบุคคลอื่น (vicarious experience) เช่น จากหนังสือ การเรียนรู้จากห้องเรียนในแผนกผดุงครรภ์ สื่อต่างๆ หรือจากบุคคลที่เคยผ่านประสบการณ์การคลอดมาก่อน แหล่งข้อมูลแหล่งที่ 3 คือ การโน้มน้าวด้วยคำพูดจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) เช่น จากครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ การทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับแหล่งข้อมูลในแหล่งที่ 2 และแหล่งที่ 3 คือ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 2000; Schwartz et al., 2015) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้ (Attanasio, McPherson, & Kozhimannil, 2014; Gibbins & Thomson, 2001; Ip, Tang, & Goggins, 2009; Iravani, Zarean, Janghorbani, & Bahrani, 2015; Sercekus & Baskale, 2016; Taheri, Mazaheri, Khorsandi, Hassanzadeh, & Amiri, 2014; Toohill et al., 2014; Vasegh-Rahimparvar, Hamzehkhani, Geranmayeh, & Rahimi, 2012)

แหล่งข้อมูลแหล่งที่ 4 คือ สภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่าบุคคลจะประเมินความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมจากสภาพร่างกาย และสภาวะอารมณ์ โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ หรือความรู้สึกนึกคิด เช่น เมื่อเกิดความวิตกกังวล หรือความกลัว ร่างกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนความเครียด ที่มีผลต่อความสามารถในการรับรู้ และการจดจำ จึงอาจมีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การปฏิเสธ หรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้น อันเป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2553; Bandura, 1997; Carlsson, Ziegert, & Nissen, 2015; Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991, 1993, 2000; Schwartz et al., 2015) จากหลายการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกจากแหล่งข้อมูลสภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) คือ ความกลัวการคลอด (Lowe, 2000; Salomonsson, Gullberg, Alehagen, & Wijma, 2013) ความวิตกกังวลในการคลอด (Beebe, Lee, Carrieri-Kohlman, & Humphreys, 2007; Sieber, Germann, Barbir, & Ehler, 2006) สภาวะอารมณ์ (Nierop, Wirtz, Bratsikas, Zimmermann, & Ehler, 2008) และความผิดปกติของสภาพจิตใจ (Carlsson et al., 2015) ซึ่งพบว่าสตรีครรภ์แรกที่มีความวิตกกังวลในการคลอด และมีความกลัวการคลอดระดับสูง จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับต่ำ (Ayers & Pickering, 2005; Carlsson et al., 2015; Lowe, 2000; Sercekus & Baskale, 2016; Salomonsson, Bertero, & Alehagen, 2013) การทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า สตรีครรภ์แรก

ที่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่ดี และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดลดลง ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มขึ้น (Gibbins & Thomson, 2001; Iravani et al., 2015; Salehi, Fahami, & Beigi, 2016; Tohill et al., 2014) จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจึงกล่าวได้ว่ามีความเกี่ยวข้องกับแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง (source of self-efficacy information) ในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา และยังมีผลต่อการเพิ่มหรือลดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าที่ผ่านมาการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประสิทธิภาพการจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก แม้พบว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก แต่มีบางการศึกษาที่พบว่า ประสิทธิภาพการจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก (Berentson-Shaw et al., 2009; Drummond & Rickwood, 1997; Schwartz et al., 2015) ทั้งยังพบว่าประสิทธิภาพการจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ ส่งผลให้สตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดลดลง (Toohill et al., 2014) จะเห็นว่าเป็นการศึกษาที่ขัดแย้งกันอยู่ และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทของสังคมตะวันตกที่มีวัฒนธรรม และความเชื่อที่แตกต่างจากบริบทของประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยดังกล่าว เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการแก้ไขปัญหาของสตรีครรภ์แรก ที่เข้ามาใช้บริการฝากครรภ์ตามบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ ทั้งยังนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินสตรีครรภ์แรก และนำมาวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก เพื่อผลลัพธ์ในการคลอดที่ดีต่อร่างกาย และจิตใจของสตรีครรภ์แรก ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกผู้วิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิดมาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) (Bandura, 1997) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นกระบวนการทางความคิดที่ไม่หยุดนิ่งที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์หรือการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์

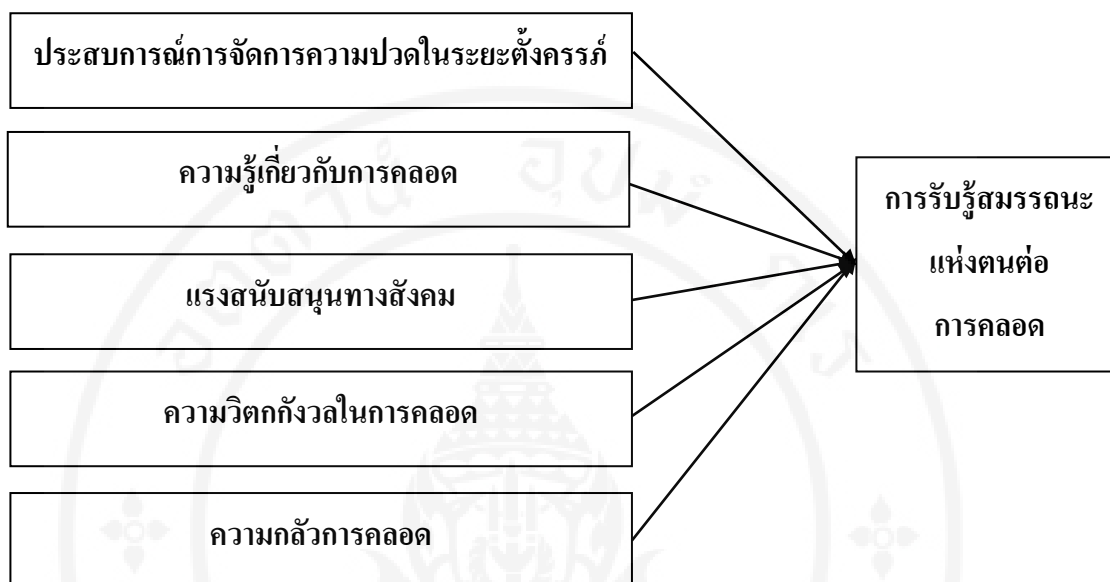
ที่คาดหวังไว้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบด้วยสองส่วนสำคัญ คือ ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) ซึ่งทั้งสองส่วนนี้มีความหมายแตกต่างกัน กล่าวคือ ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (belief efficacy) คือ การประเมินของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เช่น สตรีครรภ์แรกเชื่อว่าตนเองสามารถดูหน้าท้องในระยะรอคลอดได้ และความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) หมายถึง การประเมินของบุคคลว่าการปฏิบัติพฤติกรรมในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ เช่น สตรีครรภ์แรกเชื่อว่าการดูหน้าท้องในระยะรอคลอดส่งผลให้ระดับความปวดลดลง (Bandura, 1997; Lowe, 1991; Salomonsson et al., 2013) เป็นต้น นอกจากนี้ในแต่ละบุคคลจะมีระดับของความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ระดับความยากง่ายในการปฏิบัติพฤติกรรม (magnitude or level) 2) ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (strength) และ 3) สถานการณ์คุ้นเคย (generality) (Bandura, 1997; Lowe, 1991) แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่าบุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง (source of self-efficacy information) คือ 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีต (enactive mastery experience) 2) การเรียนรู้จากการสังเกตแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของบุคคลอื่น (vicarious experience) 3) การโน้มน้าวด้วยคำพูดจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) และ 4) สภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะส่งผลให้เกิดกระบวนการคิดและประเมินความสามารถของตนเอง เมื่อพบว่าตนเองมีความสามารถ จะใช้ความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นจนบรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้

การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกสามารถทำได้โดยการส่งเสริมแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง (source of self-efficacy information) ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง (source of self-efficacy information) ข้างต้น และมีอิทธิพลในการลดหรือเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ โดยแหล่งข้อมูลแหล่งที่ 1 คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีต (enactive mastery experience) ถึงแม้ว่าสตรีครรภ์แรกไม่เคยผ่านประสบการณ์การคลอดมาก่อน แต่จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับแหล่งข้อมูลแหล่งนี้ในสตรีครรภ์แรก ปัจจัยนั้นคือ ประสบการณ์การจัดการความเจ็บปวดในอดีต แม้ว่าความเจ็บปวดนั้นจะไม่เกี่ยวข้องกับการคลอด เช่น ความปวดในระยะตั้งครรภ์ หรือความไม่สุขสบายในขณะตั้งครรภ์ ความสำเร็จในการจัดการกับความเจ็บปวดที่ผ่านมา ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับความปวดในระยะคลอดได้เช่นเดียวกัน (Lowe, 1991; Schwartz et al., 2015; Sun et al., 2010)

แหล่งข้อมูลแหล่งที่ 2 และ 3 คือ การเรียนรู้จากการสังเกตแบบอย่างที่เหมาะสมความสำเร็จของบุคคลอื่น (vicarious experience) และการโน้มน้าวด้วยคำพูดจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งข้อมูลทั้งสองแหล่งนี้คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือแม้กระทั่งบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) และปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการคลอด ที่มาจากการเรียนรู้ที่ได้รับจากการบอกเล่าจากบุคคลอื่น สื่อต่างๆ หรือการเข้ารับฟังคำแนะนำในหน่วยฝากครรภ์ ทั้งสองปัจจัยนี้มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991; Schwartz et al., 2015)

ในแหล่งข้อมูลแหล่งสุดท้าย คือ สภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง คือ ความวิตกกังวลในการคลอด ความกลัวการคลอด สภาวะทางอารมณ์ และความผิดปกติของสภาพจิตใจ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย และอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนความเครียด และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ กล่าวคือ ก่อให้เกิดความไม่สมดุลทางอารมณ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ ส่งผลให้สตรีครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดลดลง (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991) จึงกล่าวได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ที่เกี่ยวกับการคลอดเป็นผลมาจากความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด ซึ่งเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่แฝงอยู่ (Carlsson et al., 2015; Nierop et al., 2008) ในส่วนของความผิดปกติของสภาพจิตใจ เนื่องจากเป็น การศึกษาในบริบทของประเทศไทยที่ไม่มีการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของสภาพจิตใจของสตรีใน ระยะตั้งครรภ์จึงไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้

บัจจคังคูลำขำค้ำน่ำจะทำนยการรับรู้สมรณนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรครรกร์แรก
ได้ จ้งน่ำมาประยูกตรอบแนวคคการวัจจคังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคคการวัจจ

ค้ำถำการวัจจ

ประสบการณ์การจัดการความปวคในระยะตั้งครรกร์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด
แรงสนับสนุนทางสัจคม ความวคคก้งวลในการคลอด และความกล้วการคลอด สามารถร่วกัน
ทำนยการรับรู้สมรณนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรครรกร์แรกได้หรอไม

วตุประสคการวัจจ

เพื่อศคษาความสามารถในการร่วกันทำนยของบัจจประสบการณ์การจัดการ
ความปวคในระยะตั้งครรกร์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสัจคม ความวคคก้งวล
ในการคลอด และความกล้วการคลอด ต่อการรับรู้สมรณนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรครรกร์แรก

สมมติฐานการวิจัย

ประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนายของปัจจัยประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินสตรีครรภ์แรกเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล และให้การดูแลสตรีครรภ์แรกที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดโดยประเมินจากปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด
2. ด้านการศึกษา ผลการวิจัยสามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาแผนการสอนนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก และวิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจากการจัดการกับปัจจัยต่างๆ
3. ด้านการวิจัย ผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ โดยการนำปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาวางแผนพัฒนาเครื่องมือเพื่อจัดการกับปัจจัยต่างๆได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก

นิยามตัวแปร

ประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ หมายถึง การรับรู้ของสตรีครรภ์แรกเกี่ยวกับการจัดการความปวดที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ เช่น อาการปวดหลัง (back pain) อาการปวดจากการหดตัวของมดลูก (Braxton Hicks contractions) เป็นต้น ประเมินโดยแบบสอบถามประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 1 ข้อ แปลผลเป็น เคยมีประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ กับ ไม่เคยมีประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์

ความรู้เกี่ยวกับการคลอด หมายถึง ความรู้ของสตรีครรภ์แรกเกี่ยวกับการคลอดบุตรในเรื่องเกี่ยวกับ ชนิดของการคลอด อาการเจ็บครรภ์เตือน อาการเจ็บครรภ์จริง อาการผิดปกติที่ควรรับมาโรงพยาบาล กระบวนการคลอด การเตรียมเอกสาร อุปกรณ์ของใช้ต่างๆเมื่อมาคลอด การบรรเทาความปวดในระยะคลอด และการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด เป็นความรู้ที่ได้จากการเข้ารับฟังคำแนะนำในขณะตั้งครรภ์ บุคคลอื่น หรือสื่อต่างๆ ประเมินโดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดของรัชันต์ ธีรดา (2548) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดของประทุมพร เพียรจริง, ละมัย วีระกุล, บุญยา ยารังสี, ผกา สุขเจริญ, และ สุทธิพร พรหมจันทร์ (2544) คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดมาก

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนที่สตรีครรภ์แรกได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เช่น บุคคลในครอบครัว บุคคลอื่น หรือจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการช่วยเหลือหรือการสนับสนุนประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (emotional support) ข้อมูลข่าวสาร (information support) ทรัพยากร (instrumental support) และการประเมินเปรียบเทียบ (appraisal support) ประเมินโดยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของจิราวรรณ นิรมิตภาย (2551) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของกฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ความวิตกกังวลในการคลอด หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดของสตรีครรภ์แรกเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบายใจ ความหวาดหวั่น และความทุกข์ใจในสถานการณ์การคลอดบุตร ซึ่งสามารถตอบสนอง และแสดงออกมาทั้งทางด้านสรีรวิทยา และสภาวะอารมณ์ ประเมินโดยแบบวัดความวิตกกังวลในผู้คลอดของ จวี เบาทรวง (2526) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงมาจากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State-Trait Anxiety Inventory [STAI]) ของสปีลเบิร์ก กอซซ์ ลูชิน แวร์ค และจาค็อบ (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีความวิตกกังวลในการคลอดระดับสูง

ความกลัวการคลอด หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดของสตรีครรภ์แรกในทางลบเกี่ยวกับการคลอดบุตร ก่อให้เกิดความรู้สึกคุกคามหรือรู้สึกว่าอาจได้รับอันตรายจากการคลอด เช่น กลัวความเจ็บปวด กลัวตนเองและทารกได้รับอันตรายจากการคลอด กลัวสถานการณ์ในการคลอด ประเมินโดยเครื่องมือวัดความกลัวต่อการคลอดบุตรของกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงมาจาก The Childbirth Attitudes Questionnaire (CAQ) ของ โลว์ (Lowe, 2000) ที่พัฒนาเครื่องมือมาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดความกลัวของเอสค็อก และคณะ (Areskog, et al., 1982 as cited in Lowe, 2000) และเฮอแมน (Herman, 1988 as cited in Lowe, 2000) คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดระดับสูง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด หมายถึง การรับรู้ของสตรีครรภ์แรกในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญ และจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอด ประเมินโดยแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดของกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงจาก The Childbirth Self-Efficacy Inventory ของ โลว์ (Lowe, 1993) ที่พัฒนาเครื่องมือมาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดระดับสูง

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนายของปัจจัยประสบการณ์ การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ในการคลอด และความกลัวการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก เพื่อให้เกิดความครอบคลุมถึงปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องจึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อดังต่อไปนี้

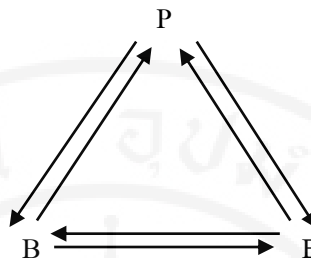
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) (Bandura, 1997) ซึ่ง แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การเรียนรู้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยพฤติกรรมเกิดจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย คือ 1) พฤติกรรม 2) ปัจจัยส่วนบุคคล อันประกอบไปด้วย ความคิด อารมณ์ สภาวะร่างกาย ความเชื่อ และ 3) สภาพแวดล้อม ทั้ง 3 ปัจจัยมีอิทธิพลไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในขณะนั้น สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้ 1) ปฏิสัมพันธ์ของพฤติกรรมกับปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปฏิสัมพันธ์ที่อธิบายได้ว่า บุคคลจะมีความคิด สภาวะอารมณ์ และความเชื่อที่เป็นของตนเอง สิ่งเหล่านี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล และการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลหนึ่งก็สามารถนำมาพิจารณา เกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ และสภาวะอารมณ์ของบุคคลนั้น 2) ปฏิสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคล อธิบายได้ว่า บุคคลสามารถปรับตัวได้ตามสภาพแวดล้อมหรือสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ความคิด ความเชื่อ และสภาวะอารมณ์ของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลง และพัฒนาจากอิทธิพลของสภาพสังคมเพื่อปรับตัวให้เข้ากับสภาวะเหล่านั้น ทั้งนี้การตอบสนองต่างๆขึ้นอยู่กับบทบาท และสถานะทางสังคมของบุคคล และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับสภาพแวดล้อม อธิบายได้ว่า เมื่อสภาพแวดล้อมหรือสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไป การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะ

เหล่านั้น และการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลก็สามารถเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมหรือสภาพสังคมได้เช่นเดียวกัน (จุฬารักษ์ โสตะ, 2554; Bandura, 1997)



ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม (Bandura, 1997: 6)

การที่บุคคลจะรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้นั้น จะต้องมีการประเมินความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ (Bandura, 1997) ซึ่งจะประสบความสำเร็จไม่ได้หากปราศจากความเชื่อมั่นในทักษะ ความรู้ และความสามารถของตนเอง จึงพบว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะกล้าเผชิญกับปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยจะใช้ความพยายาม ความมุ่งมั่น เพื่อให้ประสบความสำเร็จ ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ จะไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ส่งผลให้หลีกเลี่ยงปัญหาในการเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ขาดแรงจูงใจ และความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุกับเป้าหมาย (จุฬารักษ์ โสตะ, 2554) อย่างไรก็ตามการประเมินสมรรถนะแห่งตนของบุคคลอย่างไม่เหมาะสมสามารถส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการปฏิบัติพฤติกรรมได้เช่นเดียวกัน เช่น หากประเมินสมรรถนะแห่งตนสูงเกินไป อาจส่งผลให้ไม่เกิดการพัฒนาศักยภาพของตนเอง และหากประเมินสมรรถนะแห่งตนต่ำเกินไป จะส่งผลต่อความยากลำบากในการปฏิบัติพฤติกรรม (Bandura, 1986) จึงเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการเลือกทางเดินของชีวิต ระดับของแรงจูงใจ คุณภาพในการทำงาน การทำหน้าที่ของบุคคล ความแข็งแกร่งในการเผชิญต่อความยากลำบาก ความเครียด และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน และสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ โดยพบว่าในบุคคลคนเดียวหรือบุคคลที่มีทักษะเช่นเดียวกัน ในสถานการณ์ที่ต่างกัน อาจจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อสถานการณ์นั้น (จุฬารักษ์ โสตะ, 2554; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556; Bandura, 1997)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเองในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้ (Bandura, 1997)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 2 ประการ คือ 1) ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) คือ การพิจารณาของบุคคลในระดับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดผลสำเร็จ เช่น เชื่อว่าตนเองสามารถวิ่งมาราธอนได้ระยะทาง 20 กิโลเมตรภายใน 2 ชั่วโมง และ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) คือ การพิจารณาแนวโน้มของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เช่น การได้รับเหรียญรางวัล มีความพึงพอใจในตนเอง หรือการได้รับคำชมเชยจากสังคม เป็นต้น ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) กล่าวคือ การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดๆ นั้น จะต้องมีการประเมินถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นก่อน ดังนั้นบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อประเมินแล้วว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และผลลัพธ์ที่ได้เป็นสิ่งที่คาดหวังไว้ (Bandura, 1997)



ภาพที่ 2.2 แสดงความสัมพันธ์ของความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Bandura, 1997: 22)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครั้งแรก

การตั้งครรภ์ และการคลอดเป็นหนึ่งในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว และเป็นสถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อชีวิตของสตรีครั้งแรก จึงสามารถนำการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ในการอธิบายหรือทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมของสตรีครั้งแรกในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอด ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครั้งแรก จึงหมายถึง กระบวนการคิดของสตรีครั้งแรกเกี่ยวกับการประเมินระดับความสามารถ

ของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อจัดการ และเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในระยะคลอด (Lowe, 1991, 1993) ซึ่งการที่สตรีครรภ์แรกจะสามารถเรียนรู้ และปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้ (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ, 2553)

การคลอดเป็นสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในชีวิตของสตรีครรภ์แรก และเป็นเหตุการณ์ที่มีแต่ความไม่แน่นอน การจัดการกับสถานการณ์ในระยะคลอดต้องใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เช่น การหายใจ หรือการผ่อนคลาย เป็นต้น (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991; Tanglakmankhong, 2010) หากสตรีครรภ์แรกมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถก้าวผ่านสถานการณ์ที่มีความเครียดในระยะคลอดได้ สตรีครรภ์แรกจะมีการเตรียมตนเองให้พร้อมสำหรับการคลอด เช่น การฝึกการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาด้วยเทคนิคต่างๆ และสตรีครรภ์แรกจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อเผชิญกับความเครียดเหล่านั้น เช่น การหายใจเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด การลูบหน้าท้อง การเปลี่ยนท่าทาง ซึ่งตรงกับความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (belief efficacy) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการคลอดตามที่คาดหวัง นั่นคือความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) เช่น การคลอดที่ปลอดภัยทั้งมารดา และทารก การมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดที่ดี การบรรเทาอาการปวดในระยะคลอดได้ เป็นต้น (Lowe, 1991, 1993) ในทางตรงข้ามหากสตรีครรภ์แรกไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับการคลอด สตรีครรภ์แรกจะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การเลือกที่จะผ่าตัดคลอดบุตรแทนการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการคลอดที่ไม่ดีทั้งระยะสั้นและระยะยาว เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอด ส่งผลให้มีประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี ไม่มีความพึงพอใจในการคลอด มีปัญหาในการปรับบทบาทการเป็นมารดา ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอด และการเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอด เป็นต้น (Drummond & Rickwood, 1997; Karlstrom et al., 2015; Larkin et al., 2009; Waldenstrom et al., 2004)

สตรีครรภ์แรกแต่ละบุคคลจะมีระดับของความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 3 ประการตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) คือ 1) ระดับความยากง่าย (level) 2) สถานการณ์ที่คุ้นเคย (generality) และ 3) ระดับของความแข็งแกร่งในการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (strength) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

1. ระดับความยากง่าย (level) คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับอุปสรรคที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยบุคคลอาจมีการรับรู้อุปสรรคไม่เท่ากันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินความสามารถของแต่ละบุคคล บางคนอาจมีข้อจำกัดเพียงกิจกรรมที่มีระดับง่าย บางคนอาจมีข้อจำกัดในกิจกรรมที่มีระดับความยากปานกลาง หรือบางคนมีข้อจำกัดในกิจกรรมที่ต้องใช้สมรรถนะสูง ซึ่งพบว่าในลักษณะกิจกรรมที่ไม่มีอุปสรรคหรือกิจกรรมที่กระทำได้ง่าย บุคคล

ส่วนมากจะสามารถทำกิจกรรมลักษณะนี้ได้ (จันทรเพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ, 2553; หัตยา ยาลังสี, เฉลี่ย พิมพันธุ์ และสุชาติ จันทรคอกไม้, 2551; Bandura, 1997) เช่นเดียวกับสถานการณ์ในระยะคลอด การผ่อนคลายในขณะที่ได้รับการตรวจทางช่องคลอดเป็นกิจกรรมที่กระทำได้ง่ายกว่าการผ่อนคลาย ในขณะที่มีผลถูกหดตัว ดังนั้นสตรีครรภ์แรกที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับสูงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการผ่อนคลายได้ทั้งขณะได้รับการตรวจทางช่องคลอด และขณะที่มีผลถูกหดตัว (Lowe, 1991)

2. สถานการณ์ที่คุ้นเคย (generality) คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความคล้ายคลึงกันของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยบุคคลสามารถถ่ายทอดทักษะต่างๆที่เคยปฏิบัติจากสถานการณ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่ตนเองประสบอยู่จึงส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงต่อสถานการณ์นั้น เนื่องจากเคยประสบกับความสำเร็จมาก่อน (จันทรเพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ, 2553; จุฬารักษ์ โสตะ, 2554; Bandura, 1997) ซึ่งในการคลอดนั้น สตรีครรภ์แรกที่มีประสบการณ์ความสำเร็จจากการจัดการกับความเจ็บปวดในอดีตมาก่อน เช่น อาการปวดประจำเดือน ปวดศีรษะ หรืออาการไม่สุขสบายในขณะที่ตั้งครรภ์ จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงและมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถจัดการกับความปวดในครั้งนี้ได้เช่นเดียวกัน (Lowe, 1991; Niven & Gijssbers, 1984; Schwartz et al., 2015; Sun et al., 2010)

3. ระดับของความแข็งแกร่งในการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (strength) คือ ระดับในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง บุคคลจะใช้ความพยายาม และความอดทนเพิ่มมากขึ้นเพื่อก้าวผ่านอุปสรรค และความยากลำบาก ส่งผลต่อการบรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวัง ดังนั้นหากสตรีครรภ์แรกมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการและเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆในระยะคลอดได้ จะมีความอดทน และความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆที่เหมาะสมในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี (จันทรเพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ, 2553; หัตยา ยาลังสี และคณะ, 2551; Bandura, 1997; Lowe, 1991)

การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก

บุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ตลอดชีวิตจากการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง (source of self-efficacy information) ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อเพิ่มความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ อันประกอบด้วย 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จในอดีต (enactive mastery experience) 2) การเรียนรู้จากการสังเกตแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของบุคคลอื่น (vicarious experience) 3) การโน้มน้าวด้วยคำพูดจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) และ 4) สภาวะร่างกาย และ

สภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) (Bandura, 1997) เช่นเดียวกันกับการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดก็สามารถพัฒนาได้จากการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง (source of self-efficacy information) ดังต่อไปนี้

1. การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จในอดีต (enactive mastery experience) ซึ่งแหล่งประโยชน์แหล่งนี้ แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่าแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลมากที่สุด เนื่องจากหากสตรีตั้งครรภ์เคยประสบความสำเร็จในการจัดการกับสถานการณ์ในการคลอดมาก่อนในอดีต สตรีตั้งครรภ์จะมีความมั่นใจในการเผชิญกับการคลอดในครั้งนี้ จึงพบว่าสตรีครรภ์หลังมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดสูงกว่าสตรีครรภ์แรก (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ, 2553; Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991, 1993, 2000) และถึงแม้ว่าสตรีครรภ์แรกจะมีข้อจำกัดในเรื่องประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมา แต่จากการศึกษาพบว่าประสบการณ์การจัดการกับความเจ็บปวดในอดีตทั้งก่อนการตั้งครรภ์ และในระยะตั้งครรภ์ ส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความปวดในระยะคลอดได้ (Lowe, 1991; Niven & Gijssbers, 1984; Schwartz et al., 2015; Sun et al., 2010)

2. การเรียนรู้จากการสังเกตแบบอย่างทีประสบความสำเร็จของบุคคลอื่น (vicarious experience) สตรีครรภ์แรกสามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกตความสำเร็จในการเผชิญสถานการณ์การคลอดจากบุคคลอื่น เช่น การได้รับการบอกเล่าเรื่องราวการคลอดจากมารดา ญาติ หรือเพื่อน แม้กระทั่งการเรียนรู้จากสื่อต่างๆ เช่น สื่อออนไลน์ สิ่งพิมพ์ วีดีโอ คำแนะนำจากพยาบาล ผดุงครรภ์ เป็นต้น (Kish, 2003; Laryea, 1998) เมื่อสตรีครรภ์แรกได้เรียนรู้ว่าบุคคลอื่นสามารถจัดการกับสถานการณ์การคลอดได้ สตรีครรภ์แรกจะมีความรู้สึกว่าตนเองก็ต้องทำได้เช่นเดียวกัน (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ, 2553; จุฬารักษ์ โสตะ, 2554; นฤมล วิบุโร, 2550; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) นอกจากนี้การเรียนรู้ที่ได้ส่งผลให้สตรีครรภ์แรกได้เรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และเทคนิคการจัดการกับความปวดจากบุคคลอื่น โดยความรู้ที่ได้เหล่านี้จะทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการคลอด สามารถนำเทคนิคต่างๆที่ได้เรียนรู้มาประยุกต์ให้เข้ากับตนเอง ซึ่งสามารถช่วยลดความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด ส่งผลให้มีการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991, 1993, 2000; Niven & Gijssbers, 1984; Schwartz et al., 2015)

3. การโน้มน้าวด้วยคำพูดจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) คือ การได้รับกำลังใจ คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อสตรีครรภ์แรก ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการเรียนรู้ที่ได้มาจากการเข้ารับฟังคำแนะนำ พูดคุย และถามตอบข้อสงสัยจากบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยฝากครรภ์ โดยพยาบาลผดุงครรภ์จะให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด

เช่น กระบวนการคลอด สอนเทคนิคต่างๆในการจัดการกับความปวดในระยะคลอด ทั้งหมดนี้จะช่วยให้สตรครรกรรมมีความเชื่อมั่น มีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆให้บรรลุผลสำเร็จ จึงสามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะต่อการคลอดในสตรครรกรรมแรกได้ (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ, 2553; Kish, 2003)

4. สภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states)

เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่มีความเครียด ร่างกายจะตอบสนองโดยระบบอัตโนมัติของร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการตื่นตกใจ หงุดหงิด นอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อการลดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) โดยมีผลในการลดความสามารถในการเรียนรู้ การจดจำ และทำให้มีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคล (พัชรเวชย์ เพชกลาง, สุกัญญา ปรีชญญกุล และ นันทพร แสนศิริพันธ์, 2559; วันเพ็ญ ไสยมรรคา และคณะ, 2555) การคลอดเป็นสถานการณ์หนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล และการเปลี่ยนแปลงของสภาวะอารมณ์ ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยทางด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรครรกรรมแรก คือ ความกลัวการคลอด (Lowe, 2000; Salomonsson et al., 2013) ความวิตกกังวลในการคลอด (Beebe et al., 2007; Sieber et al., 2006) สภาวะทางอารมณ์ (Nierop et al., 2008) และความผิดปกติของสภาพจิตใจ (Carlsson et al., 2015) การศึกษาพบว่าสตรครรกรรมแรกที่มีความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดในระดับสูง จะมีความรู้สึกไม่เชื่อมั่นในตนเอง และหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมที่ตนไม่มั่นใจ (Ayers & Pickering, 2005; Carlsson et al., 2015; Lowe, 2000; Sercekus & Baskale, 2016; Salomonsson et al., 2013) ดังนั้นหากสตรครรกรรมแรกมีการจัดการกับความกลัว และความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสมก็จะสามารถส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มมากขึ้นได้ (Lowe, 1991) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าในสตรครรกรรมแรกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ และมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดระดับมาก จะมีความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดลดลง ซึ่งเป็นผลให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มมากขึ้น (Gibbins & Thomson, 2001; Iravani et al., 2015; Salehi, Fahami, & Beigi, 2016; Toohill et al., 2014)

แหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง (source of self-efficacy information) ข้างต้นพบว่ามียปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องในการเพิ่มหรือลดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้ และพบว่าปัจจัยหนึ่งปัจจัยมีผลต่อแหล่งการเรียนรู้หลายแหล่ง ดังเช่น ในแหล่งข้อมูลแหล่งที่ 2, 3 และ 4 มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรครรกรรมแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องหาแนวทางในการจัดการกับปัจจัยต่างๆอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรครรกรรมแรกเพิ่มขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจากอดีตจนถึงปัจจุบัน มีการศึกษามากมายไม่ว่าจะเป็นการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการคลอดอันเป็นผลมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด การทำนายพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด หรือการศึกษาเกี่ยวกับการให้โปรแกรมเพื่อเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ในด้านผลลัพธ์ของการคลอด มีการศึกษาของ คริสเตียน และเบร็ค (Christiaens & Bracke, 2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในการคลอดบุตรโดยประเมินจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 560 ราย ผลการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับสูง จะมีความพึงพอใจในการคลอดบุตรมาก ($\beta = 0.14, p < .001$) เช่นเดียวกับอีกสองการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่รับรู้ว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม จะมีความพึงพอใจต่อการคลอดในทางบวก ($\beta = .17, p < .05$ และ $\beta = .28, p < .001$ ตามลำดับ) (Berentson-Shaw et al., 2009; Goodman et al., 2004) ในด้านการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีการศึกษาของ คาลสตรอม และคณะ (Karlstrom et al., 2015) ได้ทำการศึกษาย้อนหลังถึงประสบการณ์การคลอดในสตรีหลังคลอดจำนวน 26 ราย ภายหลังคลอดบุตรเป็นเวลา 6-7 ปี ผลการศึกษาพบว่าการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

การศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะคลอด มีการศึกษาของ จันท์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ (2553) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระยะคลอด โดยศึกษาในสตรีครรภ์แรกจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าสตรีครรภ์แรกที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระยะคลอดที่ดี ($r = .47, p < .05$) นอกจากนี้มีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการกับความปวดในระยะคลอด โดยศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ 89 ราย ผลการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับความปวดในระยะคลอดระดับสูง จะมีพฤติกรรมจัดการกับความปวดในระยะคลอดที่ดี ($\beta = .36, p < .01$) (ศิริณา สีนคำรงค์, 2547)

การศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด มีการศึกษาในสตรีครรภ์แรกจำนวน 30 ราย ที่ได้รับโปรแกรมเตรียมตัวเพื่อคลอด เปรียบเทียบกับสตรีครรภ์แรกจำนวน 30 ราย ที่ไม่ได้รับโปรแกรمدังกล่าว ผลการศึกษาพบว่าสตรีครรภ์แรกที่ได้รับ โปรแกรมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้งสองด้าน คือ ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) (mean = 99.68 คะแนน, S.D. = 20.82) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) (mean = 109.23 คะแนน, S.D. = 21.77) สูงกว่าสตรีครรภ์แรกที่ไม่ได้รับ โปรแกรม (mean = 83.10 คะแนน, S.D. = 18.91 และ mean = 98.33 คะแนน, S.D. = 23.53 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ)

(Howham, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของจันทนา ไพรยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และวรรณทนา สุขลีมานนท์ (2558) ศึกษาในสตรีครรภ์แรกจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดสูงกว่า (mean = 124.83 คะแนน, S.D. = 10.82) ก่อนได้รับโปรแกรม (mean = 98.30 คะแนน, S.D. = 13.42) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 103.30 คะแนน, S.D. = 19.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .01$ ตามลำดับ)

การศึกษาข้างต้นเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อผลลัพธ์ที่ดีของการคลอดทั้งต่อตัวสตรีตั้งครรภ์และทารก นอกจากนี้ยังสามารถทำนายพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดได้ และการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดยังส่งผลให้สตรีครรภ์แรกมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นภายหลังจากได้รับโปรแกรม การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำปัจจัยต่างๆ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกมาทำนาย เพื่อนำปัจจัยที่มีอิทธิพลมาเป็นข้อมูลในการประเมิน และให้การพยาบาลสตรีครรภ์แรกในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ทั้งยังสามารถนำมาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่มีประสิทธิภาพต่อไป ในหัวข้อถัดไปจะกล่าวถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกและการจัดการที่เหมาะสมกับปัจจัยเหล่านั้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก

การทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด เช่น ความกลัวการคลอด ความวิตกกังวลในการคลอด และประสบการณ์การจัดการความปวดในขณะตั้งครรภ์ ทั้งยังพบว่ามีปัจจัยที่สามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ซึ่งได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา (Ip, Chan, & Chien, 2005; Salomonsson et al., 2013; Schwartz et al., 2015) สถานภาพสมรส และอาชีพ (Salomonsson et al., 2013) ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก และมีความเกี่ยวข้องกับแหล่งข้อมูลจาก 4 แหล่งการเรียนรู้ (source of self-efficacy information) ในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของเบนดูรา (Bandura,

1997) อันประกอบด้วย ประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรถ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด ดังนี้

ประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรถ์

ความปวด หมายถึง การรับรู้ หรือประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับ ความไม่พึงพอใจ ความไม่สุขสบายจากการที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ ซึ่งสามารถตอบสนองออกมาทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม (ยศพล เหลืองโสมนภา และ ศรีสุดา งามขำ, 2556) กลไกการเกิดความปวดสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีความปวดดังนี้ (ชนิดาภา เนียมปัสชา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และ สุพรรณิ อึ้งปัญสัตตวงศ์, 2554; ยศพล เหลืองโสมนภา และ ศรีสุดา งามขำ, 2556; วิลาวัดย์ ไทรโรจน์รุ่ง, กัลยา วิริยะ, วิริกรณ์ ชัยเศรษฐสัมพันธ์, พ้าไส พุ่มเกิด, และสายสุณี ทองสัมฤทธิ์, 2553)

1. ทฤษฎีการควบคุมประตู (gate control theory)

ทฤษฎีนี้ได้รับการพัฒนามาจากเมลแซกซ์ และวอลล์ (Melzeck & Wall, 1965) ซึ่งกล่าวว่าการรับรู้ความเจ็บปวดของบุคคลคล้ายกับการเปิด ปิดประตู โดยการเปิดประตู คือ การส่งสัญญาณความปวดไปยังสมองได้สำเร็จ ส่งผลให้เกิดความปวด ส่วนการปิดประตู คือ การขัดขวางการส่งสัญญาณไปยังสมองจึงไม่เกิดความปวด การนำส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมองเป็นการทำงานร่วมกันของแต่ละระบบสามารถอธิบายได้ดังนี้ การส่งสัญญาณความปวดเริ่มจากการที่ใยประสาทของร่างกายถูกกระตุ้น ซึ่งประกอบด้วยใยประสาทขนาดใหญ่ และเล็ก 4 ชนิด คือ ใยประสาทขนาดใหญ่เอ เบต้า และเอ แอลฟา (A beta fiber & A alpha) และใยประสาทขนาดเล็กเอ เดลต้า และซี (A delta fiber & C fiber) ใยประสาททั้งสองชนิด คือใยประสาทขนาดใหญ่ และใยประสาทขนาดเล็ก จะส่งสัญญาณไปยังกลุ่มเซลล์ยับยั้งสแตนท์เยีย จีลาทีโนซา (substantia gelatinosa: SG cell) ซึ่งอยู่บริเวณคอซัล ฮอ์น (dorsal horn) ซึ่งมีหน้าที่ในการควบคุมการเปิด ปิดประตู โดยใยประสาทขนาดใหญ่จะนำสัญญาณได้เร็วกว่าใยประสาทขนาดเล็ก เมื่อใยประสาทขนาดใหญ่ถูกกระตุ้น ประตูจะปิด ส่งผลให้สัญญาณความปวดไม่สามารถส่งต่อสัญญาณไปยังเซลล์ประสาทส่งต่อ (transmission cell: T cell) นำสู่สมองได้ จึงไม่เกิดความปวด หากใยประสาทขนาดเล็กมีจำนวนมากกว่าใยประสาทขนาดใหญ่จะส่งผลให้ประตูเปิด และสามารถนำส่งสัญญาณไปยังสมองได้ บุคคลจึงรู้สึกปวด ดังนั้นบุคคลสามารถจัดการกับความปวดได้โดยการปิดประตูจากการกระตุ้น ใยประสาทขนาดใหญ่ อันได้มาจากการนวด กดจุด หรือการใช้อุณหภูมิร้อนเย็น เป็นต้น นอกจากนี้ การเปิด ปิดประตูความปวดยังขึ้นอยู่กับระบบความคิด (cognitive system) โดยพบว่าหากมีความเครียด หรือการที่บุคคลใส่ใจกับความเจ็บปวดมากเกินไป บุคคลก็จะมีการรับรู้ความเจ็บปวด

เพิ่มมากขึ้น จึงสามารถปิดประตูได้จากการจัดการกับความเครียด หรือการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในรูปแบบต่างๆ

2. ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (endogenous pain control theory)

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการหลั่งสารสื่อประสาทประเภทเอนโดฟิน (endorphine) สารสื่อประสาทนี้จะทำปฏิกิริยากับเซลล์ประสาทโอพิเอท (opiate receptors) เป็นผลให้เกิดความรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย ง่วงนอน จึงสามารถบรรเทาความปวดได้ โดยพบว่าสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการหลั่งเอนโดฟิน (endorphine) คือ การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย การนวด การหัวเราะ เป็นต้น

การจัดการกับความปวด หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ โดยมีเป้าหมายในการลด ขจัด ควบคุม หรือบรรเทาความไม่สบายที่เกิดขึ้น (อนงค์ สุทธิพงษ์, อัจฉรา อ่วมเครือ, และปาริฉัตร อารยะจารุ, 2556)

ประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์ หมายถึง การรับรู้ของสตรีครรภ์แรกเกี่ยวกับการจัดการเพื่อบรรเทาความปวดที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ (ปาริฉัตร อารยะจารุ, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และ วรรณา พาหุวัฒน์กร, 2555; Escott, Spiby, Slade, & Fraser, 2004) ความปวดในระยะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรกแต่ละบุคคลอาจมีลักษณะของความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน ความปวดหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากการตั้งครรภ์ เช่น อาการปวดหลัง (back pain) ซึ่งเกิดจากการแบกรับน้ำหนักที่เพิ่มมากขึ้นจากการตั้งครรภ์ การคลายตัวของกล้ามเนื้อข้อต่อ และเอ็นยึดจากการหลั่งของฮอร์โมนรีแลกซิน (relaxin) สตรีครรภ์แรกจึงปรับตัวโดยการเดินแอ่นหลัง ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลัง (back pain) จากการดึงรั้งของกล้ามเนื้อบริเวณเอว และเอ็นยึด (กาญจนา โกทิยะ, ศศิธร พุ่มดวง และ สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2555; พวงน้อย ศาครัตนกุล และ จันทิมา ขนบดี, 2550; อรทัย สิงห์คำ และ รัตน์ศิริ ทาโต, 2550) หรืออาการปวดจากการหดตัวของมดลูก (Braxton Hicks contractions) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นไม่นาน ไม่มีระยะเวลาที่แน่นอน มักเกิดบ่อยครั้งในช่วงไตรมาสที่ 3 อันเป็นความปวดที่เกิดจากการหดและยืดขยายของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบน เพื่อเตรียมความพร้อมในการบาง และเปิดขยายของปากมดลูกในระยะคลอด (พวงน้อย ศาครัตนกุล และ จันทิมา ขนบดี, 2550; Saisto et al., 2001; Toohill et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของซัชส์ และคณะ (Shah et al., 2015) ที่ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบผลการศึกษาพบว่าความปวด หรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่พบบ่อย คือ อาการปวดหลังส่วนล่าง (low back pain) อาการปวดข้อต่อบริเวณอุ้งเชิงกราน (joint pain) อาการปวดจากปลายประสาทอักเสบ (neuropathic pain) เช่น Carpal Tunnel Syndrome (CTS) และอาการปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน (pregnancy-related pelvic pain)

สตรีครั้งแรกแม้ว่าจะไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อนในอดีต ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่าแหล่งการเรียนรู้แหล่งที่ 1 คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จในอดีต (enactive mastery experience) เป็นแหล่งที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคล แต่การทบทวนวรรณกรรมพบว่าประสบการณ์ความปวดในระยะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเช่นเดียวกัน ดังเช่นการศึกษาของชวอร์ซ และคณะ (Schwartz et al., 2015) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ประเทศออสเตรเลีย จำนวน 1,410 ราย ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ความปวดในระยะไตรมาสที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครั้งแรก และสตรีครั้งหลัง ($r = .12, p < .05$ และ $r = .08, p = .04$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสตรีครั้งแรกที่มีประสบการณ์การจัดการกับความปวดในอดีตที่ไม่เกี่ยวข้องกับการคลอด จะมีระดับความปวดในระยะคลอดน้อยกว่า (mean = 24.80 คะแนน, S.D. = 12.90) สตรีที่ไม่เคยมีประสบการณ์การจัดการกับความปวดในอดีตมาก่อน (mean = 41.70 คะแนน, S.D. = 9.40) ($p < .001$) (Niven & Gijssbers, 1984)

การศึกษาข้างต้นเห็นได้ว่าในสตรีครั้งแรกที่ประสบความสำเร็จจากการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นในอดีต จะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะนำเทคนิคต่างๆที่เคยใช้จัดการความปวดในอดีตมาจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ในขณะที่เดียวกันมีการศึกษาที่ขัดแย้งกับการศึกษาข้างต้น โดยพบว่าประสบการณ์ความปวดในระยะตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = -.01, p > .05$) (Berentson-Shaw et al., 2009) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดความกลัวการคลอดเพิ่มมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของโทฮิล และคณะ (Toohill et al., 2014) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดในสตรีตั้งครรภ์ โดยศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 1,410 รายในประเทศออสเตรเลีย พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับความปวดในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2 ในระดับปานกลางหรือระดับมาก จะมีความกลัวการคลอดในระดับสูง ($r = .14, p < .001$) การศึกษาข้างต้นเห็นได้ว่าประสบการณ์ความปวดในระยะตั้งครรภ์สามารถเพิ่มหรือลดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครั้งแรกได้ ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดทั้งในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอดกับสตรีครั้งแรกจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการจัดการความปวดในระยะคลอด ดังเช่นการศึกษาของซัน และคณะ (Sun et al., 2010) ที่ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 88 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 43 ราย กลุ่มควบคุม 45 ราย โดยกลุ่มทดลองให้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยโยคะ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความไม่สุขสบายจากการตั้งครรภ์น้อยกว่า (mean = 38.28 คะแนน, S.D. = 8.99) กลุ่มควบคุม (mean = 43.62 คะแนน, S.D. = 9.25) และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดสูงกว่า (mean = 102.19

คะแนน, S.D. = 20.91) กลุ่มควบคุม (mean = 79.40 คะแนน, S.D. = 28.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) และการศึกษาของปรีฉัตร อารยะจารุ และคณะ (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้โปรแกรมการจัดการกับความปวดในระยะคลอด โดยศึกษาในสตรีวัยรุ่นครั้งแรกจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจำนวน 25 ราย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 25 ราย ผลการศึกษาพบว่าสตรีวัยรุ่นครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการจัดการกับความปวดในระยะคลอด (mean = 7.40 คะแนน, S.D. = 1.99) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 3.33, คะแนน, S.D. = 1.44) และมีระดับความปวดในระยะคลอดน้อยกว่า (mean = 8.34 คะแนน, S.D. = 0.88) กลุ่มควบคุม (mean = 9.16 คะแนน, S.D. = 0.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) การศึกษาข้างต้นเห็นได้ว่าประสบการณ์ความปวดในระยะตั้งครรภ์มีผลทั้งทำให้สตรีครั้งแรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มมากขึ้น และทำให้มีความกลัวการคลอดสูงขึ้น ซึ่งเป็นการศึกษาที่ขัดแย้งกันอยู่ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยสนใจเลือกปัจจัยนี้มาศึกษา เนื่องจากเป็นการศึกษาในสตรีครั้งแรกที่ไม่เคยผ่านเหตุการณ์การคลอดมาก่อน ประสบการณ์เดียวที่นำมาใช้ในการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีต (enactive mastery experience) คือ ประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการประเมินสตรีครั้งแรก และให้การส่งเสริมการจัดการกับความปวดทั้งในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด ในการช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดให้กับสตรีครั้งแรกได้อย่างเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับการคลอด

ความรู้เกี่ยวกับการคลอดหมายถึง ความรู้ของสตรีครั้งแรกเกี่ยวกับการคลอด ในเรื่องเกี่ยวกับ อาการใกล้คลอด อาการเจ็บครรภ์เตือน อาการเจ็บครรภ์จริง อาการที่ต้องรับมาโรงพยาบาล กระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะคลอด และการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการกับสถานการณ์ต่างๆในระยะคลอด เช่น การบรรเทาความปวดโดยวิธีต่างๆ การเบ่งคลอดที่ถูกวิธี เป็นต้น (จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, 2550; ทศนีย์ กลั่นเขตรกิจ, 2549; ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, 2556; ภิญญเสโต, 2553) ความรู้เหล่านี้ได้มาจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ คู่มือ การศึกษาจากสื่อออนไลน์ การสอบถามจากผู้ที่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน หรือการเข้ารับฟังคำแนะนำจากพยาบาลผดุงครรภ์ ในหน่วยฝากครรภ์ (Ibach, Dyer, Fawcus, & Dyer, 2007; Kish, 2003; Laryea, 1998; Melender, 2002) ซึ่งรายละเอียดของความรู้เกี่ยวกับการคลอดมีดังต่อไปนี้

1. ความหมายของการคลอด (labor)

การคลอด หมายถึง กระบวนการทางธรรมชาติของร่างกายสตรีตั้งครรภ์ ในการผลักดันทารก รก และเยื่อหุ้มทารกออกจากมดลูกผ่านทางช่องคลอดสู่ภายนอกร่างกาย

(จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, 2550; ทศนีย์ กลั่นเขตรกิจ, 2549; ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, 2556; ภิญโญ เสโธ, 2553; Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2016) ซึ่งการคลอดแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) การคลอดปกติ คือ การคลอดทางช่องคลอดโดยมีศีรษะของทารกเป็นส่วนนำ เป็นการคลอดด้วยตนเองของผู้คลอดที่ไม่มีการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการคลอด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด (ทศนีย์ กลั่นเขตรกิจ, 2549) และ 2) การคลอดผิดปกติ คือ การคลอดที่ต้องมีการใช้สูติศาสตร์หัตถการต่างๆช่วยเหลือเพื่อให้ทารกคลอด ได้แก่ การใช้เข็มช่วยคลอด การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ การผ่าตัดคลอดบุตร การล้วงรก เป็นต้น ซึ่งสาเหตุที่ต้องช่วยเหลือการคลอดโดยสูติศาสตร์หัตถการนั้นอาจมาจากภาวะไม่สมดุลกันระหว่างอุ้งเชิงกรานของสตรีตั้งครรภ์กับศีรษะทารก (cephalopelvic disproportion) การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะรอคลอดหรือระยะคลอดของมารดาและทารก เช่น การเกิดภาวะพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์ (fetal distress) การคลอดยาก (dystocia) ความไม่ก้าวหน้าในการคลอด (prolonged labor) เป็นต้น (ทศนีย์ กลั่นเขตรกิจ, 2549; Lowdermilk et al., 2016)

2. อาการใกล้คลอด (premonitory signs of labor)

สตรีครรภ์แรกควรมีความรู้เกี่ยวกับอาการใกล้คลอดที่เกิดขึ้น เพราะเมื่อมีอาการต่างๆเหล่านี้ สตรีครรภ์แรกจะได้มีการเตรียมตัว และเตรียมความพร้อมในการไปคลอดบุตร เช่น เตรียมสิ่งของเครื่องใช้ และหลักฐานที่สำคัญเพื่อใช้ในโรงพยาบาลช่วงที่ไปคลอดบุตรหรือหลังคลอดเมื่อกลับบ้าน เตรียมผลงาน เตรียมจัดบ้านเพื่อต้อนรับสมาชิกใหม่ เป็นต้น ในสตรีครรภ์แรกจะมีการลดระดับของยอดมดลูก (lightening) ในช่วงประมาณ 2 สัปดาห์ก่อนอายุครรภ์ครบกำหนด ซึ่งส่งผลให้กระบังลมสามารถขยายได้เพิ่มขึ้นมากกว่าช่วงแรกที่ศีรษะทารกยังไม่มีการเคลื่อนต่ำลงสู่อุ้งเชิงกราน สตรีครรภ์แรกจึงหายใจได้สะดวกขึ้น นอกจากนี้สตรีครรภ์แรกจะมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังงานเพิ่มขึ้น (increase in energy) จากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ทำให้มีการเคลื่อนไหวหรือมีกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น เช่น การจัดบ้านใหม่ การเตรียมของใช้ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนนี้ส่งผลให้มีสารคัดหลั่งทางช่องคลอดเพิ่มมากขึ้น (vaginal discharge) และมีน้ำหนักลดลงเล็กน้อย (slight loss of weight) จากการขับน้ำออกจากร่างกาย ซึ่งทำให้สตรีครรภ์แรกอาจไม่สบายจากความอับชื้นบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และมีอาการปัสสาวะบ่อย (frequent urination) ร่วมด้วย ส่วนการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกลงสู่อุ้งเชิงกรานส่งผลให้มีอาการไม่สบายต่างๆเพิ่มมากขึ้นจากการกดทับเส้นประสาทเซียดิก (sciatic nerve) และการหลั่งของฮอร์โมนรีแลกซิน (relaxin) ในข้อต่อต่างๆของอุ้งเชิงกราน เช่น อาการปวดหลัง (back pain) ปวดบริเวณกล้ามเนื้อสะโพก (sciatic nerve pain) ปวดหน้าท้องน้อย และการยืดขยายของกล้ามเนื้อมดลูกที่เพิ่มมากขึ้นจากการเจริญเติบโตของทารกที่เพิ่มมากขึ้นจนทำให้ผนังมดลูกอยู่ใกล้กับผนังหน้าท้อง ส่งผลให้สตรีครรภ์แรกรับรู้เกี่ยวกับอาการ

ท้องแข็งตึงที่เพิ่มมากขึ้น (Braxton Hick's contraction) (พวงน้อย สาครรัตนกุล และ จันทิมา ขนบดี, 2550; Lowdermilk et al., 2016; Pilliteri, 2014)

3. อาการเจ็บครรภ์เตือน (false labor)

อาการเจ็บครรภ์เตือนจะเกิดในช่วงก่อนคลอดประมาณ 1-2 สัปดาห์ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการคลอด เช่น การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆ มีผลทำให้มดลูกหดตัวบ่อยครั้งและแรงขึ้น ซึ่งในระยะนี้การหดตัวของมดลูกจะไม่สม่ำเสมอ อาการปวดที่เกิดขึ้นจะปวดบริเวณท้องน้อย หากนั่งพัก หรือรับประทานยาบรรเทาปวด อาการปวดจะดีขึ้นหรือหายไป การหดตัวของมดลูกในลักษณะนี้ไม่มีผลต่อการเปิดขยายของปากมดลูก ดังนั้นสตรีครรภ์แรกควรเข้าใจอย่างถูกต้องถึงความแตกต่างของอาการเจ็บครรภ์เตือน และอาการเจ็บครรภ์จริง เพื่อมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บจริง หรือมีอาการผิดปกติเท่านั้น (พวงน้อย สาครรัตนกุล และ จันทิมา ขนบดี, 2550; Lowdermilk et al., 2016)

4. การเจ็บครรภ์จริง (true labor)

สตรีครรภ์แรกควรมีความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์จริง เพื่อที่จะมาโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมตามเวลา เพราะสตรีครรภ์แรกหลายรายมีความเข้าใจผิด และสับสนเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์จริง และการเจ็บครรภ์เตือน ซึ่งอาการเจ็บครรภ์จริงมีอาการดังต่อไปนี้ การหดตัวของมดลูกจะมีความสม่ำเสมอ แรงขึ้น ถึขึ้น อาการปวดเกิดขึ้นบริเวณหลัง และท้อง นั่งพักอาการไม่ดีขึ้น อาการปวดที่เกิดขึ้นไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยยาบรรเทาปวด และการปวดที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้เกิดการเปิดขยายของปากมดลูก การเจ็บครรภ์จริงอาจมีหรือไม่มีมูกเลือด หรือการแตกของถุงน้ำคร่ำก็ได้ นอกจากนี้หากอาการเจ็บครรภ์จริงเกิดขึ้นก่อนครบกำหนดคลอด ทารกคั่นน้อยลง มีเลือดสดออกทางช่องคลอด มีการแตกของถุงน้ำคร่ำ มีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ก็ให้รีบมาโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน เพราะบ่งบอกถึงการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และการแตกของถุงน้ำคร่ำเป็นระยะเวลานานส่งผลให้เกิดการติดเชื้อเข้าสู่หนทางคลอด หรือสายสะดือพลัดต่ำได้ (พวงน้อย สาครรัตนกุล และ จันทิมา ขนบดี, 2550; Pilliteri, 2014)

5. ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด (processes of labor)

ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดประกอบไปด้วย ระยะเวลาในการคลอด และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะคลอดดังต่อไปนี้

5.1 ระยะเวลาในการคลอด แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

1) ระยะที่หนึ่ง คือ ระยะที่ปากมดลูกเริ่มเปิดขยายจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร หรือที่เรียกว่าระยะรอคลอด โดยระยะนี้ในสตรีครรภ์แรกไม่ควรใช้เวลานานมากกว่า 20-24 ชั่วโมง 2) ระยะ

ที่สอง หรือระยะคลอดทารก เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่เริ่มเบ่งคลอดจนถึงทารกคลอด ระยะนี้สตรีครรภ์แรกไม่ควรใช้ระยะเวลาเกิน 2 ชั่วโมง 3) ระยะที่สาม หรือระยะคลอดรก เป็นระยะหลังทารกคลอดจนกระทั่งรกและเยื่อหุ้มเด็กคลอดครบ ระยะนี้สตรีครรภ์แรกไม่ควรใช้ระยะเวลาเกิน 30 นาที และ 4) ระยะที่สี่ของการคลอด เป็นระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด เป็นระยะที่สำคัญในการประเมิน และสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการคลอด เช่น การตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น และยังเป็นระยะที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก โดยการโอบกอด สัมผัส ประสานสายตา การให้ทารกดูดนมมารดาครั้งแรกภายใน 30 นาทีแรกหลังคลอด (จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, 2550; ทศนีย์ กลั่นเขตรกิจ, 2549; ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, 2556; ภิญญู เสโต, 2553; ศศิธร เดชะมวดี ไววิทย์, 2558; Lowdermilk et al., 2016)

5.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะคลอด การคลอดเป็นกลไกตามธรรมชาติของร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ กล่าวคือ เมื่อมีการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์มาจนระยะหนึ่ง นั่นคือ เมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ เพื่อชักนำให้เข้าสู่ระยะคลอด เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบการหายใจ ระบบไตทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อและต่อมไร้ท่อ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆจากต่อมไร้ท่อ และจากรก โดยการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน เช่น ออกซิโทซิน (oxytocin) เอสโตรเจน (estrogen) พรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) และคอร์ติซอล (cortisol) เป็นต้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆในอุ้งเชิงกราน คือ การยืดขยายของมดลูก และการหลั่งสารต่างๆที่กระตุ้นการตอบสนองต่อความปวดของร่างกายส่งผลให้มีการหดตัวของมดลูก และเกิดความปวดขึ้นเพื่อให้เกิดแรงดันส่งทารกเข้าสู่อุ้งเชิงกราน การหดตัวของมดลูกทำให้มีการบาง และการเปิดขยายของปากมดลูก ส่งผลให้ทารกสามารถคลอดทางช่องคลอดได้ ความปวดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีความก้าวหน้าของการคลอดเพิ่มขึ้น และความปวดจะหายไปเมื่อทารกคลอดออกมาแล้ว สตรีครรภ์แรกจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้สตรีครรภ์แรกเตรียมตัวเตรียมใจ ฝึกฝนทักษะต่างๆ เพื่อที่จะสามารถใช้เทคนิคต่างๆเพื่อบรรเทาความปวดได้เหมาะสม และรับรู้ว่าการปวดเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทำให้เกิดความก้าวหน้าในการคลอด (ศศิธร เดชะมวดี ไววิทย์, 2558; Lowdermilk et al., 2016)

6. การบรรเทาความปวดในระยะคลอด

การบรรเทาความปวดในระยะคลอดมี 2 วิธีการหลัก คือ การบรรเทาความปวดโดยใช้ยา และการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา

6.1 การบรรเทาความปวดโดยใช้ยา ในปัจจุบันมีหลากหลายวิธีในการช่วยบรรเทาปวดในระยะคลอด เช่น ยาบรรเทาปวดชนิดฉีด ทั้งกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) และไม่ใช่โอปิออยด์ (non opioid) ยาบรรเทาปวดชนิดสูดดม ยาระงับความรู้สึก และยาบรรเทา

ปวดเฉพาะที่ เช่น การฉีดยาบรรเทาปวดบริเวณเยื่อหุ้มน้ำไขสันหลัง (epidural block) เป็นต้น การใช้ยาบรรเทาปวดนั้นมีทั้งผลดี และผลเสีย ผลดี คือ บรรเทาปวดได้เร็ว ผลเสีย คือ ในยาบรรเทาปวด โดยเฉพาะชนิดที่มีการกล่อมประสาท อาจทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงของยา และถ้าให้ในระยะใกล้คลอดอาจมีผลต่อการกดการหายใจทารกแรกเกิด ในยาบรรเทาปวดเฉพาะที่ อาจทำให้สตรีครรภ์แรกไม่สามารถรับรู้ถึงความรู้สึกอยากเบ่งในระยะคลอดส่งผลให้มีการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการคลอดเพิ่มมากขึ้น เห็นได้ว่ามีผลเสียมากกว่าผลดี โดยเฉพาะผลเสียในด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งตัวสตรีครรภ์แรก และทารกในครรภ์ (ศศิธร เตชะมวลไววิทย์, 2558; Lowdermilk et al., 2016)

6.2 การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ในปัจจุบันมีเทคนิคที่ใช้ในการบรรเทาความปวดในระยะคลอดหลายเทคนิค แต่ละเทคนิคจะต้องมีการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ เพื่อให้สตรีครรภ์แรกมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้ดีในระยะคลอด สตรีครรภ์แรกควรเลือกเทคนิคที่ตนเองสนใจ และเลือกให้หลากหลายเทคนิค เพราะความสนใจทำให้สตรีครรภ์แรกมีแรงจูงใจในการฝึกฝน ส่วนการเลือกเทคนิคที่หลากหลายส่งผลให้การควบคุมความปวดในระยะคลอดมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากหากเทคนิคที่เลือกใช้อันดับแรกไม่ได้ผลก็ยังมีเทคนิคอื่นที่สามารถทดแทนได้ ตัวอย่างเทคนิคในการควบคุมความปวดมีดังต่อไปนี้ เทคนิคการหายใจ (breathing technique) เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation technique) การเคลื่อนไหว (movement) และการเปลี่ยนท่า (position) การสัมผัสและการนวด (touching and massage) การลูบหน้าท้อง (effleurage) และการนวดร่วมกับการประคบร้อน เป็นต้น (จิราวรรณ คล้ายวิเศษ, ศรีสมร ภูมณสกุล และ จรัสศรี ชีระกุลชัย, 2559; ศศิธร เตชะมวลไววิทย์, 2558; London, Ladewig, Ball, Bindler, & Cowen, 2011; Lowdermilk et al., 2016; Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Wilson, 2010)

7. การปฏิบัติตนในระยะคลอด

สตรีครรภ์แรกควรมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะคลอด ไม่ว่าจะเป็นการใช้เทคนิคต่างๆควบคุมความปวดเมื่อเกิดอาการปวด การให้ความร่วมมือในการตรวจต่างๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การไม่ลุกเดินไปมาภายหลังมีการแตกของถุงน้ำคร่ำ นอกจากนี้ยังรวมถึงความรู้เกี่ยวกับอาการเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและการปฏิบัติตนในระยะเบ่งคลอด เช่น อาการปวดเบ่ง และการเบ่งคลอดที่ถูกวิธี เป็นต้น เพื่อให้สตรีครรภ์แรกได้มีเวลาทบทวน ฝึกฝนในระยะตั้งครรภ์ และสามารถนำความรู้ที่นำมาปฏิบัติตนในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม (กัญญา โสโส, 2553; มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2549; อธิษฐาน แต่แดงเพชร, นิลุบล รุจิประเสริฐ และ วิชุดา ไชยความงคล, 2555; Lowdermilk et al., 2016; Perry et al., 2010)

ความรู้เกี่ยวกับการคลอดข้างต้นเป็นสิ่งที่สตรีครรภ์แรกจำเป็นต้องรู้ โดยสตรีครรภ์แรกสามารถหาความรู้ได้จากสื่อต่างๆดังที่กล่าวไปแล้ว ทั้งนี้สตรีครรภ์แรกเองต้องมีการเตรียมตัวเตรียมความพร้อมในการฝึกฝนทักษะต่างๆ ในด้านการบริหารร่างกาย เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และการฝึกฝนเทคนิคการควบคุมความปวดโดยไม่ใช้ยา เพื่อที่จะสามารถใช้เทคนิคเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะคลอด ซึ่งพบว่าหากสตรีครรภ์แรกมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดแล้วนั้น จะมีความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดลดลง ส่วนการใช้เทคนิคต่างๆแทนการใช้ยาในการบรรเทาปวดนั้น ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองในระยะคลอด ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้สถานการณ์ในห้องคลอดเนื่องด้วยเป็นบริบทของประเทศไทยที่จำกัดบุคคลภายนอกในการเฝ้าคลอด หรือการเข้าเยี่ยม สิ่งหนึ่งที่พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ความมั่นใจกับสตรีครรภ์แรก คือ การที่สตรีครรภ์แรกจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ตลอดระยะเวลาของคลอดบุตร เพื่อให้สตรีครรภ์แรกมีความมั่นใจ ลดความกลัว และความวิตกกังวลจากการแยกจากครอบครัวในระยะคลอด และยังส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรับฟังคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ความร่วมมือในการตรวจจากการใช้หัตถการต่างๆในระยะคลอด เพื่อความปลอดภัยต่อทั้งตัวสตรีครรภ์แรกและทารกในครรภ์ (วันเพ็ญ ไสยมรรคา, 2555; ศศิธร เตชะมวลิวิทย์, 2558; Berentson-Shaw et al., 2009; Lowdermilk et al., 2016; Lowe, 1991, 2000; Melander, 2002)

ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแหล่งการเรียนรู้ทั้ง 4 แหล่ง (source of self-efficacy information) นั้น พบว่าแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากที่สุด คือ การเรียนรู้ความสำเร็จจากประสบการณ์ในอดีต (enactive mastery experience) ซึ่งในบริบทของการคลอดบุตร นั่นคือ การเรียนรู้จากประสบการณ์การคลอดในอดีต แต่สตรีครรภ์แรกไม่สามารถกระทำได้นี้เนื่องจากการตั้งครรภ์ครั้งแรกจากการศึกษาของดรัมมอนด์ และริควูด (Drummond & Rickwood, 1997) เป็นการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้เครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศออสเตรเลีย พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีตั้งครรภ์ได้แก่ ประสบการณ์การคลอดที่ดีจากการคลอดครั้งก่อน ตามมาด้วยความรู้เกี่ยวกับการคลอด และผลการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดในระดับมาก จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับสูง ($r = .32, p < .01$) ซึ่งจากการศึกษานี้แสดงว่านอกจากประสบการณ์การคลอดแล้วปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการตั้งครรภ์แรก คือ ความรู้เกี่ยวกับการคลอดนั่นเอง และพบว่าความรู้เกี่ยวกับการคลอดมีความเกี่ยวข้องกับแหล่งข้อมูลแหล่งที่ 2 และ 3 คือ การเรียนรู้จากการสังเกตแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของบุคคลอื่น (vicarious experience) และการโน้มน้าว

ด้วยคำพูดจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่สตรีครรภ์แรกได้รับนั้น ล้วนมาจากสื่อต่างๆ จากบุคคลอื่นที่เคยมีประสบการณ์การคลอด หรือการได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยฝากครรภ์

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่สตรีครรภ์แรกได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดจากพยาบาลผดุงครรภ์ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลในแหล่งที่ 2 และ 3 ของการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของเบนคูรา (1997) นั้นจะทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับสตรีครรภ์แรกที่ไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดจากพยาบาลผดุงครรภ์ ดังเช่น การศึกษาของรัชนันต์ ธีรรดา (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดโดยใช้แนวคิดของลามาช ต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอดโดยศึกษาในสตรีครรภ์แรกจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดโดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่ดัดแปลงมาจากแบบความรู้เกี่ยวกับการคลอดของของประทุมพร เพียรจริง และคณะ (2544) ผลการศึกษาพบว่าสตรีครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการคลอด ($\text{mean} = 19.40$ คะแนน, $\text{S.D.} = 0.63$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\text{mean} = 15.57$ คะแนน, $\text{S.D.} = 1.59$) ($p < .05$) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\text{mean} = 18.60$ คะแนน, $\text{S.D.} = 1.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดจากพยาบาลประจำการก็มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดสูงกว่าก่อนได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำการ ($\text{mean} = 15.73$ คะแนน, $\text{S.D.} = 2.34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา เสือโส (2553) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อคลอดในสตรีวัยรุ่นครรภ์แรกโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด ศึกษาในสตรีวัยรุ่นครรภ์แรกจำนวน 76 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม วัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดโดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดของรัชนันต์ ธีรรดา (2548) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดของประทุมพร เพียรจริง และคณะ (2544) ผลการศึกษาพบว่าสตรีวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการคลอด ($\text{mean} = 19.55$ คะแนน, $\text{S.D.} = 0.62$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\text{mean} = 12.05$ คะแนน, $\text{S.D.} = 1.92$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การศึกษาข้างต้นเห็นได้ว่าถึงแม้ว่าความรู้เกี่ยวกับการคลอดนั้นจะสามารถสืบค้นได้จากสื่อต่างๆแล้ว แต่การที่สตรีครรภ์แรกได้รับคำแนะนำโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญจะมีประสิทธิภาพสูงกว่าการค้นหาคำตอบด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นความรู้ที่ได้รับตามปกติจากพยาบาลประจำการ หรือการได้เข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยก็ตาม เป็นเพราะว่าความรู้ที่ได้รับเป็นความรู้ที่มาจากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ ทั้งนี้หากสตรีครรภ์แรกมีข้อสงสัยก็สามารถสอบถามได้โดยตรง และมีการให้คำแนะนำป้อนกลับจากการฝึกปฏิบัติตนในเรื่องต่างๆ

เพื่อให้สตรีครรภ์แรกได้นำไปพัฒนาตนเองต่อที่บ้านได้ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่สตรีครรภ์แรกทุกรายควรเข้ารับฟังคำแนะนำต่างๆ ที่สถานพยาบาลจัดขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับการคลอด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้ของรชนันต์ ธีรดา (2548) ที่ดัดแปลงมาจากระทุมพร เพียรจริง และคณะ (2544) มาใช้วัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดในสตรีครรภ์แรกเนื่องจากมีบริบทที่คล้ายคลึงกัน

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่สตรีครรภ์แรกจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้นั้น จะต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีความรู้เกี่ยวกับการคลอด (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ, 2553; ทัศนีย์ กลั่นเขตรกิจ, 2549; Byrne, Hauck, Fisher, Bayes, & Schutze, 2014; Ibach et al., 2007; Lowe, 1991, 1993) ดังเช่นการศึกษาของคริส (Kish, 2003) ที่ศึกษาในสตรีครรภ์แรกจำนวน 46 ราย โดยศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด ผลการศึกษาพบว่าสตรีครรภ์แรกที่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดในระดับมาก จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับสูง ($r = .39, p = .007$)

ถึงแม้ว่าสตรีครรภ์หลังจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากกว่าในสตรีครรภ์แรกจากการมีประสบการณ์การคลอดในอดีต แต่พบว่าภายหลังจากที่ได้รับคำแนะนำในการเตรียมความพร้อมสำหรับคลอด ระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดทั้งสตรีครรภ์แรกและสตรีครรภ์หลังไม่แตกต่างกัน (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991, 1993, 2000) ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับคลอดจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก เห็นได้จากการศึกษาของอีป และคณะ (Ip et al., 2009) ที่ศึกษาในประเทศจีนกับสตรีครรภ์แรกจำนวน 133 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจำนวน 60 ราย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 73 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดสูงกว่า ($\text{mean} = 119.22$ คะแนน, $\text{S.D.} = 23.64$) กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\text{mean} = 98.46$ คะแนน, $\text{S.D.} = 23.36$) ($p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่ามีความวิตกกังวลในการคลอดที่ต่ำกว่า ($\text{mean} = 5.16$ คะแนน, $\text{S.D.} = 2.79$) ($p = .02$) การรับรู้ความปวดในระยะคลอดต่ำกว่า ($\text{mean} = 5.87$ คะแนน, $\text{S.D.} = 2.00$) ($p < .01$) และมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับสถานการณ์ในการคลอดดีกว่า ($\text{mean} = 48.94$ คะแนน, $\text{S.D.} = 7.90$) ($p < .01$) กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ($\text{mean} = 6.40$ คะแนน, $\text{S.D.} = 2.68$; $\text{mean} = 6.84$ คะแนน, $\text{S.D.} = 2.21$; และ $\text{mean} = 44.99$ คะแนน, $\text{S.D.} = 0.91$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาของวาเซจ-ราฮิมพาวา และคณะ (Vasegh-Rahimparvar et al., 2012) ที่ศึกษาในสตรีครรภ์แรกจำนวน 150 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับสถานการณ์การคลอดจากการใช้ซอฟต์แวร์ช่วยสอน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า

สตรีครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับสถานการณ์การคลอดสูงกว่า (mean = 604.20 คะแนน, S.D. = 16.63) กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (mean = 392.51 คะแนน, S.D. = 16.76) ($p < .001$)

การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดยังสามารถช่วยส่งเสริมให้สตรีครรภ์แรกรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการคลอดทางช่องคลอด ดังเห็นได้จากการศึกษาของทาเฮรี มาซาเฮรี คอร์ซันดี ฮาซซานซาเดห์ และอะมีรี (Taheri, Mazaheri, Khorsandi, Hassanzadeh, & Amiri, 2014) โดยศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ชาวอิหร่านจำนวน 130 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดสูงกว่า (mean = 29.50 คะแนน, S.D. = 3.80) ก่อนได้รับโปรแกรม (mean = 12.80 คะแนน, S.D. = 5.40) ($p < .001$) และพบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมจำนวนร้อยละ 71.4 เลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอดซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่เลือกการคลอดทางช่องคลอดเพียงร้อยละ 53.8 ($p < .05$) การศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการที่สตรีครรภ์แรกมีความรู้เพิ่มมากขึ้น จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากขึ้น และสตรีครรภ์แรกจะไม่มีอาการกลัวกับสถานการณ์ต่างๆ ในการคลอดที่จะเกิดขึ้น เป็นผลให้สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดบุตรโดยไม่จำเป็นได้ นอกจากนี้การคลอดทางช่องคลอดยังส่งผลต่อการฟื้นตัวที่รวดเร็ว ซึ่งสามารถทำหน้าที่ในการเป็นมารดาได้เร็ว ลดค่าใช้จ่าย และลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลอีกด้วย

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด และการจัดการกับความวิตกกังวลและความกลัวอย่างเหมาะสมยังสามารถช่วยลดวงจรความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อีกทางหนึ่ง (fear-tension-pain cycle) (จารุพร เพ็ชรอยู่, 2555; ปาริฉัตร อารยะจารุ และคณะ, 2555; มาระดี ไชยรบ, 2552; Ayers & Pickering, 2005; Cheung, Ip, & Chan, 2007; Dick-Read, 1984; Ricci, 2013; Ward & Hisley, 2009) ดังเช่นการศึกษาของ ปาริฉัตร อารยะจารุ และคณะ (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดต่อความวิตกกังวลในการคลอด โดยศึกษาในสตรีวัยรุ่นครรภ์แรกจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย ผลการศึกษาพบว่าสตรีวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความวิตกกังวลต่อการคลอดต่ำกว่า (mean = 36.88 คะแนน, S.D. = 5.07) กลุ่มควบคุม (mean = 41.04 คะแนน, S.D. = 7.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 1,410 รายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับความกลัวการคลอด ผลการศึกษาพบว่าทั้งในสตรีครรภ์แรก และสตรีครรภ์หลังที่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอด

ระดับมาก จะมีความกลัวการคลอดในระดับต่ำ ($r = -.20, p < .001$ และ $r = -.12, p = .001$ ตามลำดับ) (Toohill et al., 2014)

การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการคลอดเพื่อเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดยังมีการศึกษาของลี และฮอลรอยด์ (Lee & Holroyd, 2009) ที่ได้ศึกษาผลของการเข้ารับฟังคำแนะนำจากพยาบาลผดุงครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า การเข้ารับฟังคำแนะนำได้รับประโยชน์ 3 ประการคือ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอด ได้รับการส่งเสริมให้กระบวนการคลอดดำเนินไปได้อย่างราบรื่น และการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันการศึกษานี้ของอะนาราดอ อะลี เนานู ชินวิบา และอ็อกโบลู (Anarado, Ali, Nwonu, Chinweuba, & Ogbolu, 2015) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับคลอด และการจัดการความปวดในระยะคลอด โดยศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์จำนวน 245 ราย ผลการศึกษพบว่าสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดถึงร้อยละ 68.6 แต่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในระยะคลอดที่น้อยหรือจำกัด โดยมีสตรีตั้งครรภ์ที่สามารถบอกเทคนิคการบรรเทาความปวดอย่างน้อย 4 เทคนิคได้เพียงร้อยละ 34.7 และสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการจัดการกับความปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยาเพียงร้อยละ 0-28.3 ซึ่งเห็นได้ว่าแม้จะมีความรู้เกี่ยวกับการคลอด แต่หากขาดความรู้ในเทคนิคการจัดการกับความปวดอย่างเหมาะสมก็จะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด จากการศึกษาต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับการคลอดไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ยังมีอีกหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลเช่นเดียวกัน เช่น ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด เป็นต้น

แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) หมายถึง ความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนต่างๆ ที่บุคคลได้รับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนอาจเป็นการให้ความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่ การเงิน วัตถุสิ่งของ แรงงาน การให้ความรู้ การให้ข้อมูลรวมทั้งการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการประเมินตนเอง โดยเฮ้าส์ (House, 1981) ได้แบ่งการช่วยเหลือสนับสนุนออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (emotional support) ข้อมูลข่าวสาร (information support) ทรัพยากร (instrumental support) และการประเมินเปรียบเทียบ (appraisal support)

ในส่วนของการตั้งครรภ์และการคลอดนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมของสตรีครรภ์แรก หมายถึง การสนับสนุนช่วยเหลือที่มาจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสตรีครรภ์แรกกับบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลอื่นในการช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆ ทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981)

ดังนี้ (จิราวรรณ นิรมิตภาย, 2551; อารีรัตน์ แนวชาลี, ศรีสมร ภูมณสกุล, อรพินธ์ เจริญผล, 2551; House & Kahn, 1985)

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนที่มีผลต่อความรู้สึกของผู้รับ เช่น การให้กำลังใจ การให้ความรัก การเอาใจใส่ การแสดงความเข้าใจ ความเห็นใจ และความห่วงใย (จิราวรรณ นิรมิตภาย, 2551; อารีรัตน์ แนวชาลี และคณะ, 2551) ซึ่งในสตรีครรภ์แรกนั้นการคลอดถือเป็นเรื่องที่น่ากลัว เป็นเหตุการณ์ที่มีความไม่แน่นอน ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางด้านนี้ส่งผลให้สตรีครรภ์แรกมีกำลังใจ ลดความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดได้ (Bryanton et al., 2008)

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับ เช่น ความรู้หรือทักษะในเรื่องต่างๆ (จิราวรรณ นิรมิตภาย, 2551; อารีรัตน์ แนวชาลี และคณะ, 2551) ในสตรีครรภ์แรกที่ไม่มีประสบการณ์การคลอด การได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดจากบุคคลอื่นเป็นสิ่งที่จำเป็น เช่น การได้รับฟังประสบการณ์การคลอดจากมารดา เพื่อน หรือญาติ การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลผดุงครรภ์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น เพื่อให้สตรีครรภ์แรกสามารถนำเอาความรู้ที่ได้มาเตรียมตัวเพื่อคลอดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถนำไปสู่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่เพิ่มขึ้นได้ (Gibbin & Thomson, 2001; Iravani et al., 2015)

3. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) คือ การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน การจัดหาสิ่งของ สิ่งแวดล้อม การให้เวลา หรือกระทำการให้ความช่วยเหลือด้านแรงงาน (จิราวรรณ นิรมิตภาย, 2551; อารีรัตน์ แนวชาลี และคณะ, 2551) ในการตั้งครรภ์ และการคลอด สตรีครรภ์แรกย่อมต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวในเรื่องต่างๆ เช่น การช่วยเหลือด้านการเงินในค่าใช้จ่ายต่างๆเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด การช่วยเหลือจัดหาข้าวของเครื่องใช้สำหรับทารกแรกเกิด การช่วยจัดสถานที่ภายในบ้านเพื่อเตรียมรับสมาชิกใหม่ หรือการมาฝากครรภ์เป็นเพื่อน เป็นต้น

4. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (appraisal support) คือ การให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อให้เกิดการประเมินตนเองของผู้รับ เช่น การเห็นด้วย หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับในทางสร้างสรรค์ ส่งผลให้ผู้รับมีความมั่นใจหรือพัฒนาตนเองในส่วนที่บกพร่อง ดังนั้นการสนับสนุนในด้านนี้จึงเป็นการเสริมแรงอย่างหนึ่ง (จิราวรรณ นิรมิตภาย, 2551; อารีรัตน์ แนวชาลี และคณะ, 2551) ในการตั้งครรภ์มีหลากหลายทักษะที่สตรีครรภ์แรกต้องฝึกฝนเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติตนเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอด ดังนั้นการให้ข้อมูลป้อนกลับ เช่น การชื่นชมเมื่อสตรีครรภ์แรกทำได้ดี การให้คำแนะนำในข้อบกพร่องที่สตรีครรภ์แรกยังขาดอยู่ หรือการเปรียบเทียบ

ให้เห็นว่าสตรีตั้งครรภ์รายอื่นสามารถก้าวผ่านสถานการณ์การคลอดไปได้ สตรีครรภ์แรกเองก็ต้องผ่านไปได้อย่างเดียวกัน จะส่งผลให้มีกำลังใจในการฝึกทักษะต่างๆ และมีกำลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ในการคลอด (Bryanton et al., 2008; Sydsjo Blomberg, Palmquist, Angerbjorn, Bladh, & Josefsson, 2015)

เฮ้าส์ (House, 1981) กล่าวว่าแหล่งที่มาของการสนับสนุนช่วยเหลือขึ้นอยู่กับลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ 1) การให้ความช่วยเหลือที่มาจากความใกล้ชิดสนิทสนม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนสนิท ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และ 2) การให้ความช่วยเหลือที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม ช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น เพื่อนร่วมงาน หรือทีมสุขภาพ โดยมีความสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และทั้งสองลักษณะความสัมพันธ์ที่กล่าวมาข้างต้นมีความสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนทั้งทางด้านทรัพยากร และการประเมินเปรียบเทียบ เช่น การช่วยเหลือเตรียมตัวเพื่อคลอดให้กับสตรีครรภ์แรก ครอบครัวจะเป็นผู้ให้กำลังใจ ให้เวลา จัดหาสิ่งของที่ สตรีครรภ์แรกต้องการ ให้คำชื่นชม ส่วนพยาบาลผดุงครรภ์จะเป็นผู้ให้ความรู้ จัดหาคู่มือ ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ เป็นต้น (อริรัตน์ แวนชาติ และคณะ, 2551)

หากพิจารณาตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) เกี่ยวกับแหล่งข้อมูลในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพบว่าการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลการเรียนรู้จากการสังเกตแบบอย่างที่เหมาะสมความสำเร็จของบุคคลอื่น (vicarious experience) การโน้มน้าวด้วยคำพูดจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) และสภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) ล้วนแล้วแต่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งสิ้น ซึ่งการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) คือ การที่สตรีครรภ์แรกได้รับกำลังใจ ความรัก ความห่วงใยจากบุคคลที่รู้สึกไว้วางใจ เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ เป็นการส่งเสริมการพัฒนาการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลในแหล่งของการโน้มน้าวด้วยคำพูดจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) และสภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) ส่วนอีก 3 ด้านที่เหลือตามชนิดการสนับสนุนของเฮ้าส์ (House, 1981) นั่นคือ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอด เทคนิคการบรรเทาปวด จากบุคคลอื่น หรือบุคลากรทางการแพทย์ ก็เป็นการส่งเสริมข้อมูลในแหล่งการเรียนรู้ในแหล่งของการเรียนรู้จากการสังเกตแบบอย่างที่เหมาะสมของผู้อื่น (vicarious experience) และการโน้มน้าวด้วยคำพูดจากผู้อื่น (verbal persuasion) (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991) เห็นได้ว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของสตรีครรภ์แรกนั้นมาจากการสนับสนุนช่วยเหลือทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) ซึ่งเป็นส่วนที่ช่วยเติมเต็มแหล่งข้อมูลทั้ง 3 แหล่งตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura 1997) ในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดให้กับสตรีครรภ์แรกได้

การศึกษาของอะตานาสิโอ และคณะ (Attanasio et al., 2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความมั่นใจในการคลอด โดยศึกษาในสตรีครรภ์แรกจำนวน 1,573 ราย ผลการศึกษาพบว่าสตรีที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสามีจะมีความมั่นใจในการคลอดเพิ่มขึ้น (adjusted odds ratio 3.76; 95% confidence interval: 1.43, 9.94) กล่าวคือจะมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ส่งผลต่อการควบคุมตนเองในระยะคลอดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไบรย์ตัน และคณะ (Bryanton et al., 2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกของสตรีหลังคลอดในประเทศแคนาดา ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดได้ ($\beta = 4.00, p < .05$ และ $\beta = 2.10, p < .05$ ตามลำดับ)

กิบบิน และทอมสัน (Gibbins & Thomson, 2001) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในสตรีครรภ์แรกในประเทศอังกฤษโดยเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าสตรีครรภ์แรกจะสามารถรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะแห่งตนในการจัดการสถานการณ์ในการคลอดนั้นเป็นผลมาจากการได้รับการสนับสนุนจากสามี และการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลผดุงครรภ์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งระยะคลอด เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด การได้รับโอกาสในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ในระยะคลอด เป็นต้น จึงส่งผลให้มีประสบการณ์การคลอดที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของอิรวานี และคณะ (Iravani et al., 2015) ที่พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลากรทางการแพทย์ และจากครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดได้ ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด โดยพบว่าหากสตรีครรภ์แรกมีความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดในระดับสูง จะส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับต่ำ ดังเช่นการศึกษาของซาลิไฮ และคณะ (Salehi et al., 2016) ได้ทำการศึกษาในสตรีครรภ์แรกจำนวน 84 รายเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้สามีในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนสตรีครรภ์แรกในระยะคลอดกับระดับความวิตกกังวลในการคลอด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความวิตกกังวลในการคลอดน้อยกว่า (mean = 36.00 คะแนน, S.D. = 10.70) กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (mean = 42.10 คะแนน, S.D. = 41.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่ประเทศออสเตรเลียจำนวน 1,368 รายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความกลัวการคลอด ผลการศึกษาพบว่าในสตรีครรภ์แรกจำนวน 596 ราย และสตรีครรภ์หลังจำนวน 772 รายที่ได้รับแรงสนับสนุนจากสามีจะมีความกลัวการคลอดในระดับต่ำ ($r = -.14, p < .001$ และ $r = -.14, p < .001$) (Toohill et al., 2014)

แม้ว่าหลายการศึกษาข้างต้นพบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของสตรีครรภ์แรกแต่จากการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิภาพเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในประเทศออสเตรเลีย ของดรัมมอนด์ และริกวูด (Drummond & Rickwood, 1997) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = .14, p > .05$) จึงอาจกล่าวได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสตรีครรภ์หลังมากกว่าสตรีครรภ์แรกเนื่องจากสตรีครรภ์แรกมีความคาดหวังในความต้องการการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หรือจากบุคคลใกล้ชิด (Fleming, Smart, & Eide, 2011; Schwartz et al., 2015)

การศึกษาข้างต้นแม้ว่าจะมีบางการศึกษาที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด แต่มีการศึกษาอีกมากที่พบว่าสตรีครรภ์แรกมีความต้องการการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสามี หรือครอบครัวที่เป็นบุคคลสำคัญ และจากพยาบาลผดุงครรภ์ทั้งในระยะตั้งครรภ์ และในระยะคลอด ซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุนใน 4 ด้านตามชนิดการช่วยเหลือสนับสนุนของเฮาส์ (House, 1981) และตามการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน 4 แหล่งข้อมูล (source of self-efficacy information) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด ทั้งยังช่วยส่งเสริมให้สตรีครรภ์แรกเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอด มีผลลัพธ์การคลอดที่ดี และได้รับประสบการณ์การคลอดที่ดี

ความวิตกกังวลในการคลอด

ความวิตกกังวล หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจ หรือความหวาดวิตก โดยความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติของร่างกายให้ทำงานเพิ่มมากขึ้น (ฉวี เบาทรวง, 2526; Spielberg et al., 1983) ความวิตกกังวลตามแนวคิดของสปีลเบิร์ก และคณะ (Spielberger et al., 1983) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) trait anxiety คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล มีความเกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้หล่อหลอมเป็นลักษณะนิสัยประจำตัวของบุคคล 2) state anxiety คือ ความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการพิจารณาแล้วพบว่าสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นเป็นภาวะคุกคามหรือมีอันตราย และความวิตกกังวลชนิดนี้เกิดขึ้นเฉพาะเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเท่านั้น เช่น การสอบ การคลอดบุตร เป็นต้น

บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะมีการแสดงออกได้เป็น 4 ลักษณะ คือ 1) การแสดงออกทางสภาวะอารมณ์ มีลักษณะของอารมณ์ที่มีความแปรปรวนในรูปแบบต่างๆ เช่น หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย

ร้องไห้ง่าย หรือมีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น 2) การแสดงออกทางพฤติกรรม ได้แก่ การหลบเลี่ยงการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล การไม่ให้ความร่วมมือ การแยกตัว 3) การแสดงออกทาง การรับรู้ ได้แก่ การไม่มีสมาธิจดจ่อในการกระทำสิ่งต่างๆ กระวนกระวาย ตื่นตกใจง่าย 4) การแสดงออกทางสรีรวิทยา ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆของร่างกาย เช่น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร วิตกกังวล เสียวตามปลายมือปลายเท้า รู้สึกจะเป็นลม เหงื่อออกมากที่มือ นอนไม่หลับ เป็นต้น (จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, 2550)

ความวิตกกังวลมีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้ (จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, 2550)

1. ความวิตกกังวลในระดับต่ำ (mild anxiety) ในระดับนี้ร่างกายของบุคคล จะมีความตื่นตัวสูง สามารถรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด เป็นระดับที่บุคคลพร้อมที่จะเผชิญ และจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม
2. ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (moderate anxiety) ในระดับนี้บุคคล จะมีการรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแบบลง แต่ร่างกายยังมีความตื่นตัวอยู่ในระดับหนึ่ง สามารถแก้ไข หรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้เพียงบางอย่าง ถ้าได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นอาจลดลงหรือหายไป
3. ความวิตกกังวลในระดับสูง (severe anxiety) ระดับนี้บุคคลจะมีการรับรู้ สถานการณ์ที่แบบลงมาก ไม่มีสมาธิในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถแก้ปัญหา หรือจัดการ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง
4. ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (panic anxiety) เป็นระดับที่วิกฤติ เนื่องจาก บุคคลไม่สามารถตัดสินใจหรือกระทำการใดๆได้ การรับรู้เปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิง ซึ่งส่งผลต่อ การกระทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

จากระดับความวิตกกังวลข้างต้น จะเห็นได้ว่าหากบุคคลได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม โดยเฉพาะบุคคลที่มีระดับความวิตกกังวลในระดับต่ำหรือระดับปานกลาง จะสามารถช่วยลดความ วิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ (จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, 2550)

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดของสตรีครรภ์แรก เกี่ยวกับความไม่สบายใจ หรือความทุกข์ใจเกี่ยวกับการคลอดบุตร แตกต่างจากความวิตกกังวลทั่วไป ซึ่งเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล และสามารถเกิดได้อย่างต่อเนื่องในทุกระยะของการตั้งครรภ์ (Sieber et al., 2006) นอกจากนี้ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีรวิทยา และ ทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นภาวะทางจิตใจที่เกิดขึ้นพร้อมกับความกลัวการคลอด เนื่องจากการคลอด นั้นเป็นสถานการณ์ที่สตรีครรภ์แรกประเมินแล้วรู้สึกว่าเป็นภาวะคุกคามที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อ ตนเองและทารกในครรภ์ (ชนิดาภา เนียมปัสชา และคณะ, 2554; Dick-Read, 1984; Firouzbakht, Nikpour,

Salmalian, Ledari, & Khafri, 2014; Melender, 2002) จึงมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด และหากพิจารณาตามแหล่งข้อมูลในการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) พบว่าความวิตกกังวล และความกลัวเป็นอุปสรรคในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน แหล่งข้อมูลด้านสภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) โดยความวิตกกังวล ในการคลอดสามารถกระตุ้นให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนความเครียด เช่น แครทีโคลามีน (catecholamine) อีพิเนฟริน (epinephrine) เป็นต้น ส่งผลให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของชีพจร ความดัน โลหิต ซึ่งมีผลต่อภาวะไม่สบายตัวต่างๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เป็นต้น และยังสามารถกระตุ้น ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว หรือซึมเศร้า เป็นต้น จึงนำความวิตกกังวล มาสะท้อนสภาวะอารมณ์ของสตรีครรภ์แรกได้ โดยการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย และอารมณ์ที่ เกิดขึ้นนี้มีผลต่อการเรียนรู้ การจดจำ และการแสดงพฤติกรรมต่างๆของบุคคล (พัชรเวชย์ เฝยกลาง และ คณะ, 2559; วันเพ็ญ ไสยมรรคา และคณะ, 2555) ทำให้สตรีครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ การคลอดลดลง ดังเช่น การศึกษาของเอเยอร์ และพิกเกอร์ริง (Ayers & Pickering, 2005) ที่ศึกษาในสตรี ตั้งครรภ์จำนวน 289 ราย เกี่ยวกับภาวะทางจิตสังคมในระยะคลอดกับการควบคุมสถานการณ์ความปวด ในระยะคลอด ผลการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับความวิตกกังวลในการคลอดสูง มีผลต่อสภาวะ อารมณ์ที่ไม่ดีในระยะคลอด ($r = .21, p < .001$) และทำให้ระดับความสามารถในการเผชิญความปวด ในระยะคลอดลดลง ($r = -.19, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของบีเบ และคณะ (Beebe et al., 2007) ได้ ทำการศึกษาระดับความวิตกกังวลต่อการคลอดของสตรีครรภ์แรกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ การคลอด จำนวน 35 ราย ผลการศึกษาพบว่าสตรีครรภ์แรกที่มีความวิตกกังวลต่อการคลอดในระดับสูง จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับต่ำ ($r = -.35, p < .05$) และการศึกษาของชุง และ คณะ (Cheung et al., 2007) ที่พบว่าสตรีครรภ์แรกที่มีระดับความวิตกกังวลต่อการคลอดสูงจะมีการรับรู้ ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ในระยะคลอดต่ำ ($r = -.20, p < .05$)

การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเพื่อลดความวิตกกังวลในการคลอด จากที่กล่าวมาแล้วใน หัวข้อข้างต้นพบว่าทำให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดสามารถลดความวิตกกังวลในการคลอดของ สตรีครรภ์แรกได้ (ปาริฉัตร อารยะจารุ และคณะ, 2555; Gibbin & Thomson, 2001) ดังเช่นการศึกษาของ ดรัมมอนด์ และริกวูด (Drummond & Rickwood, 1997) ที่ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ในประเทศออสเตรเลีย จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าสตรีที่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดในระดับมาก จะมีความวิตกกังวล ในการคลอดระดับต่ำ ($r = -.21, p < .05$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับ การคลอดต่อความวิตกกังวลในการคลอด โดยทำการศึกษาในสตรีครรภ์แรกจำนวน 100 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 50 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความรู้ เกี่ยวกับการคลอดมากกว่า (mean = 54.30 คะแนน, S.D. = 3.86) กลุ่มควบคุม (mean = 31.08 คะแนน,

S.D. = 1.96) และมีระดับความวิตกกังวลในการคลอดต่ำกว่า (mean = 44.80 คะแนน, S.D. = 5.58) กลุ่มควบคุม (mean = 49.22 คะแนน, S.D. = 4.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) (Madhavanprabhakaran, D'Souza, & Nairy, 2016) และการศึกษาของไคคิน มากัส คิลิเชค และบาลิก (Khaikin, Marcus, Kelishek, & Balik, 2016) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อคลอดต่อระดับความวิตกกังวลในการคลอด โดยศึกษาในสตรีครรภ์แรกจำนวน 102 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเตรียมตัวเพื่อคลอดเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์จำนวน 31 ราย ระยะเวลา 2 สัปดาห์จำนวน 39 ราย และกลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 32 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่มมีระดับความวิตกกังวลในการคลอดต่ำกว่า (mean = 49.40 คะแนน, S.D. = 5.20 และ mean = 50.60 คะแนน, S.D. = 5.80 ตามลำดับ) ก่อนได้รับโปรแกรม (mean = 51.2 คะแนน, S.D. = 4.00 และ mean = 52.20 คะแนน, S.D. = 5.80 ตามลำดับ) ($p = .04$ และ $p = .01$ ตามลำดับ) และการศึกษานี้พบว่าความวิตกกังวลในการคลอดของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = -.26$, $p = .03$ และ $r = -.48$, $p = .001$ ตามลำดับ)

การศึกษาทั้งหมดข้างต้นกล่าวได้ว่าความวิตกกังวลในการคลอดเป็นความวิตกกังวลในขณะเผชิญ ซึ่งมีสาเหตุมาจากความไม่แน่ใจต่อสถานการณ์ในระยะคลอดที่ใกล้จะมาถึง ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในการเผชิญ และการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอด ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด และการให้การสนับสนุนช่วยเหลือสตรีครรภ์แรกทั้ง 4 ด้านตามการสนับสนุนช่วยเหลือของเฮาส์ (House, 1981) จะสามารถช่วยให้สตรีครรภ์แรกได้รับการจัดการในเรื่องความวิตกกังวลในการคลอดอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

ความกลัวการคลอด

ความกลัวการคลอด หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดของสตรีครรภ์แรก ที่ส่งผลให้เกิดการรับรู้ของตนเองได้รับการคุกคามทางจิตใจเกี่ยวกับการคลอด (วันเพ็ญ ไสยมรรคา และคณะ, 2555) หากพิจารณาจากแหล่งข้อมูลในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) จะพบว่าความกลัวการคลอดมีความเกี่ยวข้องกับแหล่งการเรียนรู้ในแหล่งที่ 4 คือ สภาวะร่างกายและสภาวะอารมณ์ (physiological and affective state) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่มาจากความคิด ความรู้สึก สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาที่มีผลต่อการเพิ่มหรือลดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้

ความกลัวการคลอดในสตรีครรภ์แรกอาจมีสาเหตุมาจากการที่ไม่เคยผ่านประสบการณ์การคลอดมาก่อน ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการคลอดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรือเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ในทางลบเกี่ยวกับการคลอด และการขาดความรู้เกี่ยวกับการคลอด

(นันทพร แสณศิริพันธ์, 2556; ธวัธรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ, 2556; Kish, 2003; Lowe, 2000; Melander, 2002; Vasegh-Rahimparvar et al., 2012) ความกลัวการคลอดของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามเชื้อชาติ วัฒนธรรม และพบว่าลักษณะความกลัวของสตรีตั้งครรภ์มีอยู่ 2 อย่าง คือ กลัวตนเองได้รับอันตรายจากการคลอด หรือกลัวทารกในครรภ์ได้รับอันตรายจากการคลอด ซึ่งในสตรีครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อนพบว่ามีความกลัวการคลอดในหลายๆเรื่อง เช่น กลัวไปคลอดไม่ทัน กลัวความปวดในระยะคลอด กลัวสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด กลัวคลอดยาก กลัวว่าจะไม่สามารถควบคุมตนเองในระยะคลอดได้ กลัวตนเองและทารกได้รับอันตรายจากการคลอด กลัวเผชิญกับการคลอดเพียงลำพัง กลัวทารกไม่สมบูรณ์ เป็นต้น (บุญทวี สุนทรลี้ศิริ และคณะ, 2552) ดังนั้นสตรีครรภ์แรกจึงมีระดับความกลัวการคลอดสูงกว่าสตรีครรภ์หลัง (ธวัธรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ, 2556; Fenwick et al., 2009; Melander, 2002)

ระดับของความกลัวการคลอดเริ่มจากความไม่แน่นอน ตามมาด้วยความวิตกกังวล จนถึงขั้นกลัวมาก ซึ่งความกลัวการคลอดมากสามารถเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า โทโคโฟเบีย (tokophobia) โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) primary tokophobia เป็นความกลัวจากการที่ไม่เคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์มาก่อนในชีวิต สามารถเกิดได้ตลอดชีวิตเริ่มตั้งแต่วัยรุ่นจนกระทั่งวัยหมดประจำเดือน ความกลัวการคลอดชนิดนี้ส่งผลให้สตรีบางรายเข้มงวดในการคุมกำเนิดมาก หรือบางรายที่ตั้งครรภ์แล้วเลือกการยุติการตั้งครรภ์แทนการตั้งครรภ์ต่อ หรือเลือกการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแทนการคลอดทางช่องคลอด เนื่องจากกลัวการคลอดมาก 2) secondary tokophobia เป็นความกลัวที่เกิดในสตรีที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว แต่ได้รับประสบการณ์การตั้งครรภ์หรือการคลอดที่ไม่ดีมาก่อน เช่น มีบุตรยาก เคยแท้งบุตร หรือคลอดยาก ส่งผลต่อการหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์หรือการคลอดครั้งต่อไป (นันทพร แสณศิริพันธ์, 2556; Hofberg & Ward, 2003; Melander, 2002; Saisto et al., 2001)

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความกลัวการคลอดประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ ประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต โดยพบว่าความกลัวการคลอดนั้นมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีตทั้งที่เกี่ยวข้องกับการคลอด และไม่เกี่ยวข้องกับการคลอด ถ้าสตรีครรภ์แรกมีประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีตที่ไม่ดี จะส่งผลให้สตรีครรภ์แรกมีมุมมองต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ไม่ดีเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ภาวะสุขภาพ เช่น ภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ การมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ก็เป็นสิ่งที่ทำให้สตรีครรภ์แรกเกิดความกลัวการคลอดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะความกลัวเกี่ยวกับความปลอดภัยในการคลอดของตนเองกับทารกในครรภ์ 2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความวิตกกังวล โดยพบว่าสตรีครรภ์แรกที่มีความวิตกกังวลในการคลอดระดับสูง จะมีความกลัวการคลอดในระดับสูงเช่นเดียวกัน และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับต่ำ 3) ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ในสตรีครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

อย่างเพียงพอ จะมีการปรับตัวได้ดีทั้งในด้านจิตสังคม การปรับตัวในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และการปรับบทบาทการเป็นมารดา ดังนั้นการที่สตรีครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี จะมีความกลัวและความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการคลอดบุตร (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556; Fenwick et al., 2009; Melander, 2002)

ความกลัวการคลอดส่งผลกระทบต่อเนื่องในหลายๆด้านตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด ในระยะตั้งครรภ์ความกลัวมีผลต่อการทำงานต่อระบบต่างๆของร่างกาย เช่น มีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนความเครียดที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุที่อาจทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความปวดที่เพิ่มมากขึ้นในระยะคลอดเนื่องจากรับกวนการหดตัวของมดลูกทำให้เกิดการคลอดที่ยาวนานขึ้น ความปวดที่เพิ่มขึ้นนี้ส่งผลต่อการใช้ยาบรรเทาปวดมากขึ้น การใช้ยาที่มากเกินไปมีผลต่อการกดการหายใจของทั้งมารดาและทารก ทั้งหมดนี้เป็นสาเหตุให้มีการใช้สูติศาสตร์หัตถการที่เพิ่มมากขึ้น (ชนิศาภา เนียมปัสชา และคณะ, 2554; Dick-Read, 1984) นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมพบว่าความกลัวที่เกิดขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอดส่งผลกระทบต่อความไม่สมดุลทางสภาวะอารมณ์ซึ่งสามารถส่งผลต่อเนื่องไปยังระยะหลังคลอดได้ ก่อให้เกิดปัญหาในเรื่องการปรับบทบาทมารดา และการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับทารกภายหลังคลอด จึงสามารถนำความกลัวการคลอดมาสะท้อนสภาวะทางอารมณ์ได้ (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556; วันเพ็ญ ไสยมรรคา และคณะ, 2554; Firouzbakht et al., 2014; Melander, 2002)

ความกลัวการคลอดมีผลต่อสตรีครรภ์แรกทั้งทางบวกและทางลบ ทางบวก คือ เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการเตรียมความพร้อมในเรื่องต่างๆเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัว เช่น ในสตรีครรภ์แรกเมื่อมีความรู้สึกลัวการคลอด ก็จะพยายามเตรียมตนเองในด้านต่างๆให้พร้อมสำหรับการคลอดที่จะเกิดขึ้น เช่น การฝึกเทคนิคต่างๆเพื่อบรรเทาความปวด เป็นต้น ในทางลบพบว่าหากสตรีครรภ์แรกมีความกลัวที่มากเกินไป จะส่งผลให้เกิดการหลีกเลี่ยงต่อสถานการณ์นั้นๆ เช่น เลือกการผ่าตัดคลอดบุตรแทนการคลอดบุตรทางช่องคลอด (วันเพ็ญ ไสยมรรคา และคณะ, 2555; Melander, 2002) เห็นได้จากการศึกษาของเซอร์เชคัส และ โอคุมัส (Sercekus & Okumus, 2009) ที่ทำการศึกษาในสตรีครรภ์แรกจำนวน 19 ราย เกี่ยวกับความกลัวการคลอดของสตรีครรภ์แรก ผลการศึกษาสนับสนุนได้ว่าสตรีครรภ์แรกมีความกลัวเกี่ยวกับความไม่แน่นอนต่างๆที่อาจเกิดจากการคลอด เช่น กลัวความปวด กลัวได้รับอันตราย และพบว่าสตรีครรภ์แรก 7 ราย ตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตร

การจัดการกับความกลัวการคลอดสามารถทำได้โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด และการให้การสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเพียงพอตามที่ได้กล่าวไปแล้วในหัวข้อข้างต้น การให้ความรู้ในเรื่องต่างๆเกี่ยวกับการคลอด เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจในระยะคลอด

การบรรเทาปวดในระยะคลอด และการปฏิบัติตนในระยะคลอด เป็นต้น จะทำให้สตรีครรภ์แรกได้เข้าใจกับสภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น จากความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่ได้รับ ในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าการที่สตรีครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเพียงพอจากทั้งครอบครัว และจากบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้สตรีครรภ์แรกเกิดความมั่นใจ มีกำลังใจในการเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในขณะคลอด ทั้งสองปัจจัยนี้จึงช่วยให้สตรีครรภ์แรกมีความเชื่อมั่นในตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆในระยะคลอดเพิ่มมากขึ้น (ชนิดาภา เนียมปัสชา และคณะ, 2554; นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556; วันเพ็ญ ไสยมรรคา และคณะ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศฟินแลนด์ของมีเลนเดอร์ (Melender, 2002) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 20 ราย โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับวิธีที่จะสามารถลดความกลัวการคลอด และเพิ่มความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ในการคลอด ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่ได้มาจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ เช่น การพูดคุยเพื่อหาข้อมูลจากผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอด เช่น บุคลากรทางการแพทย์ การอ่านหนังสือ สืบค้นจากสื่อออนไลน์ สามารถลดความกลัวการคลอด และเพิ่มความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ในระยะคลอดได้ และการศึกษาของ คิซิลิมาค และเบเซอร์ (Kizilirmak & Baser, 2016) ที่ศึกษาในสตรีครรภ์แรกจำนวน 99 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดจำนวน 49 ราย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความกลัวการคลอดน้อยกว่า ($\text{mean} = 42.02$ คะแนน, $\text{S.D.} = 19.05$) ก่อนได้รับโปรแกรม ($\text{mean} = 61.10$ คะแนน, $\text{S.D.} = 20.52$) ($p < .001$) และน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\text{mean} = 58.48$ คะแนน, $\text{S.D.} = 20.36$) ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการคลอดสามารถร่วมกันทำนายความกลัวการคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.15, p < .001$ และ $\beta = -.13, p < .001$ ตามลำดับ) (Toohill et al., 2014)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าความกลัวการคลอด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = -.82, p < .001$; $r = -.36, p < .01$; $r = -.42, p < .01$; และ $r = -.49, p < .001$ ตามลำดับ) (Garthus-Niegel, Storksens, Torgersen, Soest, & Eberhard-Gran, 2011; Lowe, 2000; Salomonsson et al., 2013; Schwartz et al., 2015) หากพิจารณาตามแหล่งการเรียนรู้แหล่งที่ 4 คือ สภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective state) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) จึงอาจกล่าวได้ว่าหากสตรีครรภ์แรกได้รับการจัดการกับความกลัวการคลอดอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของโทฮิล และคณะ (Toohill et al., 2014) ที่ศึกษาการให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอดโดยพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อลดความกลัวการคลอด ซึ่งทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มี

คะแนนความกลัวการคลอดตั้งแต่ 66 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 128 คะแนน วัดด้วยแบบวัด the Wijma Delivery Expectancy / Experience Questionnaire: W-DEQ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 339 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 170 ราย ที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุม 169 ราย ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความกลัวการคลอดลดลงโดยมีคะแนนความกลัวการคลอดลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 19.52 คะแนน (S.D. = 18.59) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีคะแนนความกลัวการคลอดลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 9.28 คะแนน (S.D. = 16.32) ($p < .001$) และมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดสูงกว่า โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 61.10 คะแนน (S.D. = 87.45) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 19.72 คะแนน (S.D. = 92.61) ($p = .002$) เช่นเดียวกับการศึกษาที่ทำโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดร่วมกับการทำสมาธิ พบว่าสตรีครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรม 12 ราย มีระดับความกลัวการคลอดลดลง (mean = 38.92 คะแนน, S.D. = 14.84) เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม (mean = 61.42 คะแนน, S.D. = 13.42) ($p < .001$) และมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มขึ้น (mean = 224.54 คะแนน, S.D. = 25.88) เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม (mean = 171.69 คะแนน, S.D. = 42.10) ($p < .001$) (Byrne et al., 2014) และการศึกษาที่ให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการคลอดกับสตรีตั้งครรภ์จำนวน 63 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจำนวน 31 ราย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 32 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความกลัวการคลอดน้อยกว่า (mean = 37.90 คะแนน, S.D. = 23.40) ก่อนได้รับโปรแกรม (mean = 60.70 คะแนน, S.D. = 25.10) ($p < .001$) และน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (mean = 59.90 คะแนน, S.D. = 19.10) ($p < .01$) และพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดสูงกว่า (mean = 257.60 คะแนน, S.D. = 44.90) ก่อนได้รับโปรแกรม (mean = 219.30 คะแนน, S.D. = 37.70) ($p = .002$) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (mean = 224.10 คะแนน, S.D. = 37.80) ($p < .01$) (Sercekus & Baskale 2016)

การศึกษาข้างต้นเห็นได้ว่าความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการคลอด และมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด จึงส่งผลให้สตรีครรภ์แรกหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสถานการณ์ในการคลอดนำไปสู่การตัดสินใจผ่าตัดคลอดบุตร การจัดการกับความกลัวอย่างเหมาะสม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมกับสตรีครรภ์แรก แม้กระทั่งการประยุกต์นำเอาการฝึกสมาธิมาใช้ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด จะสามารถช่วยลดความกลัวการคลอดให้กับสตรีครรภ์แรกได้

สรุป

ปัจจัยข้างต้นที่เลือกมาในการศึกษาครั้งนี้มีความเกี่ยวข้องกับแหล่งการเรียนรู้ทั้ง 4 แหล่ง (source of self-efficacy information) ในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมพบความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของแต่ละปัจจัย และพบว่าทุกปัจจัยมีผลต่อการเพิ่มหรือลดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ผลจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกมาเป็นข้อมูลในการประเมิน เพื่อวางแผนให้การพยาบาลสตรีครรภ์แรก ทั้งยังสามารถนำมาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด เพื่อให้ครอบคลุมทุกปัจจัย และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive design) เพื่อศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนายของปัจจัยประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสตรีครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ สตรีครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามารักษ์ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2560 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. ตั้งครรภ์เดี่ยว
2. อายุครรภ์ 32 สัปดาห์เป็นต้นไป
3. ไม่มีการวางแผนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการจัดตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น
5. ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น
6. สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้
7. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ใช้สูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน (Cohen, 1988: 445) ซึ่งมีสูตรคือ

$$N = \lambda / f^2$$

โดย n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

λ = noncentrality parameter

f^2 = ค่าอิทธิพล (effect size)

การคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตรข้างต้นผู้วิจัยต้องทราบค่าขนาดอิทธิพลของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ค่าอิทธิพลขนาดเล็ก ($f^2 = .02$) ค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง ($f^2 = .15$) และค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ ($f^2 = .35$)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่คล้ายคลึงกับปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ การศึกษาของชวอร์ซและคณะ (Schwartz et al., 2015) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการคลอด ประสิทธิภาพการปวดในระยะตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกขนาดเล็ก และขนาดปานกลาง ($r = .15, r = .12, r = .26$ และ $r = .49$ ตามลำดับ) และการศึกษาของโลว์ (Lowe, 2000) พบว่าความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกขนาดปานกลาง ($r = .36$) ผู้วิจัยจึงนำขนาดความสัมพันธ์จากการศึกษาข้างต้นมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ได้เท่ากับ .28 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดปานกลางของสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำค่าอิทธิพลจากค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์จากการศึกษาข้างต้นมาเปรียบเทียบกับค่าอิทธิพลขนาดปานกลางของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) พบว่าได้ค่าอิทธิพล คือ f^2 เท่ากับ .15 ซึ่งมีขนาดเพียงพอในการทดสอบสมมติฐาน

เมื่อได้ค่าอิทธิพลแล้ว ลำดับต่อมาผู้วิจัยต้องทราบค่า λ ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่าระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05 และกำหนดอำนาจค่าการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 นำขนาดอิทธิพล ระดับนัยสำคัญและอำนาจค่าการทดสอบมาเปิดตารางสำเร็จรูปของโคเฮน (Cohen, 1988: 452) ได้ค่า λ เท่ากับ 13.30 จึงแทนค่าในสูตรเพื่อคำนวณกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$N = 13.30 / .15$$

$$= 88.67$$

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างข้างต้นผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 89 ราย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเท่ากับ 100 ราย

สถานที่ในการศึกษา

สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามาริบดี เป็นสถานที่ที่ให้บริการฝากครรภ์สตรีตั้งครรภ์ และให้บริการตรวจสตรีหลังคลอดบุตร 6 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีคลินิกเฉพาะทางสำหรับให้คำปรึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาความผิดปกติทางพันธุกรรม และให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ จะได้รับการบริการตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองภาวะเสี่ยง โดยสตรีตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำทั้งหมด 3 ครั้ง จากพยาบาลผดุงครรภ์ คือ ครั้งที่ 1 ในระยะไตรมาสที่ 1 ตั้งแต่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกถึงอายุครรภ์ประมาณ 13 สัปดาห์จะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ ครั้งที่ 2 ในระยะไตรมาสที่ 3 ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อคลอด และครั้งสุดท้ายหลังจากได้รับคำแนะนำในครั้งที่ 2 เรียบร้อยแล้วในการนัดครั้งถัดไปจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการให้นมมารดา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ฉบับ (ภาคผนวก ข) ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยประกอบด้วยข้อมูลของสตรีครรภ์แรกเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา และการวางแผนการตั้งครรภ์ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2. แบบสอบถามประสิทธิภาพการจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินประสิทธิภาพการจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ โดยข้อคำถามมี 1 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิดที่มีคำตอบลักษณะใช่หรือไม่ (dichotomous question) ในประสิทธิภาพการจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ แปลผลเป็นเคยมีประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ กับไม่เคยมีประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์

3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดของ รัชนันต์ ธีรรดา (2548) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดของประทุมพร เพียรจริง

และคณะ (2544) ที่ได้พัฒนาเครื่องมือมาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับชนิดของการคลอด อาการเจ็บครรภ์เตือน อาการเจ็บครรภ์จริง อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล กระบวนการคลอด การบรรเทาปวดในระยะคลอด และการปฏิบัติตนในระยะคลอด แบบวัดมีจำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด ลักษณะคำตอบ คือ เลือกถูกหรือผิด (dichotomous question) ข้อที่ถูกประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1-6, 8-9, 11, 14-16, 18-20 และข้อที่ผิดประกอบด้วยข้อคำถามที่ 7, 10, 12, 13, 17 ในแต่ละข้อคำถามถ้าสตรีครรภ์แรกตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดอยู่ในระดับมาก ซึ่งการแปลผลคะแนนโดยรวมพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อันตรภาคชั้น} &= \text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด/จำนวนกลุ่ม} \\ &= (20-0) / 3 \\ &= 6.67\end{aligned}$$

ช่วงคะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดอยู่ในระดับน้อย

ช่วงคะแนน 8-14 คะแนน หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 15-20 คะแนน หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) รัชนันต์ ธีรรดา (2548) ได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่ได้ทำการดัดแปลงจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดของประทุมพร เพียรจริง และคณะ (2544) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์และการพยาบาลจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลประจำวิทยาลัยพยาบาลจำนวน 3 ท่าน หัวหน้าห้องคลอดประจำศูนย์อนามัยจำนวน 1 ท่าน และหัวหน้าห้องคลอดของโรงพยาบาลประจำจังหวัดจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของการใช้ภาษา จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำเครื่องมือมาใช้ เนื่องด้วยบริบทของสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกันของการศึกษารุ่นนี้กับการศึกษาของรัชนันต์ ธีรรดา (2548) ผู้วิจัยจึงได้เข้าสังเกตการณ์การให้ความรู้เพื่อการเตรียมตัวคลอด ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาที่พยาบาลประจำการให้คำแนะนำสตรีครรภ์แรก กับเนื้อหาในแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่นำมาใช้ในการศึกษารุ่นนี้ พบว่าในหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลรามาริบัติได้ให้คำแนะนำการเตรียมตัวเพื่อคลอดเกี่ยวกับ ชนิดของการคลอด อาการเจ็บครรภ์เตือน อาการเจ็บ

ครรภ์จริง อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เอกสาร ของใช้ที่ต้องเตรียมเมื่อมาคลอดบุตร กระบวนการคลอด การบรรเทาความปวดในระยะคลอด การปฏิบัติตนในระยะคลอด และค่าใช้จ่ายในการคลอดบุตร ซึ่งมีความสอดคล้องกับแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดของรศ.นันท ธีรดา (2548)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) รศ.นันท ธีรดา (2548) ได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดไปใช้ในสตรีครรภ์แรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ทดสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 ภิญ โส (2553) ได้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเตรียมมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกก่อนคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โรงพยาบาลแก้งคร้อ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดชัยภูมิ นำไปคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตร KR 20 (Kuder-Richardson 20) กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .99

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดของรศ.นันท ธีรดา (2548) มาทดลองใช้ในสตรีครรภ์แรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าเท่ากับ .75

4. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ จิราวรรณ นิรมิตภาย (2551) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของกฤติกาพร ไยโนนาค (2542) ที่สร้างมาจากแนวคิดการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านของเฮาส์ (House, 1981) โดยสามารถประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของสตรีครรภ์แรกได้ครบทุกด้าน ในด้านอารมณ์ (emotional support) ข้อมูลข่าวสาร (information support) ทรัพยากร (instrumental support) และการประเมินเปรียบเทียบ (appraisal support) แบบวัดนี้มีจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 17 ข้อ (ข้อคำถามที่ 1, 3-4, 6-19) และข้อคำถามทางลบจำนวน 3 ข้อ (ข้อคำถามที่ 2,5,20) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเกต (Likert scale) 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	สตรีครรภ์แรกมีความรู้สึกได้รับการสนับสนุนตามข้อคำถามข้อนั้นทุกประการ
มาก	หมายถึง	สตรีครรภ์แรกมีความรู้สึกได้รับการสนับสนุนตามข้อคำถามข้อนั้นเป็นส่วนใหญ่ มีส่วนน้อยที่มีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อคำถาม
ปานกลาง	หมายถึง	สตรีครรภ์แรกมีความรู้สึกได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง หรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อคำถามข้อนั้นร้อยละ 50

เล็กน้อย หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีความรู้สึกได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงบางส่วนตามข้อคำถามข้อนั้น

ไม่จริง หมายถึง สตรีครรภ์แรกไม่มีความรู้สึกได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมตามข้อคำถามนั้นเลย

การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อคำถาม ถ้าเป็นข้อคำถามทางทาบวกให้คะแนนโดย

มากที่สุด ได้คะแนนเท่ากับ 5
 มาก ได้คะแนนเท่ากับ 4
 ปานกลาง ได้คะแนนเท่ากับ 3
 เล็กน้อย ได้คะแนนเท่ากับ 2 และ
 ไม่จริง ได้คะแนนเท่ากับ 1

ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในทางตรงข้ามกับข้อคำถามทางบวกดังนี้

มากที่สุด ได้คะแนนเท่ากับ 1
 มาก ได้คะแนนเท่ากับ 2
 ปานกลาง ได้คะแนนเท่ากับ 3
 เล็กน้อย ได้คะแนนเท่ากับ 4 และ
 ไม่จริง ได้คะแนนเท่ากับ 5

แบบวัดชุดนี้มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน โดยคะแนนรวมมากหมายถึงสตรีครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่งการแปลผลคะแนนโดยรวมพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อันตรายกชั้น} &= \text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด} / \text{จำนวนกลุ่ม} \\ &= (100-20) / 3 \\ &= 26.66\end{aligned}$$

ช่วงคะแนน 20-47 คะแนน หมายถึง สตรีครรภ์แรกได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย
 ช่วงคะแนน 48-74 คะแนน หมายถึง สตรีครรภ์แรกได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ช่วงคะแนน 75-100 คะแนน หมายถึง สตรีครรภ์แรกได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) กฤติกาพร ไยโนนตาล (2542) นำแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และ

ความเหมาะสมของการใช้ภาษา จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จิราวรรณ นิรมิตเกษ (2551) ได้นำแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมมาดัดแปลงเนื้อหาให้เหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของการใช้ภาษา และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามให้เข้ากับบริบทของสตรีครรภ์แรกในระยะไตรมาสที่ 3 ขณะที่มีการเตรียมตัวเพื่อคลอด ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลทางสูติศาสตร์ 2 ท่าน และพยาบาลประจำการที่ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์จำนวน 1 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดย content validity index (CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) นำแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมไปทดสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88 เมื่อนำไปใช้จริงในการศึกษาได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 ส่วนจิราวรรณ นิรมิตเกษ (2551) นำแบบวัดไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .75 เมื่อนำมาใช้จริงในการศึกษากลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์อายุมากจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของจิราวรรณ นิรมิตเกษ (2551) ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาทดลองใช้ในสตรีครรภ์แรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .84 เมื่อนำมาใช้จริงกับสตรีครรภ์แรกจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

5. แบบประเมินความวิตกกังวลในการคลอด แบบประเมินนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลในระยะคลอดของ จีวี เบาทรวง (2526) ที่นำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)) ของสปีลเบิร์ก และคณะ (Spielberger et al., 1983) มาแปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้คลอดในประเทศไทยโดยใช้ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 11 ข้อ (ข้อคำถามที่ 1-3, 9-11, 16-18, 21-22) และข้อคำถามทางลบจำนวน 11 ข้อ (ข้อคำถามที่ 4-8, 12-15, 19-20) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเกต (Likert scale) 4 ระดับ คือ

ไม่จริง	หมายถึง	สตรีครรภ์แรกไม่มีความรู้สึกตรงตามข้อคำถามนั้นทุกประการ
เล็กน้อย	หมายถึง	สตรีครรภ์แรกมีความรู้สึกตามข้อคำถามนั้นเพียงเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	สตรีครรภ์แรกมีความรู้สึกตามข้อคำถามนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือส่วนมาก
มากที่สุด	หมายถึง	สตรีครรภ์แรกมีความรู้สึกตามข้อคำถามข้อนั้นมากที่สุด

โดย

มากที่สุด	ได้คะแนนเท่ากับ 1
ปานกลาง	ได้คะแนนเท่ากับ 2
เล็กน้อย	ได้คะแนนเท่ากับ 3 และ
ไม่จริง	ได้คะแนนเท่ากับ 4
ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในทางตรงข้ามกับข้อคำถามบวก ดังนี้	
มากที่สุด	ได้คะแนนเท่ากับ 4
ปานกลาง	ได้คะแนนเท่ากับ 3
เล็กน้อย	ได้คะแนนเท่ากับ 2 และ
ไม่จริง	ได้คะแนนเท่ากับ 1

แบบประเมินชุดนี้มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 22-88 คะแนน การแปลผลคะแนนคือ คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีระดับความวิตกกังวลในการคลอดระดับสูง ซึ่งการแปลผลคะแนนโดยรวมพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{อันตรายขั้น} &= \text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด/จำนวนกลุ่ม} \\
 &= (88-22) / 3 \\
 &= 22
 \end{aligned}$$

ช่วงคะแนน 22-44 คะแนน	หมายถึง	สตรีครรภ์แรกมีความวิตกกังวลในการคลอดอยู่ในระดับต่ำ
ช่วงคะแนน 45-66 คะแนน	หมายถึง	สตรีครรภ์แรกมีความวิตกกังวลในการคลอดอยู่ในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 67-88 คะแนน	หมายถึง	สตรีครรภ์แรกมีความวิตกกังวลในการคลอดอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) นวี เบาทรวง (2526) นำแบบสอบถามวัดความวิตกกังวลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 12 ท่านประกอบด้วย พยาบาลผดุงครรภ์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และจิตแพทย์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของการใช้ภาษา จากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเครื่องมือวิจัย จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) นวี เบาทรวง (2526) นำแบบสอบถามวัดความวิตกกังวลในผู้คลอดไปทดสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 บุญทวี สุนทรลัมศิริ และคณะ (2552) นำแบบวัดนี้ไปใช้กับกลุ่มสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 สุณิษา โตโสภณ, จันทิมา ขนบดี และ ศรีสมร ภูมณสกุล (2559) ได้นำแบบสอบถามวัดความวิตกกังวลไปใช้ในการศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล โดยทดลองใช้กับผู้คลอดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 จากนั้นนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 125 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลในผู้คลอดของนวี เบาทรวง (2526) มาทดลองใช้ในสตรีครรภ์แรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่า .94 เมื่อนำมาใช้จริงกับสตรีครรภ์แรกจำนวน 100 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90

6. แบบประเมินความกลัวการคลอด ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดความกลัวต่อการคลอดบุตรของกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของประเทศไทยมาจาก The Childbirth Attitudes Questionnaire (CAQ) ของ โลว์ (Lowe, 2000) ที่พัฒนาเครื่องมือมาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดความกลัวของเอสค็อก และคณะ (Areskog, et al., 1982 as cited in Lowe, 2000) และเฮอแมน (Herman, 1988 as cited in Lowe, 2000) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดลิเกด (Likert scale) 4 ระดับ คือ

ไม่กลัว	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตามข้อคำถามเลย
กลัวเล็กน้อย	หมายถึง	มีความรู้สึกตามข้อคำถามเล็กน้อย ไม่มีผลต่อการรบกวนกิจวัตรประจำวัน
กลัวปานกลาง	หมายถึง	มีความรู้สึกตามข้อคำถามปานกลาง มีผลต่อการรบกวนกิจวัตรประจำวัน แต่ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพ
กลัวมาก	หมายถึง	มีความรู้สึกตามข้อคำถามมากจนส่งผลต่อภาวะสุขภาพ
ข้อคำถามแต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้		
ไม่กลัว	ได้คะแนนเท่ากับ	1
กลัวเล็กน้อย	ได้คะแนนเท่ากับ	2
กลัวปานกลาง	ได้คะแนนเท่ากับ	3 และ
กลัวมาก	ได้คะแนนเท่ากับ	4

แบบประเมินชุดนี้มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-60 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีระดับความกลัวการคลอดระดับสูง ซึ่งการแปลผลคะแนน โดยรวมพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อันตรายขั้น} &= \text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด/จำนวนกลุ่ม} \\ &= (60-15) / 3 \\ &= 45\end{aligned}$$

ช่วงคะแนน 15-30 คะแนน หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 31-45 คะแนน หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 46-60 คะแนน หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) นำเครื่องมือวัดความกลัวต่อการคลอดบุตรที่ได้แปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของประเทศไทยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลทางสูติศาสตร์จำนวน 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญการทำแบบสอบถามทางด้านจิตวิทยาจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษา จากนั้นได้ปรับปรุง

แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำเครื่องมือมาใช้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเครื่องมือวิจัย จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โลวี Lowe (2000) นำเครื่องมือ The Childbirth Attitudes Questionnaire (CAQ) ใช้กับกลุ่มตัวอย่างคือสตรีครรภ์แรกจำนวน 280 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83 กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง (Tanglakmankhong, 2010) นำเครื่องมือวัดความกลัวต่อการคลอดบุตรไปใช้ในการศึกษาซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความกลัวต่อการคลอดบุตรของกมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง (Tanglakmankhong, 2010) มาทดลองใช้ในสตรีครรภ์แรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .93 เมื่อนำมาใช้จริงกับสตรีครรภ์แรกจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92

7. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดของกมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง (Tanglakmankhong, 2010) ซึ่งดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยจาก The Childbirth Self-Efficacy Inventory ของโลวี (Lowe, 1993) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตั้งแต่ 1-10 จากคะแนนเท่ากับ 1 คือ ไม่มีความมั่นใจเลย จนกระทั่งคะแนนเท่ากับ 10 คือ มีความมั่นใจมาก แบบประเมินนี้มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 16-160 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดระดับสูง ซึ่งการแปลผลคะแนนโดยรวมพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อันตรายชั้น} &= \text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด/จำนวนกลุ่ม} \\ &= (160-16) / 3 \\ &= 48\end{aligned}$$

ช่วงคะแนน 16-64 คะแนน หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 65-112 คะแนน หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 113-160 คะแนน หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) นำแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดที่ได้แปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของประเทศไทยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลทางสูติศาสตร์จำนวน 5 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญการทำแบบสอบถามทางด้านจิตวิทยาจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา จากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำเครื่องมือมาใช้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเครื่องมือวิจัย จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โลว์ (Lowe, 1993) นำเครื่องมือ The Childbirth Self-Efficacy Inventory ไปใช้ในการศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพเครื่องมือในประเทศสหรัฐอเมริกาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 351 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ในช่วง .86-.95 กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) นำเครื่องมือวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดไปใช้ในการศึกษาซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดของ กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) มาทดลองใช้ในสตรีครรภ์แรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .98 เมื่อนำมาใช้จริงกับสตรีครรภ์แรกจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการขอความเห็นชอบในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้ การปกปิดข้อมูลเป็น

ความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลโดยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำเสนอข้อมูลเพื่อการศึกษาทางวิชาการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาได้โดยไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลรามาธิบดี หลังจากชี้แจงวัตถุประสงค์เรียบร้อยแล้ว เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆด้วยตนเอง ภายหลังได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี ในการขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวต่อหัวหน้าหน่วยฝากครุฑ โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการศึกษา ร่วมกับขออนุญาต และขอความร่วมมือในการใช้สถานที่เก็บข้อมูล โดยการศึกษาจะเก็บข้อมูลในช่วงวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ช่วงเวลา 8.00-12.00 น.
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ต้องการแล้วผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างรอเรียกเข้าพบแพทย์รายบุคคล โดยใช้กระบวนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล การปกปิดข้อมูลเป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าห้องที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ที่ควบคุมสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและเป็นส่วนตัว จากนั้นแนะนำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยเข้าใจตรงกัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ให้เริ่มทำการตอบแบบสอบถามทั้ง 7 ฉบับ จำนวน 97 ข้อ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30-40 นาที
5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง
6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางกระบวนการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเก็บข้อมูลด้วยตนเองมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวางแผนการตั้งครุฑ์ และประสิทธิภาพการจัดการความปวดในระยะตั้งครุฑ์ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด ความกลัวการคลอด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด วิเคราะห์โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของประสิทธิภาพการจัดการความปวดในระยะตั้งครุฑ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression)

4. ในการวิเคราะห์ตามกระบวนการทางสถิติผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังต่อไปนี้ (ปาริชาติ กุ๊ช และ ยุวดี ฤาชา, 2556)

4.1 ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงเป็น โกลังปกติ (normality) ตรวจสอบโดยใช้สถิติ Komogorov Smirnov test ผลการตรวจสอบพบว่าตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด ความกลัวการคลอด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีการแจกแจงเป็นโกลังปกติ (ภาคผนวก ง) ส่วนตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการคลอดไม่มีการแจกแจงเป็นโกลังปกติ และไม่สามารถทำการปรับค่าทางสถิติได้ (data transformations) (Tabachinick & Fidell, 2013) จึงทำการกำหนดรหัส (dummy coding) ดังนี้ (ภาคผนวก ง)

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคะแนนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 17 คะแนน เป็น 0

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคะแนนมากกว่า 17 คะแนน เป็น 1

4.2 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ตรวจสอบโดยการทำ scatter plot ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ผลการตรวจสอบพบว่าตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (ภาคผนวก ง)

4.3 ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของตัวแปรอิสระต้องเท่ากัน (homoscedasticity) ตรวจสอบได้โดยการทำการกราฟระหว่างตัวแปรตามบนแกน X และตัวแปรตามมาตรฐานบนแกน Y ผลการตรวจสอบพบว่าลักษณะเส้นสมการทำนายที่ได้เอียงจากมุมล่าง

ด้านซ้ายไปยังมุมบนด้านขวา (ภาคผนวก ง) แสดงว่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของตัวแปรอิสระเท่ากัน

4.4 ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง การที่ค่าความคลาดเคลื่อนสัมพันธ์กันเองเรียกว่า autocorrelation ตรวจสอบโดยการทำการหาพหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระบนแกน X และตัวแปรความคลาดเคลื่อนบนแกน Y หรือการใช้สถิติ Durbin-Watson ผลการทดสอบพบว่าค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.92 (ภาคผนวก ง) ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

4.5 ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง การที่ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองจะเกิดปัญหาเรื่อง multicollinearity ตรวจสอบได้โดยการวิเคราะห์ค่า tolerance ค่าสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันซึ่งต้องไม่มีค่ามากกว่า .85 และค่า VIF ที่ไม่มากกว่า 10 ผลการตรวจสอบพบว่าได้ค่า tolerance อยู่ในช่วง .53-.89 ไม่มีตัวแปรใดที่มีค่าสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันมากกว่า .85 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.13-1.87 (ภาคผนวก ง) แสดงว่าตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

ตัวแปรประสมการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์เป็นตัวแปรในระดับนามบัญญัติ (ordinal scale) ซึ่งไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ที่ต้องมีระดับอันตรภาค (interval scale) ขึ้นไปจึงกำหนดรหัสด้วย dummy coding ดังนี้

- เคยมีประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ เป็น 0
- ไม่มีเคยมีประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ เป็น 1

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนายของปัจจัยประสพการณ์ การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ในการคลอด และความกลัวการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรกที่เข้ามาใช้บริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามารับดี ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 6 มีนาคม 2560 โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้จะนำเสนอตามลำดับ อันได้แก่ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความรู้ เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด ความกลัวการคลอด การรับรู้ สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด และผลการทดสอบสมมติฐาน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นสตรีครรภ์แรกที่มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์ จำนวน 100 ราย มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 18-42 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 28 ปี (S.D. = 5.85) ร้อยละ 29 ของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 26-30 ปี รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 และร้อยละ 11 ของ กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 35 ปี กลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาอยู่ในช่วงระหว่าง 6-21 ปี จำนวนปีที่ ได้รับการศึกษาเฉลี่ยเท่ากับ 15 ปี (S.D. = 2.65) โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายคิดเป็นร้อยละ 26 กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดกำลังตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 โดยมีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 32-39 สัปดาห์ อายุครรภ์เฉลี่ย 35 สัปดาห์ (S.D. = 2.21) ร้อยละ 21 มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 32 สัปดาห์ รองลงมาอยู่ในช่วงอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 17 มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการวางแผนการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 67 กลุ่มตัวอย่างมีส่วนของประสพการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ระหว่างเคยมี ประสพการณ์ และไม่เคยมีประสพการณ์เท่ากัน คือร้อยละ 50 (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้านอายุ ระดับการศึกษา อายุครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์ และประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์ (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
18-20 ปี	12	12
21-25 ปี	23	23
26-30 ปี	29	29
31-35 ปี	25	25
มากกว่า 35 ปีขึ้นไป	11	11
พิสัย = 18-42 ปี อายุเฉลี่ย = 28 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.85		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1	1
มัธยมศึกษา	26	26
อนุปริญญา	13	13
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	60	60
พิสัย = 6-21 ปี การศึกษาเฉลี่ย = 15 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.65		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
32	21	21
33	15	15
34	17	17
35	9	9
36	11	11
37	14	14
38	7	7
39	6	6
พิสัย = 32-39 สัปดาห์ อายุครรภ์เฉลี่ย = 35 สัปดาห์ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.21		

ตารางที่ 4.1 ความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้านอายุ ระดับการศึกษา อายุครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์ และประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์ (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวางแผนการตั้งครรภ์		
วางแผนการตั้งครรภ์	67	67
ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์	33	33
ประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์		
เคยมีประสบการณ์	50	50
ไม่เคยมีประสบการณ์	50	50

ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด ความกลัวการคลอด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดอยู่ในช่วงระหว่าง 13-20 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.46 คะแนน (S.D. = 1.38) โดยมีคะแนนที่เป็นไปได้ในช่วง 0-20 คะแนน เมื่อพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับการคลอดจากคะแนนเฉลี่ยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดระดับมาก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 63-100 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 84.51 คะแนน (S.D. = 8.77) จากคะแนนที่เป็นไปได้ 20-100 คะแนน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลในการคลอดอยู่ระหว่าง 27-79 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.79 คะแนน (S.D. = 10.14) โดยคะแนนที่เป็นไปได้ของความวิตกกังวลในการคลอดคือ 22-88 คะแนน จากคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้พบว่าเป็นระดับความวิตกกังวลในการคลอดระดับต่ำ คะแนนความกลัวการคลอดอยู่ในช่วง 15-57 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.15 คะแนน (S.D. = 10.27) จากคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 15-60 คะแนน จากคะแนนเฉลี่ยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกลัวการคลอดระดับปานกลาง และมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอยู่ในช่วง 38-160 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 16-160 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 118.27 คะแนน (S.D. = 25.29) ซึ่งจัดว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับสูง (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด ความกลัวการคลอด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($n = 100$)

ตัวแปร	พิสัย		Mean	S.D.	ระดับ
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง			
ความรู้เกี่ยวกับการคลอด	0-20	13-20	17.46	1.38	มาก
แรงสนับสนุนทางสังคม	20-100	63-100	84.51	8.77	มาก
ความวิตกกังวลในการคลอด	22-88	27-79	43.79	10.14	ต่ำ
ความกลัวการคลอด	15-60	15-57	36.15	10.27	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	16-160	38-160	118.27	25.29	สูง

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานของการศึกษาในครั้งนี้คือ ประสิทธิภาพการจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) พบว่าตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการทำนายในลำดับที่ 1 คือ ความกลัวการคลอด เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากที่สุด ($\beta = -.31, p < .05$) โดยสามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ถึงร้อยละ 29 ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการทำนายในลำดับที่ 2 คือ ความวิตกกังวลในการคลอดซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดลำดับที่สอง ($\beta = -.26, p < .05$) สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้ถึงร้อยละ 34 และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการในลำดับที่ 3 โดยสามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้ถึงร้อยละ 37 ($\beta = .20, p < .05$) จากนั้นไม่มีการคัดเลือกตัวแปรเข้าสมการทำนายในลำดับต่อไปเนื่องจากตัวแปรอื่นไม่มีความสัมพันธ์เชิงส่วน (partial correlation) กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด (ภาคผนวก ง) ดังนั้นผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าความกลัวการคลอด ความวิตกกังวลในการคลอด และแรงสนับสนุน

ทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 37 ($F_{3,96} = 19.15, p < .05$) (ตารางที่ 4.3) โดยสามารถเขียนสมการคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้

$$Y (\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด}) = 126.19 - .77 (\text{ความกลัวการคลอด}) - .64 (\text{ความวิตกกังวลในการคลอด}) + .57 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$$

สมการข้างต้นอธิบายได้ว่าเมื่อทราบคะแนนความกลัวการคลอด คะแนนความวิตกกังวลในการคลอด และคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถหาคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้จากคะแนน 126.19 ลบกับ .77 ของคะแนนความกลัวการคลอด ลบด้วย .64 ของคะแนนความวิตกกังวลในการคลอด และบวกด้วย .57 ของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของสตรีครรภ์แรกบุคคลหนึ่ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเชิงส่วน (partial regression coefficient) สามารถอธิบายได้ดังนี้ (ตารางที่ 4.3)

หากควบคุมอิทธิพลของตัวแปรความวิตกกังวลในการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม แล้ว ความกลัวการคลอดสามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของความกลัวการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคมแล้ว ความวิตกกังวลในการคลอดสามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อควบคุมอิทธิพลของความกลัวการคลอด และความวิตกกังวลในการคลอดแล้ว แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 4.3 ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก โดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ($n = 100$)

ลำดับที่	ปัจจัยทำนาย	R^2	R^2 change	F change	b	Beta	t	p
1	ความกลัวการคลอด	.29	.29	39.50	-.77	-.31	-2.87	.00
2	ความวิตกกังวลในการคลอด	.34	.05	7.77	-.64	-.26	-2.33	.02
3	แรงสนับสนุนทางสังคม	.37	.03	5.27	.57	.20	2.30	.02

Constant = 126.19; Overall F = 19.15; $p < .05$

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนายของปัจจัยประสพการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการทดสอบสมมติฐานดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

อายุ ระดับการศึกษา และการวางแผนการตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นสตรีครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลรามาริบัติ มีอายุอยู่ระหว่าง 18-42 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 28 ปี (S.D. = 5.85) (ตารางที่ 4.1) เป็นสตรีครรภ์แรกที่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ เหมาะสมในการตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตร เพราะมีความพร้อมของพัฒนาการทางด้านร่างกาย สภาพจิตใจ และสภาวะอารมณ์ (Bellieni, 2016) สอดคล้องกับแหล่งการเรียนรู้ในแหล่งที่ 4 ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่าหากบุคคลมีความพร้อมทางด้านสภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ที่มั่นคงแล้วนั้นจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยอยู่ที่ 15 ปี (S.D. = 2.65) (ตารางที่ 4.1) ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติปี พ.ศ. 2533 กำหนดไว้ว่าบุคคลมีสิทธิได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 12 ปีโดยที่รัฐต้องจัดให้อย่างทั่วถึง และไม่เสียค่าใช้จ่าย (พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ, 2533) ร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีระดับการศึกษาดี ส่งผลต่อทางเลือกในการประกอบอาชีพที่มากขึ้น การมีรายได้ที่มั่นคง และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการค้นหาความรู้ในเรื่องต่างๆ ได้อย่างหลากหลาย นอกจากนี้การศึกษาก็ดีมีผลต่อการเรียนรู้ การจัดระบบความคิด การใช้เหตุผล และความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติตนต่างๆ จึงมีการ

เตรียมพร้อม และมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆที่เข้ามาในชีวิตได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาในระดับต่ำ (จิราวรรณ นิรมิตเกษ, 2551; นฤมล วิบุโร, 2550; วันเพ็ญ ไสยมรรคา และคณะ, 2555; Lapchem, 2007) นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าร้อยละ 67 ของกลุ่มตัวอย่างมีการวางแผนการตั้งครรภ์ จึงกล่าวได้ว่าเมื่อสตรีครรภ์แรกมีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ สถานะทางสังคม ก็จะมีความพร้อมในการมีสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ และการคลอด

ประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์มีสัดส่วนที่เท่ากัน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์ และไม่เคยมีประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 50 (ตารางที่ 4.1) อธิบายได้ว่าความปวดต่างๆที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในขณะตั้งครรภ์ (กาญจนา โกทิยะ และคณะ, 2555; พวงน้อย สาครรัตนกุล และ จันทิมา ขนบดี, 2550, อรทัย สิงห์คำ และ รัตน์ศิริ ทาโต, 2550) ดังเช่นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของซัชส์ และคณะ (Shah et al., 2015) ที่พบว่า อาการปวดหลังส่วนล่าง (low back pain) อาการปวดข้อต่อบริเวณอุ้งเชิงกราน (joint pain) อาการปวดจากปลายประสาทอักเสบ (neuropathic pain) และอาการปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน (pregnancy-related pelvic pain) เป็นอาการปวดที่สามารถพบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ และความปวดที่เกิดขึ้นนั้นแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ระดับของความปวดที่เกิดขึ้นย่อมต่างกันเช่นเดียวกัน ช่วงระยะเวลาการตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาสั้นๆเพียงช่วงระยะเวลาหนึ่ง ดังนั้นสตรีครรภ์แรกบางรายจึงไม่เคยมีประสบการณ์ความปวด และการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้น

การศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าประสบการณ์การจัดการความปวดในอดีตไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = -.04, p = .34$) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของชวอร์ซ และคณะ (Schwartz et al., 2015) ที่พบว่าประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดทั้งในสตรีครรภ์แรกและสตรีครรภ์หลัง ($r = .12, p < .05$ และ $r = .08, p = .04$ ตามลำดับ) และการศึกษาที่พบว่าสตรีวัยรุ่นครรภ์แรกได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในระยะคลอด จะมีพฤติกรรมการจัดการกับความปวดในระยะคลอดดีกว่า (mean = 7.40 คะแนน, S.D. = 1.99) สตรีวัยรุ่นครรภ์แรกที่ไม่ได้รับโปรแกรม (mean = 3.33, คะแนน, S.D. = 1.44) ($p < .001$) (ปาริฉัตร อารยะจารุ และคณะ, 2555) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การที่สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยโยคะ จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในการจัดการกับความปวดในระยะคลอดสูงกว่า (mean = 102.19 คะแนน, S.D. = 20.91)

กลุ่มที่ไม่ได้ได้รับโปรแกรม (mean = 79.40 คะแนน, S.D. = 28.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ (Sun et al., 2010)

ความรู้เกี่ยวกับการคลอด

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงระหว่าง 13-20 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.46 คะแนน (S.D. = 1.38) (ตารางที่ 4.2) ซึ่งจัดเป็นความรู้เกี่ยวกับการคลอดในระดับมาก อธิบายได้ว่าสตรีครรภ์แรกสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดได้อย่างทั่วถึง ซึ่งแหล่งข้อมูลที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดนั้นมีหลากหลายแหล่ง เช่น สื่อออนไลน์ สื่อโทรทัศน์ หนังสือ หรือการเข้าฟังคำแนะนำจากพยาบาลผดุงครรภ์ เป็นต้น (Ibach et al., 2007; Kish, 2003; Laryea, 1998; Melender, 2002) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ทุกคนจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อคลอดจากพยาบาลประจำการซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์อีกทางหนึ่งที่สามารถเพิ่มความรู้ต่างๆเกี่ยวกับการคลอดได้ ทั้งนี้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่ดี และมีการวางแผนการตั้งครรภ์เป็นส่วนใหญ่ จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการคลอดอยู่ในระดับมาก และเนื้อหาของการสอนการเตรียมตัวเพื่อคลอดในหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามธิบดีนั้นค่อนข้างครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็นที่สตรีครรภ์แรกควรได้รับ อันประกอบไปด้วย อาการเจ็บครรภ์เตือน อาการเจ็บครรภ์จริง อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการคลอด เอกสารและของใช้ที่ต้องเตรียมมาโรงพยาบาลเมื่อมาคลอด กระบวนการคลอด และการปฏิบัติตัวในระยะคลอดเกี่ยวกับการจัดการความปวดที่เกิดขึ้น

มีการศึกษาที่มีบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ โดยพบว่าเมื่อให้โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อคลอดกับสตรีครรภ์แรก หรือการที่สตรีครรภ์แรกได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดจากพยาบาลผดุงครรภ์ จะมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการคลอดสูงกว่า (mean = 19.55 คะแนน, S.D. = 0.62 และ mean = 19.40 คะแนน, S.D. = 0.63 ตามลำดับ) ก่อนได้รับโปรแกรม (mean = 12.05 คะแนน, S.D. = 1.92 และ mean = 15.57 คะแนน, S.D. = 1.59 ตามลำดับ) ($p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) (กัญญา เสโต, 2553; รัชนันต์ ธีรรดา, 2548) เมื่อพิจารณาจากคะแนนรายชื่อจากข้อคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้พบว่า มีเพียงข้อเดียวที่สองในสาม (ร้อยละ 64) ของสตรีครรภ์แรกตอบคำถามไม่ถูกต้อง (ภาคผนวก จ) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะเบ่งคลอด ดังนั้นควรมีการเพิ่มความรู้นี้ในเนื้อหาส่วนนี้ เพราะการเบ่งคลอดที่ผิดวิธีอาจส่งผลให้ระยะเวลาในการคลอดยาวนาน และส่งผลต่อการรักษาของฝีเย็บเพิ่มมากขึ้น (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2549; อธิฐาน แต่แดงเพชร, นิลุบล รุจิระประเสริฐ และ วิชุดา ไชยวิมวณ, 2555)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.33, p < .05$ และ $r = -.34, p < .05$ ตามลำดับ) (ภาคผนวก ง) สอดคล้องกับการศึกษาของดรัมมอนด์ และริกวูด (Drummond & Rickwood, 1997) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในการคลอด ($r = -.21, p < .05$) และการศึกษาของโทฮิล และคณะ (Toohill, et al., 2014) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการคลอดทั้งในสตรีครรภ์แรกและสตรีครรภ์หลัง ($r = -.20, p < .001$ และ $r = -.12, p = .001$ ตามลำดับ) ดังนั้นการที่สตรีครรภ์แรกทุกรายได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้สตรีครรภ์แรกมีการเตรียมความพร้อม เพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์การคลอดที่กำลังดำเนินมาถึงเนื่องจากการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ในแหล่งการเรียนรู้แหล่งที่ 2 และ 3 คือ การเรียนรู้จากการสังเกตแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของบุคคลอื่น (vicarious experience) กับ การโน้มน้าวด้วยคำพูดจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) ดังเช่นการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = .19, p < .05$) (ภาคผนวก ง) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคิช (Kish, 2003) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่ดี จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดระดับสูง ($r = .39, p = .007$)

แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในช่วง 63-100 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 84.51 คะแนน (S.D. = 8.77) แสดงว่าสตรีครรภ์แรกได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉลี่ยในระดับมาก (ตารางที่ 4.2) อธิบายได้ว่าสตรีครรภ์แรกมีการรับรู้ว่าจะตนเองได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือครบทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) ได้แก่ ด้านที่ 1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) ที่ประกอบไปด้วยการได้รับความรัก ความห่วงใย การได้รับความกำลังใจ และความสามารถที่จะพึ่งพาได้จากบุคคลใกล้ชิดของสตรีครรภ์แรก ด้านที่ 2 ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (information support) ประกอบด้วย การได้รับคำแนะนำ การได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางการแพทย์ และสตรีครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ร่วมกันในหน่วยฝากครรภ์ ด้านที่ 3 ด้านการสนับสนุนเรื่องทรัพยากร (instrumental support) ประกอบด้วยการช่วยเหลือในด้านการเงิน การให้เวลา การจัดหาสิ่งของ การช่วยแบ่งเบาภาระเรื่องงานต่างๆจากบุคคลใกล้ชิด และด้านที่ 4 ด้านการประเมินเปรียบเทียบ (appraisal support) คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การให้ความชื่นชม ในการปฏิบัติตนในการเตรียมตัวเพื่อคลอดของสตรีครรภ์แรกจากบุคคลใกล้ชิด เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้านทั้ง 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านของด้านที่ 1 สูงที่สุด คือ 22.84 คะแนน

ส่วนอีก 3 ด้านมีคะแนนใกล้เคียงกัน คือ 20.91, 20.66 และ 20.30 คะแนน ตามลำดับ จากคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 25 คะแนนต่อหนึ่งด้าน แสดงว่าสตรีครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มากที่สุด รองลงมาคือด้านทรัพยากร ด้านการประเมินเปรียบเทียบ และด้านข้อมูลข่าวสาร เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.01-4.91 คะแนน (ภาคผนวก จ) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือข้อที่ 10 ซึ่งอยู่ในด้านข้อมูลข่าวสารที่มีคะแนนเฉลี่ยรายด้านน้อยที่สุด ในข้อนี้เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันในเรื่องการคลอดกับสตรีครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ด้วยกัน อธิบายได้ว่าในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีจำนวนสตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เป็นจำนวนมาก ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ทั้งยังมีอายุครรภ์ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การนัดหมายมาฝากครรภ์แต่ละครั้งมีการนัดหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสตรีตั้งครรภ์จึงมีน้อย ประกอบกับสตรีครรภ์แรก ที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่ดี จึงสามารถหาข้อมูลข่าวสารได้เองจากแหล่งประโยชน์อื่นๆ หรือจากการซักถามด้วยตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ และการศึกษาที่ดีส่งผลให้สตรีครรภ์แรก มีการประกอบอาชีพเกือบทุกราย จึงมีภาระหน้าที่ที่จะต้องรีบกลับไปทำภายหลังจากการตรวจ นอกจากนี้บริบทของการให้ความรู้ในหน่วยฝากครรภ์ไม่ได้มีการจัดกิจกรรมให้สตรีครรภ์แรกมีการพบปะ แลกเปลี่ยนความรู้ หรือประสบการณ์จากการเตรียมตัวเพื่อคลอด ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยในข้อนี้จึงต่ำ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด ($r = -.33, p < .05$ และ $r = -.27, p < .05$ ตามลำดับ) (ภาคผนวก ง) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโทฮิล และคณะ (Toohill et al., 2014) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลทั้งในสตรีครรภ์แรก และ สตรีครรภ์หลัง ($r = -.14, p < .001$ และ $r = -.14, p < .001$) และการศึกษาที่พบว่าสตรีครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนช่วยเหลือในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด จะมีระดับความวิตกกังวลในการคลอดน้อยกว่า (mean = 36.00 คะแนน, S.D. = 10.70) กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (mean = 42.10 คะแนน, S.D. = 41.60) ($p < .001$) (Salehi et al., 2016) อธิบายได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้ในแหล่งการเรียนรู้ที่ 2, 3 และ 4 คือ การเรียนรู้จากการสังเกตแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของบุคคลอื่น (vicarious experience) คือ การได้รับข้อมูล คำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับการคลอด การโน้มน้าวด้วยคำพูดจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) และสภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) คือ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับจากบุคคลใกล้ชิด เห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก ($r = .37, p < .05$) (ภาคผนวก ง) การพัฒนาตนเองจากแหล่งการเรียนรู้

เหล่านี้จะทำให้สตรีครรภ์แรกมีความรู้สึกมั่นคงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจจากการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้ง 4 ด้าน จึงทำให้สตรีครรภ์แรกมีความมั่นใจในการเตรียมตัว และการปฏิบัติตัว เพื่อเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอด

ความวิตกกังวลในการคลอด

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลในการคลอดอยู่ในช่วง 27-79 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.79 คะแนน (S.D. = 10.14) เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยพบว่าสตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระดับต่ำ (ตารางที่ 4.2) และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายข้อ พบว่ามี 2 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือข้อที่ 4 และข้อที่ 21 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 และ 2.75 คะแนนตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน (ภาคผนวก จ) อธิบายได้ว่าความวิตกกังวลในการคลอดเป็นความวิตกกังวลในขณะเผชิญ กล่าวคือ สถานการณ์การคลอดเป็นสถานการณ์ที่สตรีครรภ์แรกไม่เคยผ่านประสบการณ์มาก่อนจึงไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์การคลอดที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ จึงส่งผลต่อการแสดงออกทางร่างกาย เช่น การมีเหงื่อออกที่มือ (ข้อ 21) และการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกตื่นเต้นกระวนกระวายกับการคลอดที่กำลังจะดำเนินมาถึง (ข้อ 4) (จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, 2550; Sieber et al., 2006) ดังนั้นหากสตรีครรภ์แรกได้รับข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับสถานการณ์ที่กังวลอยู่ก็จะสามารถจัดการกับความรู้สึกวิตกกังวลได้ เช่น การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการคลอดจากบุคคลอื่นจากสื่อต่างๆ หรือจากบุคลากรทางการแพทย์ (จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, 2550)

การศึกษาในครั้งนี้พบว่าสตรีครรภ์แรกส่วนใหญ่มีวิद्यุติที่อยู่ในช่วงที่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์ มีระดับการศึกษาที่ดี มีการวางแผนการตั้งครรภ์ มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดระดับมาก และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จึงทำให้มีการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้หากพิจารณาตามแหล่งการเรียนรู้ในแหล่งที่ 4 ในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) คือ สภาวะร่างกายและสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) พบว่าการที่สตรีครรภ์แรกมีความวิตกกังวลในระดับสูงเกินไปจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีรวิทยา และสภาวะอารมณ์ ซึ่งทำให้ความสามารถในกระบวนการคิด และระดับการเรียนรู้ลดลง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดก็จะมีระดับต่ำ แต่การที่สตรีครรภ์แรกมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ หรือระดับปานกลางจะส่งผลให้ร่างกายมีการตื่นตัว มีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ การจดจำที่เพิ่มขึ้น เพื่อเผชิญ และพยายามก้าวผ่านสถานการณ์การคลอดไปให้ได้ (จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, 2550; พัทธเวทย์ เผยกลาง และคณะ, 2559; วันเพ็ญ ไสยมรรคา และคณะ, 2555) ดังนั้นสตรีครรภ์แรกที่มีระดับความวิตกกังวลในการคลอดต่ำ จะมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดสูง เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าความวิตกกังวลในการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = -.53, p < .05$) (ภาคผนวก ง) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบีเบและคณะ (Beebe et al., 2007) และการศึกษาของซุง และคณะ (Cheung et al., 2007) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลในการคลอดระดับต่ำ จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดระดับสูง ($r = -.35, p < .05$ และ $r = -.20, p < .05$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาของไคคิน และคณะ (Khaikin et al., 2016) ที่พบว่าสตรีครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อคลอดเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และ 5 สัปดาห์ จะมีรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มมากขึ้น ($r = -.48, p = .001$ และ $r = -.26, p = .03$ ตามลำดับ)

ความกลัวการคลอด

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความกลัวการคลอดในช่วง 15-57 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.15 คะแนน (S.D. = 10.27) เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.2) อธิบายได้ว่าการคลอดเป็นหนึ่งในภาวะวิกฤตของสตรี โดยเฉพาะในสตรีครรภ์แรกที่ไม่เคยผ่านสถานการณ์การคลอดมาก่อนในชีวิตย่อมมีความรู้สึกไม่แน่นอน และประเมินสถานการณ์การคลอดว่า อาจจะเป็นอันตราย หรือเกิดความกลัวความแก่ตนเองและทารกในครรภ์ จึงเกิดเป็นความกลัวการคลอดขึ้นมา ส่วนใหญ่ความกลัวการคลอดในสตรีครรภ์แรกเป็นความกลัวเกี่ยวกับเรื่องอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ (บุญทวี สุนทรลัมศิริ และคณะ, 2552) ดังเช่นในการศึกษานี้จากผลคะแนนเฉลี่ยรายชื่อที่พบว่ามีข้อคำถาม 3 ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 10, 5 และ 8 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.94, 2.73 และ 2.67 คะแนนตามลำดับ (ภาคผนวก จ) จึงอธิบายได้ว่าสตรีครรภ์แรกมีความกลัวอันตรายต่างๆ ที่เกิดกับทารกมากที่สุด (ข้อ 10) รองลงมาเป็นความกลัวอันตรายที่จะเกิดกับตนเอง (ข้อ 5 และข้อ 8)

ระดับของความกลัวการคลอดขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีววิทยา การที่สตรีครรภ์แรกที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุที่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์ ส่งผลให้ลดอัตราความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก เช่น ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น ปัจจัยด้านจิตวิทยา อันได้แก่ ความวิตกกังวลในการคลอด หากมีระดับความวิตกกังวลในการคลอดระดับสูงก็จะส่งผลต่อความกลัวการคลอดที่เพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลในการคลอด ($r = .67, p < .05$) (ภาคผนวก ง) และปัจจัยสุดท้าย คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556; Fenwick et al., 2009; Melander, 2002) จากทั้ง 3 ปัจจัยข้างต้น พบว่าสตรีครรภ์แรกที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มีวัยวุฒิที่เหมาะสม มีระดับความวิตกกังวลต่ำ และมีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จึงมีความกลัวการคลอดในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นระดับที่ก่อให้เกิดความพยายามในการหาข้อมูล

ต่างๆ การเตรียมตนเองให้พร้อมสำหรับการคลอดเพื่อจัดการความกลัวที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับแหล่งการเรียนรู้ในแหล่งที่ 4 ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) คือ สภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) เมื่อสตรีครรภ์แรกมีการจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ก็จะมีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอด ดังเช่นการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = -.54, p < .05$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่าหากสตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดในระดับต่ำ จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของชวอร์ท และคณะ (Schwartz et al., 2015) ที่พบว่าความกลัวการคลอดในสตรีครรภ์แรกมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = -.49, p < .001$) เช่นเดียวกับอีก 3 การศึกษา คือ การศึกษาของโลว์ (Lowe, 2000) การศึกษาของการ์ตัส-ไนเจล และคณะ (Garthus-Niegel et al., 2011) และการศึกษาของโซโลมอน และคณะ (Salomonsson et al., 2013) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับความกลัวการคลอดต่ำ จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดสูง ($r = -.36, p < .01$; $r = -.82, p < .001$ และ $r = -.42, p < .01$ ตามลำดับ)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในช่วง 38-160 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 118.27 คะแนน (S.D. = 25.29) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับสูง (ตารางที่ 4.2) อธิบายได้ว่า เมื่อสตรีครรภ์แรกมีความพร้อมในด้านวิบุฒิ คุณวุฒิ เศรษฐฐานะ ก็จะมีความพร้อมในการตั้งครรถ์จากการวางแผนการตั้งครรถ์ การแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ต่างๆ แม้ว่าในสตรีครรภ์แรกนั้นจะไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อนซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์การคลอด แต่แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มาจากสื่อต่างๆ ประสบการณ์การคลอดจากบุคคลอื่น คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือการฝึกฝนด้วยตนเองเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด ก็จะเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์การคลอดได้ นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลใกล้ชิด การให้ความช่วยเหลือของพยาบาลผดุงครรถ์ก็สามารถช่วยลดความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดของสตรีครรภ์แรกได้ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นการพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดตามแหล่งการเรียนรู้ทั้ง 4 แหล่งการเรียนรู้ (source of self-efficacy information) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการจัดการ และเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในการคลอด (Bandura, 1997; Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของจูพาร์ตัน หัวหาญ (Howham, 2008)

ที่พบว่าสตรีครรภ์แรกที่เข้าร่วมโปรแกรมเตรียมตัวเพื่อคลอดมีคะแนนความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) (mean = 98.29 คะแนน, S.D. = 19.23) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) (mean = 113.00 คะแนน, S.D. = 18.93) สูงกว่าสตรีครรภ์แรกที่ไม่ได้รับโปรแกรม (mean = 86.73 คะแนน, S.D. = 17.80 และ mean = 108.60 คะแนน, S.D. = 21.90 ตามลำดับ) ($p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และ การศึกษาของจันทนา โปรงจีน และคณะ (2558) ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดสูงกว่า (mean = 124.83 คะแนน, S.D. = 10.82) กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (mean = 103.30 คะแนน, S.D. = 19.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ สตรีครรภ์แรกในการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจากการให้คำแนะนำการเตรียมตัว เพื่อคลอด เมื่อสตรีครรภ์แรกมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (belief efficacy) จะทำให้มีการ ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะคลอด ก่อให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีตามที่สตรีครรภ์แรก คาดหวังไว้ (outcome expectancy)

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานของการศึกษาครั้งนี้คือ ประสิทธิภาพการจัดการกับความปวดในระยะ ตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด และความ กลัวการคลอด สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้

ผลการศึกษาพบว่าความกลัวการคลอด ความวิตกกังวลในการคลอด และแรงสนับสนุน ทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก ได้ร้อยละ 37 (ตารางที่ 4.3) อธิบายได้ว่าสตรีครรภ์แรกที่มีความกลัวการคลอดระดับต่ำ มีความวิตกกังวล ในการคลอดต่ำ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก จะมีความมั่นใจในตนเอง และมีการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับสูง ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานเพียงบางส่วน เมื่อ วิเคราะห์รายปัจจัยพบว่าปัจจัยที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการในลำดับที่ 1 คือความกลัวการคลอด ปัจจัยนี้ สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 29 ($\beta = -.31, p < .05$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่าการที่สตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดในระดับต่ำ จะมีการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับสูง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความกลัว ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.2) โดยความกลัวที่เกิดขึ้นหากมีในระดับที่เหมาะสมจะส่งผลให้สตรี ครรภ์แรกพยายามเรียนรู้ หาข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการคลอดเพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาเตรียมพร้อม ฝึกฝน สำหรับการคลอดที่กำลังจะมาถึง การที่สตรีครรภ์แรกพยายามหาข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ หรือ

ได้รับการจัดการกับความกลัวอย่างเหมาะสมจากผู้ใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์ จะส่งผลให้สตรีครรภ์แรกได้รับการจัดการทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดความพร้อมในการเผชิญ และการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอด

การศึกษาครั้งนี้พบว่าความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.54, p < .05$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่าการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคลอด การให้ความมั่นใจกับสตรีครรภ์แรกว่าจะมีบุคลากรทางการแพทย์คอยช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอด ส่งผลให้สตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดลดลง และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเซอร์เชคัส และบาสคาล (Sercekus & Baskale 2016) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับ โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการคลอดจะมีระดับความกลัวการคลอดลดลง ($\text{mean} = 37.90$ คะแนน, $\text{S.D.} = 23.40$) และมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดสูงขึ้น ($\text{mean} = 257.60$ คะแนน, $\text{S.D.} = 44.90$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($\text{mean} = 59.90$ คะแนน, $\text{S.D.} = 19.10$ และ $\text{mean} = 224.10$ คะแนน, $\text{S.D.} = 37.80$ ตามลำดับ) ($p < .01$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาของโทฮิล และคณะ (Toohill, et al., 2014) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมจากพยาบาลผดุงครรภ์มีระดับคะแนนความกลัวการคลอดเฉลี่ยลดลง 19.52 คะแนน ($\text{S.D.} = 18.59$) และมีระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มขึ้น 61.10 คะแนน ($\text{S.D.} = 87.45$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (คะแนนเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 9.28 คะแนน, $\text{S.D.} = 16.32$ และคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 19.72 คะแนน, $\text{S.D.} = 92.61$) ($p < .001$ และ $p = .002$ ตามลำดับ) และการศึกษาของไบรเน่ และคณะ (Byrne et al., 2014) พบว่าสตรีครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดร่วมกับการทำสมาธิ มีความกลัวการคลอดลดลง ($\text{mean} = 38.92$ คะแนน, $\text{S.D.} = 14.84$) และมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดสูงขึ้น ($\text{mean} = 224.54$ คะแนน, $\text{S.D.} = 25.88$) เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ($\text{mean} = 61.42$ คะแนน, $\text{S.D.} = 13.42$ และ $\text{mean} = 171.69$ คะแนน, $\text{S.D.} = 42.10$ ตามลำดับ) ($p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ)

ปัจจัยที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการในลำดับที่ 2 คือ ความวิตกกังวลในการคลอด โดยสามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 34 ($\beta = -.26, p < .05$) (ตารางที่ 4.3) อธิบายได้ว่าสตรีครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับการคลอดจากพยาบาลผดุงครรภ์ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่จะเกิดขึ้น และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในระยะคลอด จะมีความวิตกกังวลในการคลอดลดลง และช่วยให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้พบว่าสตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในการคลอดระดับต่ำ ความวิตกกังวลในระดับนี้จะส่งผลให้สตรีครรภ์แรกมีความตื่นตัวในที่จะระดับสูง มีความพร้อมเรียนรู้

และเผชิญกับสถานการณ์การคลอดที่จะเกิดขึ้น (จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, 2550; พัทธเวทย์ เพชกลาง และคณะ, 2559; วันเพ็ญ ไสยมรรค และคณะ, 2555)

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลในการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.53, p < .05$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่าความวิตกกังวลในการคลอดเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นเฉพาะเจาะจงต่อสถานการณ์การคลอด หากมีการจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมจะส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้ ทั้งยังเป็นการช่วยในการพัฒนาแหล่งการเรียนรู้ในแหล่งที่ 4 ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) คือ สภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) การที่สตรีครรภ์แรกได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในการบรรเทาความวิตกกังวลโดยเฉพาะการให้ข้อมูล การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดซึ่งเป็นสถานการณ์ขณะเผชิญที่สตรีครรภ์แรกวิตกกังวล ก็จะสามารถเพิ่มความเชื่อมั่นในการเผชิญกับการคลอดได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อคลอดจะมีความวิตกกังวลในการคลอดลดลง ($\text{mean} = 5.16$ คะแนน, $\text{S.D.} = 2.79$) และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น ($\text{mean} = 119.22$ คะแนน, $\text{S.D.} = 23.64$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\text{mean} = 6.40$ คะแนน, $\text{S.D.} = 2.68$ และ $\text{mean} = 98.46$ คะแนน, $\text{S.D.} = 23.36$ ตามลำดับ) ($p = .02$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) (Ip et al., 2009) และเช่นเดียวกับอีก 2 การศึกษาที่พบว่าสตรีครรภ์แรกที่ได้เข้าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อคลอดมีระดับความวิตกกังวลในการคลอดลดลง ($\text{mean} = 36.88$ คะแนน, $\text{S.D.} = 5.07$ และ $\text{mean} = 44.80$ คะแนน, $\text{S.D.} = 5.58$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 41.04$ คะแนน, $\text{S.D.} = 7.91$ และ $\text{mean} = 49.22$ คะแนน, $\text{S.D.} = 4.20$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) (ปาริฉัตร อารยะจารุ และคณะ, 2555; Madhavanprabhakaran et al., 2016) และการศึกษาของไคกิน และคณะ (Khaikin et al., 2016) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อคลอดเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และ 5 สัปดาห์ มีความวิตกกังวลในการคลอดน้อยกว่า ($\text{mean} = 50.60$ คะแนน, $\text{S.D.} = 5.80$ และ $\text{mean} = 49.40$ คะแนน, $\text{S.D.} = 5.20$ ตามลำดับ) ก่อนได้รับ โปรแกรม ($\text{mean} = 52.20$ คะแนน, $\text{S.D.} = 5.80$ และ $\text{mean} = 51.2$ คะแนน, $\text{S.D.} = 4.00$ ตามลำดับ) ($p = .01$ และ $p = .04$ ตามลำดับ)

ปัจจัยที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการในลำดับสุดท้าย คือ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 37 ($\beta = .20, p < .05$) (ตารางที่ 4.3) อธิบายได้ว่าแม้ว่าสตรีครรภ์แรกจะไม่เคยมีประสบการณ์ในการคลอดมาก่อน แต่การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือที่ดีจากบุคคลใกล้ชิด จากพยาบาลผดุงครรภ์จะช่วยลดความวิตกกังวลในการคลอด ลดความกลัวการคลอด และเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการเข้าถึงการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆ ทั้ง 4 ด้านตาม

แนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ทั้งยังสามารถเป็นแหล่งประโยชน์ในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากแหล่งการเรียนรู้ในแหล่งที่ 2,3 และ 4 ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) อีกด้วย เห็นได้จากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด ($r = -.33, p < .05$ และ $r = -.27, p < .05$ ตามลำดับ) (ภาคผนวก ง) ซึ่งเป็นสองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งการเรียนรู้ในแหล่งที่ 4 คือสภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) นอกจากนี้การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = .37, p < .05$) (ภาคผนวก ง) อธิบายว่าการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากแหล่งการเรียนรู้ทั้ง 3 แหล่ง และการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทั้ง 4 ด้านส่งผลต่อการเพิ่มความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้ผ่านพ้นสถานการณ์ในการคลอดของสตรีครรภ์แรก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามี จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มมากขึ้น (adjusted odds ratio 3.76; 95% confidence interval: 1.43, 9.94) (Attanasio et al., 2014) เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของอิรวานี และคณะ (Iravani et al., 2015) และการศึกษาของกิบบิน และทอมสัน (Gibbins & Thomson, 2001) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากทั้งครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์สามารถส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ และความรู้เกี่ยวกับการคลอดไม่สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ ซึ่งพบว่าปัจจัยประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = -.04, p = .34$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่าความปวดในระยะตั้งครรภ์นั้นเป็นเพียงช่วงระยะเวลาหนึ่งของการตั้งครรภ์ ซึ่งบางรายอาจรู้สึกเพียงความไม่สบายจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดจากการตั้งครรภ์ จึงไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และไม่ได้มีการจัดการกับความไม่สบายที่เกิดขึ้น ส่วนปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการคลอดแม้ว่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = .19, p < .05$) (ภาคผนวก ง) อาจเป็นเพราะความรู้เกี่ยวกับการคลอดถูกบดบังจากอิทธิพลของปัจจัยอื่น คือ ความกลัวการคลอด ความวิตกกังวลในการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม และเนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์เชิงส่วน (partial correlation) กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด จึงทำให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดไม่ได้เป็นปัจจัยที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด ($r = -.33, p < .05$ และ $r = -.34, p < .05$ ตามลำดับ) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่าการที่สตรีครรภ์แรกมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องต่างๆของการคลอดจะทำให้สตรีครรภ์แรกได้เรียนรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะคลอด ทราบถึงสถานการณ์ต่างๆ

ที่จะเกิดขึ้น การได้รับการฝึกปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมในการจัดการกับความปวด และรู้ว่าในทุก
ระยะของการคลอดจะมีบุคลากรทางการแพทย์คอยช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้การคลอดมีผลลัพธ์ที่ดี
ทำให้ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดลดลงได้

กล่าวโดยสรุป ความกลัวการคลอด ความวิตกกังวลในการคลอด และแรงสนับสนุนทาง
สังคมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้
ร้อยละ 37 ซึ่งทั้งสามปัจจัยนี้กล่าวได้ว่าครอบคลุมทั้ง 4 แหล่งการเรียนรู้ (source of self-efficacy
information) ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ในการพัฒนาการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก โดยการมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีผลต่อ
การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆของสตรีครรภ์แรก ช่วยในการเตรียมความพร้อม ฝึกฝนเพื่อให้เกิด
การเรียนรู้จากประสบการณ์การฝึกซ้อมที่เกิดขึ้น และช่วยส่งเสริมสภาวะทางอารมณ์ที่ดี อันเป็น
การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่เพิ่มมากขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนายของปัจจัย ประสิทธิภาพการจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทาง สังคม ความวิตกกังวลในการคลอด ความกลัวการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ในสตรีครรภ์แรก โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีจำนวน 100 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด ประกอบด้วย

1. ตั้งครรภ์เดี่ยว
2. อายุครรภ์ 32 สัปดาห์เป็นต้นไป
3. ไม่มีการวางแผนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ภาวะ ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

5. ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น
6. สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้
7. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ฉบับ ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา และการวางแผนการตั้งครรภ์

2. แบบสอบถามประสิทธิภาพการจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการจัดการความปวดของสตรีครรภ์แรก

3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดของรณันต์ ธีรดา (2548) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัด ความรู้เกี่ยวกับการคลอดของประทุมพร เพียรจริง และคณะ (2544) แบบวัดนี้เมื่อนำมาวัดความรู้ เกี่ยวกับการคลอดในสตรีครรภ์แรกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายได้ค่า KR 20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ .75

4. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของกฤติกาพร ไยโนนาค (2542) ที่สร้างโดยใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านของเฮาส์ (House, 1981) แบบวัดนี้ดัดแปลงเพื่อให้เข้ากับบริบทของสตรีตั้งครรภ์โดยจิราวรรณ นิมิตรเกษ (2551) เมื่อนำมาวัดแรงสนับสนุนทางสังคมในสตรีครรภ์แรกจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

5. แบบประเมินความวิตกกังวลในขณะเผชิญ (The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)) ของสปีลเบิร์ก และคณะ (Spielberger et al., 1983) ซึ่งนำมาดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยให้เข้ากับบริบทของสตรีตั้งครรภ์โดยฉวี เบาทรวง (2526) เมื่อนำมาประเมินความวิตกกังวลในการคลอดของสตรีครรภ์แรกจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90

6. แบบประเมินความกลัวการคลอดของโลว์ (Lowe, 2000) ซึ่งนำมาดัดแปลง และแปลเป็นภาษาไทยโดยกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) เมื่อนำมาใช้ประเมินความกลัวการคลอดในสตรีครรภ์แรกจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92

7. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของโลว์ (Lowe, 2000) นำมาดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดยกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) เมื่อนำมาใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96

ข้อมูลที่ได้ในการศึกษานี้ก็นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผู้วิจัยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistic) เพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนของตัวแปรแต่ละตัว ด้วยความถี่ ร้อยละ พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) วิเคราะห์ความสามารถในการร่วมกันทำนายของตัวแปรประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่าความกลัวการคลอด ความวิตกกังวลในการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 37

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และเป็นสตรีครรภ์แรกในบริบทของสังคมเมือง จึงอาจมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลด้านอายุ และระดับการศึกษาที่แตกต่างจากสังคมชนบท นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการให้การรักษายาบาลได้อย่างครอบคลุม มีการตรวจคัดกรองในเรื่องต่างๆอย่างเข้มงวด รวมทั้งมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อคลอดที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาที่ได้ไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรที่มีบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการประเมินสตรีครรภ์แรกทุกรายที่เข้ามาใช้บริการฝากครรภ์เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ปัจจัยดังกล่าว คือ ความกลัว การคลอด ความวิตกกังวลในการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลในการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อคลอดในเรื่องต่างๆ ทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะคลอด การบรรเทาปวดในระยะคลอด และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในระยะคลอดอย่างครอบคลุมทุกระยะ เพื่อลดความวิตกกังวลในการคลอดและความกลัวการคลอด ทั้งยังเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมทางหนึ่งในการให้ข้อมูลข่าวสารให้กับสตรีครรภ์แรก

2. พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการจัดกิจกรรมกลุ่ม ให้มีการพบปะ พูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับความรู้ ประสบการณ์การเตรียมตัวเพื่อคลอดของสตรีครรภ์แรกในระยะใกล้คลอด เพื่อให้สตรีครรภ์แรกได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือเปิดรับความรู้ใหม่จากบุคคลอื่น เพื่อเป็นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในด้านการเรียนรู้จากการสังเกตแบบอย่างທີ່ประสบความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) ตามแนวคิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997)

ด้านการศึกษา

ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้เป็นแนวทางในการวางแผนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก จากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ซึ่งปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่ ความกลัวการคลอด ความวิตกกังวล

ในการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดโดย การให้ความรู้สตรีครั้งแรกเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อคลอดเพื่อจัดการกับทั้ง 3 ปัจจัยได้อย่างเหมาะสม

ด้านการวิจัย

ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ควรนำไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนต่อการคลอดในสตรีครั้งแรกที่เฉพาะเจาะจงกับทั้ง 3 ปัจจัย อันได้แก่ ความกลัวการคลอด ความวิตกกังวลในการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก

FACTORS PREDICTING CHILDBIRTH SELF-EFFICACY OF FIRST-TIME PREGNANT WOMEN

สายฝน บ่อชน 5836850 RAMY/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จันทิมา ขนบดี, D.S.N. (MATERNAL AND CHILD NURSING), จรัสศรี ชีระกุลชัย, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญเหตุการณ์หนึ่งในชีวิตของสตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน จึงอาจมองว่าการคลอดเป็นเรื่องที่น่ากลัว และมีแต่ความไม่แน่นอน การทบทวนวรรณกรรมพบว่าสตรีคนหนึ่งจะสามารถก้าวผ่านสถานการณ์การคลอดได้ และมีผลลัพธ์ของการคลอดที่ดีนั้น จะต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด (จันทรเพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา วิชากุล, และ อารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2553; Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008; Christiaens & Bracke, 2007; Drummond & Rickwood, 1997; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Karlstrom, Nystedt, & Hildingsson, 2015; Larkin, Begley, & Devane, 2009; Lowe, 2000; Schwartz et al., 2015; Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004) โดยพบว่าสตรีครรภ์แรกที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับสูง จะมีการปฏิบัติตนในระยะคลอดอย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของการคลอดที่ดี และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ในทางตรงกันข้าม สตรีครรภ์แรกที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับต่ำ จะไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อจัดการกับสถานการณ์ในระยะคลอด เป็นผลให้เกิดผลลัพธ์ของการคลอดที่ไม่ดี เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด เนื่องจากคลอดด้วยตนเองไม่ได้ ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอดที่ไม่ดีในอนาคตได้ (Bryanton et al., 2008; Christiaens & Bracke, 2007; Drummond & Rickwood, 1997; Goodman

et al., 2004; Karlstrom et al., 2015; Larkin et al., 2009; Lowe, 1991; Waldenstrom et al., 2004) ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด จึงหมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของสตรีครรภ์แรกในการจัดการและเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการคลอดที่ดีตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของเบนดูรา (Bandura, 1997) สามารถพัฒนาได้จากการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง (source of self-efficacy information) ดังต่อไปนี้ คือ 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จในอดีต (enactive mastery experience) 2) การเรียนรู้จากการสังเกตแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของบุคคลอื่น (vicarious experience) 3) การโน้มน้าวด้วยคำพูดจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) และ 4) สภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) (Bandura, 1997)

ในสตรีครรภ์แรกนั้นไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน ดังนั้นการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจากแหล่งข้อมูลในแหล่งที่ 1 จึงอาจมีความจำกัด (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991, 2000) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประสบการณ์ความสำเร็จในการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นในอดีต เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกจากแหล่งการเรียนรู้ในแหล่งที่ 1 (Lowe, 1991; Schwartz et al., 2015; Sun, Hung, Chang, & Kuo, 2010) การทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ (Attanasio, McPherson, & Kozhimannil, 2014; Gibbins & Thomson, 2001; Ip, Tang, & Goggins, 2009; Iravani, Zarean, Janghorbani, & Bahrani, 2015; Sercekus & Baskale, 2016; Taheri, Mazaheri, Khorsandi, Hassanzadeh, & Amiri, 2014; Toohill et al., 2014; Vasegh Rahimparvar, Hamzehkhani, Geranmayeh, & Rahimi, 2012) ซึ่งจะช่วยให้สตรีครรภ์แรกพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จากแหล่งข้อมูลแหล่งที่ 2 และ 3 (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 2000; Schwartz et al., 2015) นอกจากนี้ยังสามารถช่วยลดความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดได้อีกด้วย โดยมีหลายการศึกษาพบว่าทั้งสองปัจจัยนี้เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการลดหรือเพิ่มระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก ทั้งยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งการเรียนรู้ในแหล่งที่ 4 (Beebe, Lee, Carrieri-Kohlman, & Humphreys, 2007; Lowe, 2000; Salomonsson, Gullberg, Alehagen, & Wijma, 2013; Sieber, Germann, Barbir, & Ehlert, 2006)

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นบุคคลสำคัญในการประเมินปัจจัยดังกล่าวข้างต้น เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสตรีครรภ์แรกได้อย่างครอบคลุมทุกปัจจัย ที่ผ่านมามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก แต่พบว่าผลการศึกษาขัดแย้งกันอยู่ ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษา

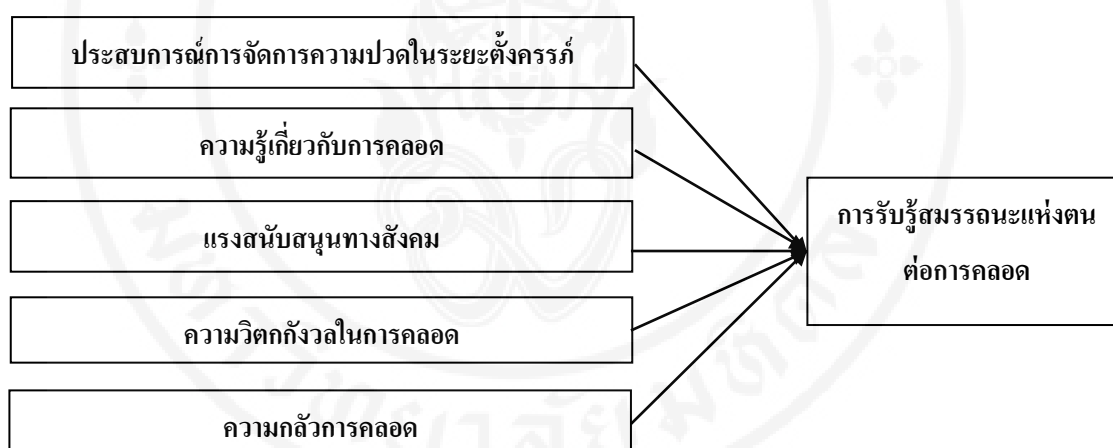
เพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกในบริบทของประเทศไทย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลในการประเมิน และวางแผนให้การพยาบาลสตรีครรภ์แรกในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์กรอบแนวคิดการวิจัยมาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่ผ่านกระบวนการคิดพิจารณาแล้วว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบด้วยสองส่วน คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (belief efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) ทั้งนี้ระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแต่ละบุคคลจะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ความยากง่ายของการจัดการกับสถานการณ์ (magnitude or level) 2) ระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (strength) และ 3) สถานการณ์ที่คุ้นเคยหรือใกล้เคียงกับสถานการณ์ที่เคยผ่านมาในอดีต (generality) (Bandura, 1997; Lowe, 1991)

การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาได้จากการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง (source of self-efficacy information) ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น เช่นเดียวกันกับการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ทั้ง 4 แหล่งที่มีอิทธิพลต่อการเพิ่มหรือการลดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกดังต่อไปนี้ ปัจจัยแรกคือ ประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันแหล่งการเรียนรู้แหล่งที่ 1 เนื่องจากหากสตรีครรภ์แรกประสบความสำเร็จจากการจัดการกับความปวดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ก็จะสามารถนำประสบการณ์ที่ได้มาประยุกต์ในการจัดการกับความปวดที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอดได้ (Lowe, 1991; Schwartz et al., 2015; Sun et al., 2010) ปัจจัยต่อมา คือความรู้เกี่ยวกับการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งข้อมูลในแหล่งที่ 2 และ 3 เนื่องจากความรู้ที่ได้นั้นมาจากสื่อต่างๆ บุคคลใกล้ชิด หรือจากพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งก็คือผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ทั้งหมดนี้จะส่งผลให้สตรีครรภ์แรกมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นจากความรู้ที่ได้ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์การคลอดได้ จึงทำให้สตรีครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มขึ้น (Attanasio et al., 2014; Drummond & Rickwood, 1997; Gibbins & Thomson, 2001; Iravani et al., 2015)

สองปัจจัยสุดท้ายคือ ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด เป็นสองปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ นั่นก็คือแหล่งการเรียนรู้แหล่งที่ 4 การทบทวนวรรณกรรมพบว่าสตรีครรภ์แรกที่มีความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดในระดับสูง จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดลดลง (Ayers & Pickering, 2005; Carlsson, Ziegert, & Nissen, 2015; Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991, 2000; Sercekus & Baskale, 2016; Salomonsson et al., 2013) เห็นได้ว่าปัจจัยทั้งหมดนี้มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกโดยสามารถเพิ่มหรือลดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้ ทั้งยังมีความเกี่ยวข้องกับแหล่งการเรียนรู้ทั้ง 4 แหล่ง (source of self-efficacy information) ในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) จากปัจจัยข้างต้นสามารถนำมาประยุกต์กรอบแนวคิดการศึกษาในครั้งนี้ได้ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสามารถในการร่วมนกันทำนายของปัจจัยประสบนการจัการ การจัการ ความปวดในระยะตั้งครรท ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรทแรก

สมมติฐานการวิจัย

ประสบนการจัการความปวดในระยะตั้งครรท ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดสามารถร่วมนกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรทแรก

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถในการร่วมนกันทำนายของปัจจัยทำนาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของสตรีครรทแรกที่มารับบริการฝากครรท ณ หน่วยฝากครรท โรงพยาบาลรามารบิดี

นิยามตัวแปร

ประสบนการจัการความปวดในระยะตั้งครรท หมายถึง การรับรู้ของสตรีครรทแรก เกี่ยวกับการจัการความปวดที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรท เช่น อาการปวดหลัง (back pain) อาการปวดจากการหดตัวของมดลูก (Braxton Hicks contractions) เป็นต้น ประเมินโดยแบบสอบถามประสบนการจัการความปวดในระยะตั้งครรทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 1 ข้อ แปลผลเป็น เคยมีประสบนการจัการความปวดในระยะตั้งครรท กับไม่เคยมีประสบนการจัการความปวดในระยะตั้งครรท

ความรู้เกี่ยวกับการคลอด หมายถึง ความรู้ของสตรีครรทแรกเกี่ยวกับการคลอดบุตร ในเรื่องเกี่ยวกับ ชนิดของการคลอด อาการเจ็บครรทเตือน อาการเจ็บครรทจริง อาการผิดปกติที่ควรรับมา โรงพยาบาล กระบวนการคลอด การเตรียมเอกสาร อุปกรณ์ของใช้ต่างๆเมื่อมาคลอด การบรรเทาความปวดในระยะคลอด และการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด เป็นความรู้ที่ได้จากการเข้ารับฟังคำแนะนำในขณะตั้งครรท บุคคลอื่น หรือสื่อต่างๆ ประเมินโดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดของรชนนต

ถิรดา (2548) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดของประทุมพร เพ็ชรจริง และคณะ (2544) คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดมาก

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนที่สตรีครรภ์แรกได้รับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เช่น บุคคลในครอบครัว บุคคลอื่น หรือจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการช่วยเหลือหรือการสนับสนุนประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (emotional support) ข้อมูลข่าวสาร (information support) ทรัพยากร (instrumental support) และการประเมินเปรียบเทียบ (appraisal support) ประเมินโดยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของจิราวรรณ นิรมิตภาย (2551) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของกฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ความวิตกกังวลในการคลอด หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดของสตรีครรภ์แรกเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบายใจ ความหวาดหวั่น และความทุกข์ใจเกี่ยวกับสถานการณ์การคลอดบุตร ซึ่งสามารถตอบสนองออกมาทั้งทางด้านสรีรวิทยา และสภาวะอารมณ์ ประเมินโดยแบบวัดความวิตกกังวลในผู้คลอดของ ฉวี เบาทรวง (2526) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงมาจากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)) ของสปีลเบิร์ก กอซซ์ ลูชิน แวก์ และจาค็อบ (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีความวิตกกังวลในการคลอดระดับสูง

ความกลัวการคลอด หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดของสตรีครรภ์แรกในทางลบเกี่ยวกับการคลอดบุตร ก่อให้เกิดความรู้สึกกลัวความหรืออาจได้รับอันตรายจากการคลอด เช่น กลัวความเจ็บปวด กลัวตนเองและทารกได้รับอันตรายจากการคลอด กลัวสถานการณ์ในการคลอด ประเมินโดยเครื่องมือวัดความกลัวต่อการคลอดบุตรของกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงมาจาก The Childbirth Attitudes Questionnaire (CAQ) ของโลว์ (Lowe, 2000) ที่พัฒนาเครื่องมือมาจากทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดความกลัวของอเลสค็อก และคณะ (Areskog, et al., 1982 as cited in Lowe, 2000) และเฮอแมน (Herman, 1988 as cited in Lowe, 2000) คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดระดับสูง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด หมายถึง การรับรู้ของสตรีครรภ์แรกในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญ และจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอด ประเมินโดยแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดของกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงจาก The Childbirth Self-Efficacy Inventory ของโลว์ (Lowe,

1993) ที่พัฒนาเครื่องมือมาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดระดับสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้คือ สตรีครรภ์แรกที่เข้ามาใช้บริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 100 ราย ทำการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2560 โดยการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติดังนี้

1. ตั้งครรภ์เดี่ยว
2. อายุครรภ์ 32 สัปดาห์เป็นต้นไป
3. ไม่มีการวางแผนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการจัดตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น
5. ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น
6. สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้
7. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ฉบับดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา และการวางแผนการตั้งครรภ์
2. แบบสอบถามประสิทธิภาพการจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อสอบถามประสิทธิภาพการจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรก
3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยประทุมพร เพียรจริง (2544) จากการทบทวนวรรณกรรม นำมาดัดแปลงโดยรัชันต์ ธีรรดา (2548) ผู้วิจัยนำมาใช้วัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดในสตรีครรภ์แรก นำมาทดลองใช้กับสตรีครรภ์แรกที่มีลักษณะใกล้เคียง

กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายทดสอบความเที่ยง โดย KR 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าเท่ากับ .75

4. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยกฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ตามแนวคิดการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ 4 ด้านของเฮ้าส์ (House, 1981) นำมาดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของสตรีตั้งครรภ์โดยจิราวรรณ นิรมิตเกษ (2551) ผู้วิจัยนำมาใช้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมในสตรีครรภ์แรกจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

5. แบบประเมินความวิตกกังวลในการคลอด ผู้วิจัยใช้แบบวัดความวิตกกังวลในขณะเผชิญ (The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)) ของสปีลเบิร์ก และคณะ (Spielberger et al., 1983) นำมาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงเนื้อหาให้เข้ากับบริบทของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยโดยฉวี เบาทรวง (2526) การศึกษาครั้งนี้นำมาใช้ประเมินความวิตกกังวลในการคลอดของสตรีครรภ์แรกจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90

6. แบบประเมินความกลัวการคลอด ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน The Childbirth Attitudes Questionnaire (CAQ) ของโลว์ (Lowe, 2000) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยโดยกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) ผู้วิจัยนำมาใช้ประเมินความกลัวการคลอดในสตรีครรภ์แรกจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92

7. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ผู้วิจัยใช้ The Childbirth Self-Efficacy Inventory ของโลว์ (Lowe, 1993) ซึ่งได้พัฒนามาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) แปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยโดยกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) ผู้วิจัยนำมาใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรามาธิบดีเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัย

แนะนำตนเองต่อหัวหน้าหน่วยฝักครรภ์ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการขอใช้สถานที่เก็บข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากเวชระเบียนผู้ป่วย จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล แนะนำตัว วัตถุประสงค์ และรายละเอียดทั้งหมดให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือในการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. พากลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลที่มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นสัดส่วน แนะนำการตอบแบบสอบถามทั้งหมด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวิธีการทำแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30-40 นาที
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วน เมื่อข้อมูลครบถ้วนแล้วกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวางแผนการตั้งครรภ์ และประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด ความกลัวการคลอด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด วิเคราะห์โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด ความกลัวการคลอด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ส่วนตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการคลอดไม่สามารถแปลงค่าโดยใช้การปรับค่าทางสถิติได้ (data transformations)

(Tabachnick & Fidell, 2013) จึงได้กำหนดเป็นรหัสตัวแปรหุ่น (dummy coding) ดังนี้ 0 คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน และ 1 คือกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนมากกว่า 17 คะแนนขึ้นไป สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม (linearity) การทดสอบ homoscedasticity การทดสอบความสัมพันธ์ของค่าความคลาดเคลื่อน และการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา พบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ทั้งหมด

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสตรีครรภ์แรกที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลรามารามิบัติ จำนวน 100 ราย มีอายุระหว่าง 18-42 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 28 ปี (S.D. = 5.85) มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาอยู่ในช่วงระหว่าง 6-21 ปี จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยเท่ากับ 15 ปี (S.D. = 2.65) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า และร้อยละ 67 มีการวางแผนการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุครรภ์ระหว่าง 32-39 สัปดาห์ ร้อยละ 21 ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 50) เคยมีประสบการณ์การจัดการกับความปวดในขณะตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดเฉลี่ย 17.46 คะแนน (S.D. = 1.38) มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 84.51 คะแนน (S.D. = 8.77) คะแนนความวิตกกังวลในการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 43.79 คะแนน (S.D. = 10.14) คะแนนความกลัวการคลอดเฉลี่ย 36.15 คะแนน (S.D. = 10.27) และคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 118.27 คะแนน (S.D. = 25.29) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด ความกลัวการคลอด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($n = 100$)

ตัวแปร	พิสัย		Mean	S.D.	ระดับ
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง			
ความรู้เกี่ยวกับการคลอด	0-20	13-20	17.46	1.38	มาก
แรงสนับสนุนทางสังคม	20-100	63-100	84.51	8.77	มาก
ความวิตกกังวลในการคลอด	22-88	27-79	43.79	10.14	ต่ำ
ความกลัวการคลอด	15-60	15-57	36.15	10.27	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	16-160	38-160	118.27	25.29	สูง

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) พบว่าความกลัวการคลอด ความวิตกกังวลในการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 37 ($F_{3,96} = 19.15, p < .05$) เมื่อวิเคราะห์รายตัวแปรพบว่าตัวแปรความกลัวการคลอดได้รับคัดเลือกเข้าสมการลำดับที่ 1 โดยสามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ถึงร้อยละ 29 ($\beta = -.31, p < .05$) ตัวแปรที่ได้รับคัดเลือกเข้าสมการในลำดับที่ 2 คือ ความวิตกกังวลในการคลอด ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้ร้อยละ 34 ($\beta = -.26, p < .05$) และตัวแปรที่ได้รับคัดเลือกเข้าสมการลำดับที่ 3 คือ แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าสามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้ร้อยละ 37 ($\beta = .20, p < .05$) (ตารางที่ 2) จากนั้นไม่มีการคัดเลือกตัวแปรเข้าสมการอีกเนื่องจากไม่มีตัวแปรตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์เชิงส่วน (partial correlation) กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงสามารถสนับสนุนการทดสอบสมมติฐานได้เพียงบางส่วน โดยสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังต่อไปนี้

$$Y (\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด}) = 126.19 - .77 (\text{ความกลัวการคลอด}) - .64 (\text{ความวิตกกังวลในการคลอด}) + .57 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$$

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของสตรีครรภ์แรก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) (n = 100)

ลำดับที่	ปัจจัยทำนาย	R ²	R ² change	F change	b	Beta	t	p
1	ความกลัวการคลอด	.29	.29	39.50	-.77	-.31	-2.87	.00
2	ความวิตกกังวลในการคลอด	.34	.05	7.77	-.64	-.26	-2.33	.02
3	แรงสนับสนุนทางสังคม	.37	.03	5.27	.57	.20	2.30	.02

Constant = 126.19; Overall F = 19.15; p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้แก่ ความกลัวการคลอด ความวิตกกังวลในการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 37 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานเพียงบางส่วน อธิบายได้ว่าหากสตรีครรภ์แรกมีความกลัวการคลอด และความวิตกกังวลในการคลอดระดับต่ำ ร่วมกับมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับสูง เมื่อพิจารณาแต่ละปัจจัยพบว่า ปัจจัยความกลัวการคลอดเป็นปัจจัยลำดับแรกที่เข้าสมการทำนาย เนื่องจากมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากที่สุด ($\beta = -.31, p < .05$) โดยสามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 29 (ตารางที่ 2) อธิบายได้ว่าสตรีครรภ์แรกที่มีระดับความกลัวการคลอดต่ำ จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดสูง เช่นเดียวกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.54, p < .05$) (ภาคผนวก ง) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการ์ตัส-ไนเจล สต็อคเซน ทอเจอเซน โซเอส และอีเบอร์ฮาร์ด-กรัน (Garthus-Niegel, Storksens, Torgersen, Soest, & Eberhard-Gran, 2011) และอีก 3 การศึกษาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความกลัวการคลอดในระดับต่ำ จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับสูง (Lowe, 2000; Salomonsson, et al., 2013; Schwartz et al., 2015) และในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นระดับที่เหมาะสม จึงส่งผลต่อความพยายามในการเรียนรู้ หาข้อมูลในสิ่งที่ตนเองกลัวเพื่อมาจัดการกับความกลัวที่เกิดขึ้น เมื่อความกลัวลดลงสตรีครรภ์แรกจะสามารถ

พัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้จากการกำจัดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งการเรียนรู้ในแหล่งที่ 4 ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) คือ สภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรช่วยเหลือสตรีครรภ์แรกในการจัดการกับความกลัวอย่างเหมาะสม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตสังคมในระยะคลอด ซึ่งจะช่วยให้สตรีครรภ์แรกเพิ่มความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆในระยะคลอดมากขึ้น (Byrne, Hauck, Fisher, Bayes, & Schutze, 2014; Sercekus & Baskale 2016; Toohill, et al., 2014)

ปัจจัยที่เข้าสู่สมการทำนายในลำดับที่สอง คือ ความวิตกกังวลในการคลอด ($\beta = -.26$, $p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 34 (ตารางที่ 2) อธิบายได้ว่าเมื่อสตรีครรภ์แรกได้รับการจัดการกับความวิตกกังวลอย่างเหมาะสม เช่น การได้รับคำแนะนำการเตรียมตัวเพื่อคลอด จะทำให้มีระดับความวิตกกังวลในการคลอดลดลง ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่เพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าความวิตกกังวลในการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.53$, $p < .05$) (ภาคผนวก ง) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ 2 การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีครรภ์แรกที่มีความวิตกกังวลในการคลอดระดับต่ำ จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับสูง (Beebe et al., 2007; Cheung, Ip, & Chan, 2007) ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้เป็นความวิตกกังวลในขณะเผชิญ หากได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจากพยาบาลผดุงครรภ์ และบุคคลใกล้ชิด เช่น การช่วยเหลือสตรีครรภ์แรกในการเตรียมตัวเพื่อคลอด การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด ความวิตกกังวลก็จะสามารถบรรเทาลงได้ ซึ่งเป็นการพัฒนาแหล่งการเรียนรู้ในแหล่งที่ 4 คือ สภาวะร่างกาย และสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวคือ เมื่อสภาวะอารมณ์มั่นคง ก็จะส่งผลต่อความมั่นใจต่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอด (Ip et al., 2009; Khaikin, Marcus, Kelishek, & Balik, 2016; Madhavanprabhakaran, D'Souza, & Nairy, 2016)

ปัจจัยที่เข้าสู่สมการลำดับสุดท้าย คือ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 37 ($\beta = .20$, $p < .05$) (ตารางที่ 2) อธิบายได้ว่ากรณีที่สตรีครรภ์แรกได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด หรือจากพยาบาลผดุงครรภ์ จะทำให้สตรีครรภ์แรกเกิดความมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆเพื่อให้ผ่านสถานการณ์การคลอดไปได้ เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37$, $p < .05$) (ภาคผนวก ง) ดังนั้นการที่สตรีครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้ง 4 ด้านตาม

แนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) จะส่งเสริมให้สตรีครรภ์แรกได้มีการเรียนรู้จากแหล่งการเรียนรู้แหล่งที่ 2 และ 3 ตามแนวทางการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) คือ การเรียนรู้จากการสังเกตแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) และการโน้มน้าวด้วยคำพูดจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอะตานาสซิโอ และคณะ (Attanasio et al., 2014) การศึกษาของอิรวานิ และคณะ (Iravani et al., 2015) และการศึกษาของกิบบิน และทอมสัน (Gibbins & Thomson, 2001) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์อย่างเพียงพอ จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับสูง การศึกษาครั้งนี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.33, p < .05$ และ $r = -.27, p < .05$ ตามลำดับ) (ภาคผนวก ง) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสตรีครรภ์แรกที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก จะมีความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดในระดับต่ำ (Toohill et al., 2014; Salehi et al., 2016)

ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอดไม่สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ โดยประสบการณ์การจัดการกับความปวดในระยะตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = -.04, p = .34$) (ภาคผนวก ง) อธิบายได้ว่า การตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมากมาย และระยะเวลาในการตั้งครรภ์เป็นเพียงระยะเวลาสั้นๆ ดังนั้นสตรีครรภ์แรกบางรายจึงแปลความหมายของความปวดที่เกิดขึ้นเป็นเพียงความไม่สบายในขณะตั้งครรภ์ และอาจไม่มีการจัดการกับความปวดนั้น ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับการคลอดแม้ว่าผลการศึกษาจะพบว่าความรู้เกี่ยวกับการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19, p < .05$) (ภาคผนวก ง) แต่ไม่สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้อาจเนื่องมาจากการถูกบดบังจากอิทธิพลจากปัจจัยอื่น และ ไม่มีความสัมพันธ์เชิงส่วน (partial correlation) กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด อย่างไรก็ตามผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.33, p < .05$ และ $r = -.34, p < .05$ ตามลำดับ) ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สตรีครรภ์แรกควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอด การเตรียมตัวเพื่อคลอด และการเรียนรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆทั้งทางร่างกาย และจิตใจที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอด ทั้งหมดนี้จะทำให้ความวิตกกังวล และความกลัวลดลง

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ ประกอบด้วย ความกลัวการคลอด ความวิตกกังวลในการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 37 ทั้งสามปัจจัยนี้ครอบคลุมแหล่งการเรียนรู้ทั้ง 4 แหล่งตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura 1997) ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสตรีครรภ์แรกจัดการกับปัจจัยเหล่านี้เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่การศึกษานี้มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และเป็นสตรีครรภ์แรกที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นบริบทของสังคมเมือง จึงมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงถึงประชากรในบริบทอื่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นบุคคลสำคัญในการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ซึ่งได้แก่ความกลัวการคลอด ความวิตกกังวลในการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลในการช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ทั้งยังเป็นบุคคลหนึ่งที่ทำให้การสนับสนุนช่วยเหลือสตรีครรภ์แรกในด้านการให้ข้อมูล ความรู้ การเตรียมสตรีครรภ์แรกเพื่อคลอด นอกจากนี้หากพยาบาลผดุงครรภ์ช่วยจัดกิจกรรมให้สตรีครรภ์แรกในระยะใกล้คลอดให้มีการพบปะ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อคลอด จะสามารถส่งเสริมให้สตรีครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเพิ่มมากขึ้นได้

ด้านการศึกษา

ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาพัฒนาแผนการสอนนักศึกษาพยาบาลในเรื่องการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีครรภ์แรก และการส่งเสริม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกจากการจัดการกับปัจจัยความกลัวการคลอด
ความวิตกกังวลในการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม

ด้านการวิจัย

ผลการศึกษาที่ได้ควรนำมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ
การคลอดในสตรีครรภ์แรกโดยเฉพาะเจาะจงกับทั้ง 3 ปัจจัย อันได้แก่ ความกลัวการคลอด ความวิตกกังวล
ในการคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม

FACTORS PREDICTING CHILDBIRTH SELF-EFFICACY OF FIRST-TIME PREGNANT WOMEN

SAIFON BOUCHON 5836850

M.N.S. (MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHANTIMA KHANOBDEE, D.S.N. (MATERNAL AND CHILD NURSING), JARATSRI THEERAKULCHAI, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and significance of the problem

Childbirth is an important event in women's lives, especially for inexperienced first-time pregnant women who may view childbirth as something to be feared and fraught with uncertainty. The literature review found that women need to perceive childbirth self-efficacy in order to overcome the childbirth situation and achieve a positive childbirth outcome (Janpen Ampat, Pennapa Witchakoon & Arirat Wichianprapa, 2010, Bryanton, Gagnon, Johnston & Hatem, 2008; Christiaens & Bracke, 2007; Drummond & Rickwood, 1997; Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004; Karlstrom, Nystedt & Hildingsson, 2015; Larkin, Begley & Devane, 2009; Lowe, 2000; Schwartz et al., 2015; Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson & Radestad, 2004). First-time pregnant women with high childbirth self-efficacy were found to have proper conduct during childbirth. This resulted in positive childbirth outcomes or positive childbirth experiences and satisfaction toward childbirth. In contrary, first-time pregnant women with low childbirth self-efficacy were found to lack confidence in performing behaviors to manage childbirth situations. Consequently, negative childbirth outcomes such as complications from the use of obstetric procedures to assist with childbirth due to pregnant women's inability to give birth naturally can occur and cause negative

feelings toward pregnancy and childbirth in the future (Bryanton et al., 2008; Christiaens & Bracke, 2007; Drummond & Rickwood, 1997; Goodman et al., 2004; Karlstrom et al., 2015; Larkin et al., 2009; Lowe, 1991; Waldenstrom et al., 2004). Therefore, childbirth self-efficacy means confidence in the personal ability of first-time pregnant women to manage and confront situations during childbirth to create positive childbirth outcomes in line with expectations. Self-efficacy in Bandura's concept (Bandura, 1997) can be developed by learning from the following four sources information: 1) enactive mastery experience; 2) vicarious experience; 3) verbal persuasion and 4) physiological and affective states (Bandura, 1997).

First-time pregnant women have never experienced childbirth before. Therefore, the development of childbirth self-efficacy from the first source may be limited (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991, 2000). According to the literature review, however, the experience of successful pain management in the past was found to be a factor influencing the development of childbirth self-efficacy among first-time pregnant women from the first source (Lowe, 1991; Schwartz et al., 2015; Sun, Hung, Chang & Kuo, 2010). Furthermore, childbirth knowledge and social support were found to be capable of increasing childbirth self-efficacy in first-time pregnant women (Attanasio, McPherson & Kozhimannil, 2014; Gibbins & Thomson, 2001; Ip, Tang & Goggins, 2009; Iravani, Zarean, Janghorbani & Bahrani, 2015; Sercekus & Baskale, 2016; Taheri, Mazaheri, Khorsandi, Hassanzadeh & Amiri, 2014; Toohill et al., 2014; Vasegh Rahimpour, Hamzehkhani, Geranmayeh & Rahimi, 2012). This can help first-time pregnant women develop childbirth self-efficacy from the second and third sources (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 2000; Schwartz et al., 2015). Furthermore, childbirth knowledge and social support can help reduce childbirth anxiety and fear of childbirth. Many studies have found childbirth knowledge and social support to be primary factors influencing reduced or increased childbirth self-efficacy in first-time pregnant women while also influencing the fourth source of learning (Beebe, Lee, Carrieri-Kohlman & Humphreys, 2007; Lowe, 2000; Salomonsson, Gullberg, Alehagen & Wijma, 2013; Sieber, Germann, Barbir & Ehlert, 2006).

Nurse-midwives play an important role in assessing the aforementioned factors to plan care and promote childbirth self-efficacy in first-time pregnant women with coverage of every factor. Previously, studies of the correlations between above factors and childbirth

self-efficacy in first-time pregnant women were found. However, some studies showed conflicting result. Hence, the researcher's interest is studying the above issues in Thailand context in order to use the findings as data in assessment and care planning for first-time pregnant women to promote childbirth self-efficacy.

Conceptual framework

In the present study, the researcher applied the conceptual framework from Albert Bandura's Theory of Self-Efficacy (Bandura, 1997). Self-efficacy means a person's belief through a process of considering personal capacity to perform behaviors in order to manage specific situations and achieve goals in line with expectations. Self-efficacy is composed of belief efficacy and outcome expectancy. Each person's level of self-efficacy depends on the following three major components: 1) magnitude or level of situation management; 2) strength of self-efficacy and 3) generality of familiar situations or situations similar to past situations (Bandura, 1997; Lowe, 1991).

Self-efficacy can be developed by learning from the four aforementioned sources in a similar manner to the development of childbirth self-efficacy in first-time pregnant women. According to the literature review, the following factors were found to be related to all four sources of learning with influence on increased or reduced childbirth self-efficacy in first-time pregnant women: The first factor, pain management experience during pregnancy, is related to the first source of learning because first-time women who successfully managed pain during pregnancy can implement experience to manage pain during childbirth (Lowe, 1991; Schwartz et al., 2015; Sun et al., 2010). The next factor is childbirth knowledge and social support. Childbirth knowledge and social support are related to the second and third sources of learning because the knowledge is obtained from close acquaintances or nurse-midwives who provide support. All of the aforementioned can help first-time pregnant women have more confidence in personal capabilities from knowledge and good social support, thereby creating confidence in personal ability to confront childbirth situations and giving first-time pregnant women higher childbirth self-efficacy.

The two final factors are childbirth anxiety and fear of childbirth. These two factors influence physiological and affective states, which are the fourth source of

learning. According to the literature review, first-time pregnant women with high childbirth anxiety and fear of childbirth have been found to have lower childbirth self-efficacy (Ayers & Pickering, 2005; Carlsson, Ziegert & Nissen, 2015; Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991, 2000; Sercekus & Baskale, 2016; Salomonsson et al., 2013). All of the aforementioned factors can be seen to influence childbirth self-efficacy in first-time pregnant women by increasing or reducing childbirth self-efficacy. Moreover, all of the aforementioned factors are related to all four sources of learning in self-efficacy development based on Bandura's concept (Bandura, 1997). The aforementioned factors can be implemented as a conceptual framework for this study as in the following image:

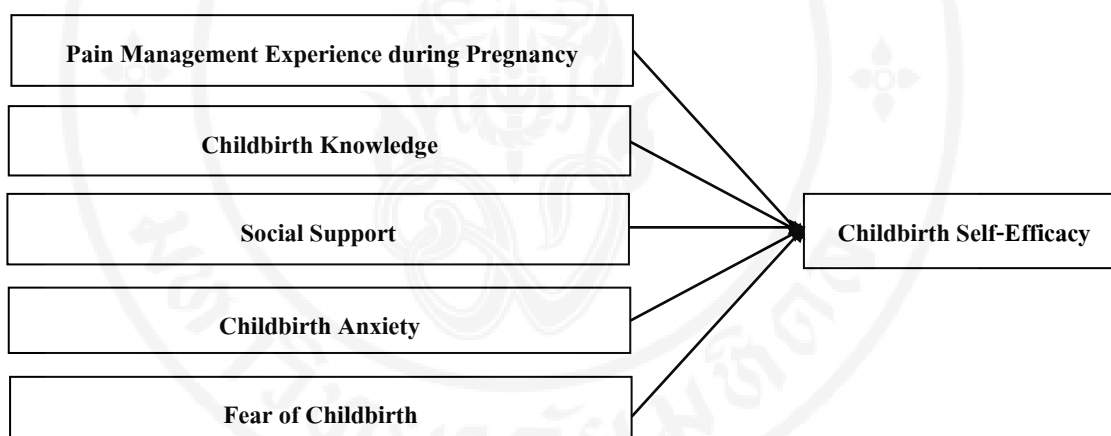


Figure 1 – Conceptual Framework

Research Question

Can pain management experience during pregnancy, childbirth knowledge, social support, childbirth anxiety and fear of childbirth co-predict childbirth self-efficacy in first-time pregnant women?

Research Objective

To study the predictive ability of pain management experience during pregnancy, childbirth knowledge, social support, childbirth anxiety and fears of childbirth toward childbirth self-efficacy in first-time pregnant women.

Research Hypothesis

Pain management experience during pregnancy, childbirth knowledge, social support, childbirth anxiety and fear of childbirth can co-predict childbirth self-efficacy in first-time pregnant women.

Scope of the study

This study was aimed at studying the predictive ability of factors in predicting childbirth self-efficacy among first-time pregnant women who came to receive antenatal care services at the Antenatal Care Unit, Ramathibodi Hospital.

Definition of variables

Pain management experience during pregnancy means first-time pregnant women's perception regarding pain management during pregnancy such as back pain, Braxton Hicks contractions, etc. Pain management experience during pregnancy was assessed by using the questionnaire on past pain management experience created by the researcher with one question. Outcomes were interpreted as experienced in pain management during pregnancy and inexperienced in pain management during pregnancy.

Childbirth knowledge means first-time pregnant women's information about childbirth, childbirth methods, false labor, true labor, abnormal symptoms requiring pregnant women to be hospitalized, the childbirth process, preparation of documents and items when coming to give birth and practices when entering labor. This knowledge is obtained by listening to recommendations on practices during pregnancy from other persons or media. Childbirth knowledge was assessed by using the childbirth

knowledge measurement of Ratchanant Tirarada (2005) modified from the childbirth knowledge measurement created by Pratoomporn Peinjing, Lamai Veeraskul, Busaya Yarungsee, Paka Suckchareng and Sutiporn Promjan (2001). High overall scores meant first-time pregnant women had high levels of childbirth knowledge.

Social support means assistance or support that first-time pregnant women received from others while making relationship with them, such as family members or health care personnel. The assistance or support was consisted of four parts: emotional support, information support, instrumental support and appraisal support. Social support was assessed by using the social support measurement modified by Jirawan Niramitpasa (2008) from the social support measurement of Krittikaporn Yainontad (1999). High overall scores meant first-time pregnant women received high social support.

Childbirth anxiety means first-time pregnant women's feelings or thoughts regarding discomfort, fear and suffering related to childbirth situations with physiological and affective responses. Childbirth anxiety was assessed by using the form for measuring anxiety in laboring women of Chavee Baosoung (1983) which was translated into Thai and modified from the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) of Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg and Jacobs (1983). High overall scores meant first-time pregnant women had high childbirth anxiety.

Fear of childbirth means negative thoughts or feelings regarding childbirth among first-time pregnant women and causing first-time pregnant women to feel threatened or potentially harmed by childbirth such as fear of pain, fear of danger to first-time pregnant women and infants from childbirth and fear of childbirth situations. Fear of childbirth was assessed by using the Thai Childbirth Attitudes Questionnaire translated into Thai and modified by Kamonthip Tanglakmankhong (Tanglakmankhong, 2010) from the Childbirth Attitudes Questionnaire (CAQ) created by Lowe (2000) who developed the instrument from Bandura's Theory of Self-Efficacy (Bandura, 1997) and modified the instrument from the fear measurement created by Areskog and colleagues (Areskog, et al., 1982 as cited in Lowe, 2000) and Herman (Herman, 1988, as cited in Lowe, 2000). High overall scores meant first-time pregnant women had high fear of childbirth.

Childbirth self-efficacy means first-time pregnant women's perception of confidence in their personal ability to perform behaviors to confront and manage

situations during childbirth. Childbirth self-efficacy was assessed by using the Thai Childbirth Self-Efficacy Inventory of Kamonthip Tanglakmankhong (Tanglakmankhong, 2010), who translated the instrument into Thai and made modifications from the Childbirth Self-Efficacy Inventory of Lowe (1993) who developed the instrument from Bandura's Theory of Self-Efficacy (Bandura, 1977). High overall scores meant first-time pregnant women had high childbirth self-efficacy.

Research methodology

The subjects in this study were composed of 100 first-time pregnant women seeking antenatal care services at the Antenatal Care Unit, Ramathibodi Hospital. Data were collected from December 1, 2016 to March 6, 2017. The subjects were purposively sampled based on the following qualifications:

1. Single pregnancy
2. Pregnant women with gestational age was greater than, or equal to 32 weeks
3. No plans for cesarean section.
4. No complications during pregnancy.
5. No chronic diseases.
6. Ability to read and write Thai.
7. Willingness to participate in the study.

Instrumentation

The instrumentation for the present study was composed of the following seven questionnaires:

1. The Demographic Data Questionnaire was created by the researcher to study the characteristics of the subjects in this study consisting of age, level of education and pregnancy planning.

2. The Questionnaire on Pain Management Experience during Pregnancy was created by the researcher based on literature reviews to inquire about pain management experience during pregnancy among the first-time pregnant women.

3. The Childbirth Knowledge Measurement Scale was created by Pratoomporn Peinjing and colleagues (2001) developed from literature reviews and modified by Ratchanant Tirarada (2005). The researcher used this form to measure childbirth knowledge. The form was experimented in ten first-time pregnant women with characteristics similar to the subjects. Accuracy was tested using KR 20 (Kuder-Richardson 20) and a score of .75 was obtained.

4. The Social Support Measurement was created by Kritikaporn Yainontad (1999) based on the concept of social support of House (1981) and modified to fit pregnant women's contexts by Jirawan Niramitpasa (2008). The researcher used this form to measure social support in 100 first-time pregnant women and obtained Cronbach's Alpha Coefficient at .87.

5. The Childbirth Anxiety Assessment Form, the researcher used the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) of Spielberger and colleagues (1983). The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) was translated into Thai and the contents were modified to fit the contexts of pregnant women in Thailand by Chavee Baosoung (1983). In this study, the form was used to assess childbirth anxiety in 100 first-time pregnant women and obtained Cronbach's Alpha Coefficient at .90.

6. The Thai childbirth Attitudes Questionnaire, the researcher used the Childbirth Attitudes Questionnaire (CAQ) of Lowe (2000) developed from Bandura's Theory of Self-Efficacy (Bandura, 1997). The form was translated into Thai and modified to fit contexts of pregnant women in Thailand by Kamonthip Tanglakmankhong, (Tanglakmankhong, 2010). The researcher used the form to assess fear of childbirth in 100 first-time pregnant women and obtained Cronbach's Alpha Coefficient of .92.

7. The Thai Childbirth Self-Efficacy Inventory, the researcher used the Childbirth Self-Efficacy Inventory of Lowe (1993) developed from Bandura's Theory of Self-Efficacy (Bandura, 1997). The form was translated into Thai and modified to fit the contexts of pregnant women in Thailand by Kamonthip Tanglakmankhong (Tanglakmankhong, 2010). The researcher used the form to assess childbirth self-efficacy in 100 first-time pregnant women and obtained Cronbach's Alpha Coefficient at .96.

Data collection

The researcher collected data in person after obtaining approval from the Institutional Review Board, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, and after receiving permission to collect data from the director of Ramathibodi Hospital. The researcher introduced herself to the Head of the Antenatal Care Unit, explained the research objectives, details and requested cooperation in using data collection facilities. The researcher then collected data from the subjects with the following procedures:

1. The researcher sampled the subjects based on the inclusion criteria from patients' medical records before meeting the subjects individually to introduce herself and explain all of the objectives and details to the subjects. The researcher protected the rights of the subjects. When the subjects were willing to participate in the study, the researcher requested cooperation in signing consent forms for their participation.
2. The researcher took the subjects to the data collection facility where the environment was arranged to be compartmented and provided recommendations on completing all questionnaires. After the subjects understood how to complete questionnaires, the subjects completed questionnaires using 30-40 minutes.
3. Once the subjects had completed questionnaires, the researcher checked the questionnaires for completeness and thanked the subjects when all data was completed.

Data analysis

The researcher analyzed all of the collected data by using a computer programs as follows:

1. Demographic data of the subjects consisted of age and level of education, which were analyzed by determining range, mean and standard deviation. Pregnancy planning and pain management experience during childbirth were analyzed using frequency distribution and percentage.
2. Scores for childbirth knowledge, social support, childbirth anxiety, fear of childbirth and childbirth self-efficacy were analyzed by determining range, mean and standard deviation.

3. The predictive ability of pain management experience during childbirth, childbirth knowledge, social support, childbirth anxiety and fear of childbirth toward childbirth self-efficacy were analyzed using stepwise multiple regression statistics by testing preliminary agreements prior to data analysis. According to the preliminary agreement testing, social support, childbirth anxiety, fear of childbirth and childbirth self-efficacy were found to have a normal distribution curve while childbirth knowledge cannot be converted by data transformation (Tabachinick & Fidell, 2013). Therefore, dummy coding was specified as follows: “0” meant the subjects had a score of less than or equal to 17 points and “1” meant the subjects had a score of more than 17 points. Concerning linearity testing between independent and dependent variables, homoscedasticity testing, testing of relationships of fluctuations and relationship testing of independent variables used in this study found all variables to have passed preliminary agreements for using stepwise multiple regression.

Findings

The subjects in the present study were composed of 100 first-time pregnant women who came to receive antenatal care services at the Antenatal Care Unit, Ramathibodi Hospital. The subjects were aged 18-42 years with a mean age of 28 years (SD = 5.85). The subjects had education durations of 6-21 years and a mean education duration of 15 years (SD = 2.65). Most of the subjects (60%) had graduated with bachelor's degrees or higher, and the subjects (67%) had planned pregnancies. The subjects in this study had gestational ages of 32-39 weeks. Twenty-one percent of the samples had gestational age 32 weeks and half of the subjects (50%) had pain management experience during pregnancy.

According to the findings, the subjects had a mean childbirth knowledge score of 17.46 points (SD = 1.38), a mean social support score of 84.51 points (SD = 8.77), a mean childbirth anxiety score of 43.79 points (SD = 10.14), a mean fear of childbirth score of 36.15 points (SD = 10.27) and a mean childbirth self-efficacy score of 118.27 points (SD = 25.29) (Table 1).

Table 1 – Range, Mean and Standard Deviation of Scores of Childbirth Knowledge, Social Support, Childbirth Anxiety, Fear of Childbirth and Childbirth Self-Efficacy (n = 100).

Variables	Range		Mean	S.D.	Level
	Possible Score	Actual Score			
Childbirth Knowledge	0-20	13-20	17.46	1.38	High
Social Support	20-100	63-100	84.51	8.77	High
Childbirth Anxiety	22-88	27-79	43.79	10.14	Low
Fear of Childbirth	15-60	15-57	36.15	10.27	Moderate
Childbirth Self-Efficacy	16-160	38-160	118.27	25.29	High

Hypothesis testing results

According to the data analysis with stepwise multiple regression statistics, fear of childbirth, childbirth anxiety and social support were found to be able to co-predict childbirth self-efficacy at 37 percent ($F_{3,96} = 19.15, p < .05$). When the variables were analyzed individually, fear of childbirth was found to be the first variable entered into the equation and was able to predict childbirth self-efficacy in first-time pregnant women at 29 percent ($\beta = -.31, p < .05$). The second variable entered into the equation was childbirth anxiety, which was able to co-predict childbirth self-efficacy at 34 percent ($\beta = -.26, p < .05$). The third variable entered into the equation, social support, was found to be able to co-predict childbirth self-efficacy prediction at 37 percent ($\beta = .20, p < .05$) (Table 2). No other variables were selected to enter into the equation because no other variables had a partial correlation with childbirth self-efficacy. Therefore, the findings of this study partially supported the hypothesis and the following predictive equation can be written:

$$Y \text{ (Childbirth Self-Efficacy)} = 126.19 - .77 \text{ (Fear of Childbirth)} - .64 \text{ (Childbirth Anxiety)} + .57 \text{ (Social Support)}$$

Table 2 – Predictive Factors of Childbirth Self-Efficacy in First-Time Pregnant Women Using Stepwise Multiple Regression Analysis Statistics (n = 100)

No.	Predictive Factors	R ²	R ² change	F change	b	Beta	t	p
1	Fear of Childbirth	.29	.29	39.50	-.77	-.31	-2.87	.00
2	Childbirth Anxiety	.34	.05	7.77	-.64	-.26	-2.33	.02
3	Social Support	.37	.03	5.27	.57	.20	2.30	.02

Constant = 126.19; Overall F = 19.15; p < .05

Discussion of the findings

According to the findings, the factors capable of predicting childbirth self-efficacy consisted of fear of childbirth, childbirth anxiety and social support, all of which were able to jointly explain variances in childbirth self-efficacy of first-time pregnant women at 37 percent. The findings partially supported the hypothesis. First-time pregnant women with low fear of childbirth and childbirth anxiety in addition to good social support can be explained to have high childbirth self-efficacy. When each factor was considered, fear of childbirth was found to be the first factor entered into the predictive equation because fear of childbirth had the most influence over childbirth self-efficacy ($\beta = -.31$, $p < .05$). Furthermore, fear of childbirth was able to predict childbirth self-efficacy at 29 percent (Table 2). First-time pregnant women with low fear of childbirth can be explained to have high childbirth self-efficacy. Similarly, the findings of this study revealed fear of childbirth to be negatively correlated with childbirth self-efficacy with statistical significance ($r = -.54$, $p < .05$) (Appendix D). The findings concurred with the studies of Garthus-Niegel, Storksen, Torgersen, Soest and Eberhard-Gran (2011) and three other studies which found pregnant women with low fear of childbirth to have high childbirth self-efficacy (Lowe, 2000; Salomonsson, Gullberg, Alehagen & Wijma, 2013; Schwartz et al., 2015). The subjects in the present study were found to have a moderate mean fear of childbirth score, an appropriate level. Thus, fear of childbirth influenced

efforts to learn and seek information on the issue of fear management. With less fear, first-time pregnant women will be able to develop childbirth self-efficacy by eliminating the factors influencing the fourth source of learning based on Bandura's concept (Bandura, 1997) or physiological and affective states. Hence, nurse-midwives should support first-time pregnant women in properly managing fear such as by providing education on childbirth, physiological and psychosocial changes during pregnancy to help first-time pregnant women have more confidence in confronting various situations during childbirth (Byrne, Hauck, Fisher, Bayes & Schutze, 2014; Sercekus & Baskale, 2016; Toohill, et al., 2014).

The second factor entered into the predictive equation was childbirth anxiety ($\beta = -.26, p < .05$). Childbirth anxiety was able to co-predict childbirth self-efficacy in first-time pregnant women at 34 percent (Table 2). This can be explained by the fact that first-time pregnant women who received proper anxiety management such as recommendations and preparations for childbirth had lower anxiety levels, thereby resulting in higher self-efficacy. Similarly, this study found childbirth anxiety to be negatively correlated with childbirth self-efficacy with statistical significance ($r = -.53, p < .05$) (Appendix D). The findings of this study concurred with two previous studies that found first-time pregnant women with low childbirth anxiety to have high childbirth self-efficacy (Beebe et al., 2007; Cheung, Ip, & Chan, 2007). Childbirth anxiety was anxiety from confrontation. If first-time pregnant women received appropriate support from nurse-midwives and close acquaintances or relatives such as by helping first-time pregnant women prepare for childbirth, providing knowledge on pregnancies and childbirth, anxiety in first-time pregnant women can be eased to develop learning from the fourth source or physiological and affective states according to Bandura's concept (Bandura, 1997). This meant first-time pregnant women with secure affective states had an influence on confidence in personal ability to perform behaviors to confront with situations during childbirth (Ip et al., 2009; Khaikin, Marcus, Kelishek & Balik, 2016; Madhavanprabhakaran, D'Souza & Nairy, 2016).

The final factor entered into the equation was social support, which was able to co-predict childbirth self-efficacy at 37 percent ($\beta = .20, p < .05$) (Table 2). The fact that first-time pregnant women received support from the people close to them or nurse-midwives can be explained to have helped pregnant women have confidence and belief

in personal ability to perform behaviors and pass through childbirth situations. This was similar to the findings of this study that revealed social support to be positively correlated with childbirth self-efficacy with statistical significance ($r = .37, p < .05$) (Appendix D). Therefore, the fact that first-time pregnant women received support in all four parts according to House's concept (House, 1981) supported first-time pregnant women to learn from the second and third sources of learning according to Bandura's concept (Bandura, 1997) by learning from vicarious experience and verbal persuasion, resulting in higher childbirth self-efficacy. This concurred with a study conducted by Attanasio and colleagues (2014), a study conducted by Iravani and colleagues (2015) and a study conducted by Gibbins and Thomson (2001) who found pregnant women who received sufficient social support from family members and medical personnel to have high childbirth self-efficacy. According to the findings of this study, social support was found to be negatively correlated with childbirth anxiety and fear of childbirth with statistical significance ($r = -.33, p < .05$ and $r = -.27, p < .05$, respectively) (Appendix D). This concurred with studies which found first-time pregnant women with high social support to have low childbirth anxiety and fear of childbirth (Toohill et al., 2014; Salehi et al., 2016).

According to the findings, pain management experience during pregnancy and childbirth knowledge were unable to co-predict childbirth self-efficacy in first-time pregnant women. Pain management experience during pregnancy was not correlated with childbirth self-efficacy ($r = -.04, p = .34$) (Appendix D). Pregnancy can be explained to have caused many physical changes and pregnancy is only a short period of time. Therefore, some first-time pregnant women interpreted pain as discomfort during pregnancy and may have not managed that pain. Although the findings revealed childbirth knowledge to be positively correlated with childbirth self-efficacy ($r = .19, p < .05$) (Appendix D), childbirth knowledge was unable to predict childbirth self-efficacy. This may be because childbirth knowledge was eclipsed by influence from other factors and had no partial correlation with childbirth self-efficacy. Nevertheless, the findings of this study revealed childbirth knowledge to be negatively correlated with childbirth anxiety and fear of childbirth ($r = -.33, p < .05$ and $r = -.34, p < .05$, respectively). Thus, first-time pregnant women need to receive childbirth knowledge, childbirth preparations

and learn of various physical and psychological changes during pregnancy. All of this will help to reduce fear and anxiety.

Conclusion

This study found the factors capable of co-predicting childbirth self-efficacy in first-time pregnant women to be composed of fear of childbirth, childbirth anxiety and social support. The aforementioned factors were able to jointly explain 37 percent of the variances of childbirth self-efficacy in first-time pregnant women. These three factors covered all four sources of learning according to Bandura's concept (Bandura, 1997). Thus, nurse-midwives have a significant role in supporting first-time pregnant women to manage these factors in order to effectively promote childbirth self-efficacy in first-time pregnant women.

Research limitations

The subjects in this study were purposively sampled from first-time pregnant women seeking services at Ramathibodi Hospital. Ramathibodi Hospital is a tertiary hospital in an urban social environment. Therefore, the findings have limitations for referencing with populations in other environments.

Recommendations for implementation of the findings

Nursing Practice

Nurse-midwives play an important role in assessing the factors influencing childbirth self-efficacy, namely, fear of childbirth, childbirth anxiety and social support to plan care to help reduce fear and anxiety. In addition, nurse-midwives should provide support for first-time pregnant women in the areas of providing information, knowledge and preparation of first-time pregnant women for childbirth. Furthermore, nurse-midwives should help organize activities for first-time pregnant women near childbirth in order to meet and

exchange experiences with childbirth preparations, first-time pregnant women can be supported to have more childbirth self-efficacy.

Education

The findings can be implemented to develop education plans for nursing students on the topic of assessing factors influencing childbirth self-efficacy in first-time pregnant women and promoting childbirth self-efficacy in first-time pregnant women by managing fear of childbirth, childbirth anxiety and social support.

Research

The findings should be used to develop programs to promote childbirth self-efficacy in first-time pregnant women by managing factors regarding fear of childbirth, childbirth anxiety and social support.

บรรณานุกรม

- กาญจนา โกทิยะ, ศศิธร พุ่มดวง, และ สุรีย์พร กฤษเจริญ. (2555). ผลของโปรแกรมการบริหารต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์, *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 30(5), 243-253.
- กฤติกาพร ไยโนนตาต. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรี โรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา โปรยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และวรรณทนา สุกสีมานนท์. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองในการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และการควบคุมตนเองในระหว่างคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(1), 1-12.
- จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา วิชกุล, และ อริรัตน์ วิเชียรประภา. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 22(1), 28-37.
- จารุพร เพ็ชรอยู่. (2555). *การเตรียมตัวเพื่อการคลอด (Childbirth Preparation)*. ค้น เมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2559, จาก http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/OGN/km_Childbirth.html
- จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ. (2550). *ผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความปวดของมารดาครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราวรรณ คล้ายวิเศษ, ศรีสมร ภูมณสกุล, และ จรัสศรี ชีระกุลชัย. (2559). ผลของการนวด และ/หรือการประคบร้อน ต่อระดับความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. *รามาชิดิพยาบาลสาร*, 22(3), 263-276.
- จิราวรรณ นิรมิตเกษ. (2551). *ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมาก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชนิดาภา เนียมป๊ชา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และ สุพรรณิ อึ้งปัญญสังวศ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่การคลอดความเจ็บปวดในระยะคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(4), 65-63.
- จุฬารณย์ โสตะ. (2554). *แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉวี เบาทรวง. (2526). ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนอย่างมีแบบแผน และการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ กลั่นเขตรกิจ. (2549). ผลของการเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเอง ต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวในระยะคลอดของสตรีครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธวัชรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย, นันทพร แสนศิริพันธ์, และ กรรณิการ์ กันธะรักษา. (2556). ความถี่การคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 40, 12-21.
- นฤมล วิบุโร. (2550). ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาในการดูแลทารก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25(2), 47-59.
- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2556). ความถี่การคลอดบุตร. *พยาบาลสาร*, 40, 103-112.
- บุญทวี สุนทรลัมศิริ, ศรีสมร ภูมณสกุล, และ อรพินธ์ เจริญผล. (2552). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. *รามาชิตีพยาบาลสาร*, 15(3), 361-372.
- ประทุมพร เพ็ชรจริง, ละมัย วีระกุล, นุชยา ยารังสี, ผกา สุขเจริญ, และ สุทธิพร พรหมจันทร์. (2544). ผลของโปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดในมารดาครรภ์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 16(3), 25-36.
- ปาริชาติ ภูษ และชวลิต ภูเขา. (2556). สถิติสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล และการใช้โปรแกรม SPSS for Windows (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- ปาริฉัตร อารยะจารุ, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และ วรรณภา พาหุวัฒน์กร. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(4), 96-108.

- ปิยรัตน์ โสมศรีแพง. (2556). เปรียบเทียบการเตรียมคลอดและวิธีการเบ่งต่อผลการคลอดของมารดาที่คลอดครั้งแรก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(1), 45-55.
- พัชรเวทย์ เพยกกลาง, สุกัญญา ปรีสัญญกุล, และ นันทพร แสนศิริพันธ์ (2559). ปัจจัยทำนายความกลัวในสตรีหลังคลอด. *พยาบาลสาร*, 43(4), 44-54.
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ. (2553). *พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553*. ค้น เมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2560, จาก <http://www.thailibrary.in.th/2013/12/09/thai-edu-act-1/>
- พวงน้อย ศาครัตนกุล และ จันทิมา ขนบดี. (2550). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ป. สัมพันธ์พาณิชย์.
- กัญญา เสโส. (2553). *การพัฒนารูปแบบการเตรียมมารดาไว้รุ่นครรภ์แรกก่อนคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม* โรงพยาบาลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (2549). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม2*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์
- มาณี จันทรโสภา, จวี เบาทรวง, และ สุกัญญา ปรีสัญญกุล. (2555). ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดในการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดไว้รุ่นครรภ์แรก. *พยาบาลสาร*, 39(4), 71-84.
- มาระติ ไชยรบ. (2552). *ผลของการเตรียมการคลอดในหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ต่อระดับความเจ็บปวดระหว่างรอคลอด*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยศพล เหลืองโสมนภา และ ศรีสุดา งามขำ. (2556). ความสนใจต่อการปวด. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 83-93.
- รัชนันต์ ธีรรดา. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอด ต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอดพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(3), 10-12.
- วันเพ็ญ ไสยมรรคา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และ สุพรรณิ อึ้งปัญสัตวรงค์. (2555). ความกลัวการคลอด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2), 34-42.

- วิลาวัลย์ ไทรโรจน์รุ่ง, กัลยา วิริยะ, วีรภรณ์ ชัยเศรษฐสัมพันธ์, ฟ้าใส พุ่มเกิด, และสายสุณี ทองสัมฤทธิ์. (2553). ผลของการประคบร้อนและเย็นต่อการลดปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด. รายงานการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โครงการทุนวิจัยไม่กำหนดทิศทาง ประจำปี 2550, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิไลพร สมานกสิกรณ์, วรางคณา ชัชเวช, สุริย์พร กฤษเจริญ, วชิร จงไพบุลย์พัฒนา, และ กัลยาณี บุญสิน. (2559). ผลของการใช้รูปแบบการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของผู้คลอดครั้งแรกและผู้ช่วยเหลือ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 36(1), 99-113.
- ศศิธร เตชะมนไวยวิทย์. (2558). ความปวดและการจัดการความปวดของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกุญชร, 31(1), 114-124.
- ศิริณา สีนคำรงค์. (2547). สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความเชื่อในสมรรถนะของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนิษา โตโสภณ, จันทิมา ขนบดี, และ ศรีสมร ภูมณสกุล. (2560). ปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 11(1), 159-170.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หัตถยา ขาลังสี, เฉลี่ย พิมพ์พันธุ์, และ สุชาติ จันทรดอกไม้. (2551). ผลของการเตรียมความหึงตั้งครรภ์ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการเลี้ยงทารกในโรงพยาบาล ไพศาล, วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์, 3(8), 103-112.
- อชิษฐาน แต่แดงเพชร, นิลุบล รุจิรประเสริฐ, และ วิชุดา ไชยสีวามงคล. (2555). ผลของวิธีเบ่งคลอดต่อผลลัพธ์การคลอดและความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอดของมารดาที่คลอดครั้งแรก. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(1), 22-31.
- อนงค์ สุทธิพงษ์, อัจฉรา อ่วมเครือ, และปาริฉัตร อารยะจารุ. (2556). การพัฒนาระบบการจัดการความปวดที่มีความเฉพาะต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารกองการพยาบาล, 40(3), 85-99.
- อารีรัตน์ แนวชาติ, ศรีสมร ภูมณสกุล, และ อรพินธ์ เจริญผล. (2551). ความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอน ต่อความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยงของคู่สมรส. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 14(2), 243-257.

- อรัญญ์ สิงห์คำ และ รัตน์ศิริ ทาโต. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(2), 30-43.
- Anarado, A., Ali, E., Nwonu, E., Chinweuba, A., & Ogbolu, Y. (2015). Knowledge and willingness of prenatal women in Enugu Southeastern Nigeria to use in labour non-pharmacological pain reliefs. *African Health Sciences*, 15(2), 568-575. doi:10.4314/ahs.v15i2.32
- Attanasio, L. B., McPherson, M. E., & Kozhimannil, K. B. (2014). Positive childbirth experiences in U.S. hospitals: A mixed methods analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 18(5), 1280-1290. doi:10.1007/s10995-013-1363-1
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2005). Women's expectations and experience of birth. *Psychology and Health*, 20(1), 79-92.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. New York: Prentice-Hall.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Beebe, K. R., Lee, K. A., Carrieri-Kohlman, V., & Humphreys, J. (2007). The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(5), 410-418. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00170.x
- Bellieni, C. (2016). The best age for pregnancy and undue pressures. *Journal of Family & Reproductive Health*, 10(3), 104-107.
- Berentson-Shaw, J., Scottb, K. M., & Jose, P. E. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 357-373.
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), 24-34. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x
- Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R. (2014). Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(2), 192-197. doi:10.1111/jmwh.12075

- Carlsson, I. M., Ziegert, K., & Nissen, E. (2015). The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery*, 31(10), 1000-1007. doi:10.1016/j.midw.2015.05.005
- Cheung, W., Ip, W. Y., & Chan, D. (2007). Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*, 23(2), 123-130. doi:10.1016/j.midw.2006.05.001
- Christiaens, W., & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *Bio Med Central Pregnancy Childbirth*, 7(26), 1-12. doi:10.1186/1471-2393-7-26
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without Fear: The original approach to natural childbirth*. New York: Harper and Row.
- Drummond, J., & Rickwood, D. (1997). Childbirth confidence: Validating the Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) in an Australian sample. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 613-622.
- Escott, D., Spiby, H., Slade, P., & Fraser, R. B. (2004). The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. *Midwifery*, 20(2), 144-156. doi:10.1016/j.midw.2003.11.001
- Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S., & Hauck, Y. (2009). Pre and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 667-677. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x
- Firouzbakht, M., Nikpour, M., Salmalian, H., Ledari, F. M., & Khafri, S. (2014). The effect of perinatal education on Iranian mothers' stress and labor pain. *Global Journal of Health Science*, 6(1), 61-68. doi:10.5539/gjhs.v6n1p61
- Fleming, S. E., Smart, D., & Eide, P. (2011). Grand multiparous women's perceptions of birthing, nursing care, and childbirth technology. *Journal of Perinatal Education*, 20(2), 108-117. doi:10.1891/1058-1243.20.2.108
- Garthus-Niegel, S., Storksén, H. T., Torgersen, L., Soest, T. V., & Eberhard-Gran, M. (2011). The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire: A factor analytic study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3), 160-163. doi:10.3109/0167482x.2011.573110

- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313. doi:http://dx.doi.org/10.1054/midw.2001.0263
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219. doi:10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x
- Hildingsson, I. (2015). Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study. *Women Birth*, 28(2), e7-13. doi:10.1016/j.wombi.2015.01.011
- Hofberg, K., & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505-510.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- House, J. S. & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. Leonard Syme (Eds.), *Social support and health*. Florida: Academic Press.
- Howham, C. (2008). *Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in thai primiparas* (Unpublished doctoral dissertations). University of Texas at Austin, Texas, U.S.A.
- Ibach, F., Dyer, R. A., Fawcus, S., & Dyer, S. J. (2007). Knowledge and expectations of labour among primigravid women in the public health sector. *South African Medical Journal*, 97(6) , 461-464.
- Ip, W. Y., Chan, D., & Chien, W. T. (2005). Chinese version of the Childbirth Self-efficacy Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 625-633. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03548.x
- Ip, W. Y., Tang, C. S., & Goggins, W. B. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2125-2135. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02720.x
- Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., & Bahrani, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of Education and Health Promotion*, 4, 6. doi:10.4103/2277-9531.151885
- Khaikin, R., Marcus, Y., Kelishek, S., & Balik C. (2016). The effect of childbirth preparation courses on anxiety and self-efficacy in coping with childbirth. *Sciedu Press*, 4(3), 39-46.
- Karlstrom, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. *Bio Med Central Pregnancy Childbirth*, 15, 251. doi:10.1186/s12888-015-0683-0

- Kish, J. A. (2003). *The development of maternal confidence for labor among nulliparous pregnant women* (Unpublished doctoral dissertation). University of Maryland, College Park, U.S.A.
- Kizilirmak, A., & Baser, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29, 19-24. doi:10.1016/j.apnr.2015.04.002
- Lapchem, P. (2007). *Relationships between selected factors, uncertainty in illness and parturition, social support and fear of childbirth among high-risk primiparous women* (Unpublished master's thesis). Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49-59. doi:10.1016/j.midw.2007.07.010
- Laryea, M. (1998). In search of childbirth knowledge. *Health Care for Women International*, 19(6), 565-574. doi:10.1080/073993398246124
- Lee, L. Y., & Holroyd, E. (2009). Evaluating the effect of childbirth education class: A mixed-method study. *International Nursing Review*, 56(3), 361-368. doi:10.1111/j.1466-7657.2008.00701.x
- London L. M., Ladewig P. A., Ball J. W., Bindler R. C., & Cowen K. J. (2011). *Maternal & child nursing care* (3rd ed.). New York: Pearson.
- Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden. (2016). *Maternity and women's health care*. China: Elsevier.
- Lowe, N. K. (1991). Maternal confidence in coping with labor: A self-efficacy concept. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 20(6), 457-463.
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Research in Nursing & Health*, 16(2), 141-149.
- Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 21(4), 219-224.
- Madhavanprabhakaran, G. K., D'Souza, M. S., & Nairy, K. (2016). Effectiveness of childbirth education on nulliparous women's knowledge of childbirth preparation, pregnancy anxiety and pregnancy outcomes. *Nursing and Midwifery Studies*, e32526. doi: 10.17795/nmsjournal32526
- Melender, H. L. (2002a). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-111.
- Melender, H. L. (2002b). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(4), 256-263.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-9.

- Nierop, A., Wirtz, P. H., Bratsikas, A., Zimmermann, R., & Ehlert, U. (2008). Stress-buffering effects of psychosocial resources on physiological and psychological stress response in pregnant women. *Biological Psychology*, 78(3), 261-268. doi:10.1016/j.biopsycho.2008.03.012
- Niven, C., & Gijsbers, K. (1984). A study of labour pain using the MCGILL pain questionnaire. *Social Science & Medicine*, 19(12), 1347-1351. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(84)90023-6
- Perry E., Hockenberry M. J., Lowdermilk D. L., & Wilson D. (2010). *Maternal child nursing care*. Canada: Mosby.
- Pilliteri A. (2014). *Maternal & child health nursing* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reisz, S., Jacobvitz, D., & George, C. (2015). Birth and motherhood: Childbirth experience and mothers' perceptions of themselves and their babies. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 167-178. doi:10.1002/imhj.21500
- Ricci S. S. (2013). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saisto, T., Kaaja, R., Ylikorkala, O., & Halmesmaki, E. (2001). Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain*, 93(2), 123-127.
- Salehi, A., Fahami, F., & Beigi, M. (2016). The effect of presence of trained husbands beside their wives during childbirth on women's anxiety. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(6), 611-615. http://doi.org/10.4103/1735-9066.197672
- Salomonsson, B., Bertero, C., & Alehagen, S. (2013). Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42(2), 191-202. doi:10.1111/1552-6909.12024
- Salomonsson, B., Gullberg, M. T., Alehagen, S., & Wijma, K. (2013). Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(3), 116-121. doi:10.3109/0167482x.2013.824418
- Schwartz, L., Toohill, J., Creedy, D. K., Baird, K., Gamble, J., & Fenwick, J. (2015). Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *Bio Med Central Pregnancy Childbirth*, 15(29), 1-29. doi:10.1186/s12884-015-0465-8
- Sercekus, P., & Okumus, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25(2), 155-162. doi:10.1016/j.midw.2007.02.005

- Sercekus, P., & Baskale, H. (2016) . Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34, 166-172. doi:10.1016/j.midw.2015.11.016
- Shah, S., Banh, E. T., Koury, K., Bhatia, G., Nandi, R., & Gulur, P. (2015). Pain Management in Pregnancy: Multimodal Approaches. *Pain Research and Treatment*, 1015, 1-15. doi:10.1155/2015/987483
- Sieber, S., Germann, N., Barbir, A., & Ehlert, U. (2006) . Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychosocial adaptation in healthy pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(10), 1200-1207. doi:10.1080/0016340600839742
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sun, Y. C., Hung, Y. C., Chang, Y., & Kuo, S. C. (2010) . Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. *Midwifery*, 26(6), e31-e36. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2009.01.005
- Sydsjo, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjorn, L., Bladh, M., & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *Bio Med Central Pregnancy Childbirth*, 15, 115. doi:10.1186/s12884-015-0548-6
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Boston: Pearson.
- Taheri, Z., Mazaheri, M. A., Khorsandi, M., Hassanzadeh, A., & Amiri, M. (2014). Effect of educational intervention on self-efficacy for choosing delivery method among pregnant women in 2013. *International journal of preventive medicine*, 5(10), 1247-1254.
- Tanglakmankhong, K. (2010). *Childbirth expectations and childbirth experience among Thai pregnant women* (Unpublished doctoral dissertation). Oregon Health & Science University School of Nursing, Portland, U.S.A.
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., & Ryding, E. L. (2014) . Psycho-social predictors of childbirth fear in pregnant women: An Australian study. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4, 531-543. doi:10.4236/ojog.2014.49075

- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & Ryding, E. L. (2014). A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth, 41*(4), 384-394. doi:10.1111/birt.12136
- Vasegh-Rahimparvar, S. F., Hamzehkhani, M., Geranmayeh, M., & Rahimi, R. (2012). Effect of educational software on self-efficacy of pregnant women to cope with labor: A randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 286*(1), 63-70. doi:10.1007/s00404-012-2243-4
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth, 31*(1), 17-27.
- Ward S. L., & Hisley S. M. (2009). *Maternal-child nursing care: Optimizing outcome for mothers, children, & families*. Philadelphia: F.A. Davis.



ภาคผนวก ก

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. หนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
2. เอกสารชี้แจงข้อมูล / คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับภาษาไทย
4. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับภาษาอังกฤษ

ID 09-59-64 ย
COA NO. MURA 2016/632
วันที่รับรอง 6 ตุลาคม 2559



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อ โครงการ ปัจจัยทำนวยการรับรูัสมรรถนะแห่งคนต่อการคลอลในสตรีครรภแรก

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสายฝน บ่อชน

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

Copyright by Mahidol University

ID 09-59-64 ข
COA NO. MURA 2016/632
วันที่รับรอง 6 ตุลาคม 2559



เอกสารแจ้งข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลออดในสตรีครรภ์แรก

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสายฝน บ่อชน

สถานที่วิจัย หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. นางสาวสายฝน บ่อชน หมายเลขโทรศัพท์ 083-971-6610
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี หมายเลขโทรศัพท์ 085-158-7630

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

ในช่วงชีวิตของสตรี การคลออดอาจกล่าวได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่ง การที่สตรีจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์นี้ได้ได้อย่างราบรื่น มีประสบการณ์การคลออดที่ดี และมีความพึงใจในการคลออด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการซึ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการคลออดเป็นหนึ่งในปัจจัยเหล่านั้น สมรรถนะแห่งตนต่อการคลออด หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของสตรีตั้งครรภ์ในการจัดการและเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลออด โดยสตรีที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลออดระดับสูงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่มีความเครียดได้ดี และมีการแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าสามารถทำได้ ส่งผลต่อการควบคุมตนเองในระยะคลออด เช่น การปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ในการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ในทางตรงกันข้ามสตรีที่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลออดระดับต่ำจะไม่มีการสร้างแรงจูงใจเพื่อพยายามปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะคลออด โดยจะพยายามหลีกเลี่ยง หรือหยุดการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้น ซึ่งส่งผลต่อการใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลออด และการตัดสินใจผ่าตัดคลอดบุตรเพิ่มมากขึ้น สตรีครรภ์แรกนั้นไม่เคยผ่านประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดมาก่อน จึงไม่สามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากการเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลออดในอดีตซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลมากที่สุด

การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของสตรีตั้งครรภ์แรกต่อไป เพื่อผลลัพธ์ในการคลอดที่ดีต่อร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ทั้งในระยะสั้นและผลกระทบในระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกของปัจจัยประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด และความกลัวการคลอด

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรกโดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสตรีครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สตรีครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 100 ราย โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการประมาณ 30-40 นาที

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และต่อผู้อื่น

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ท่านยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลของหน่วยฝากครรภ์ตามปกติ และผลที่ได้จากการศึกษานี้จะใช้เป็นประโยชน์ในการนำไปเป็นแนวทางแก่บุคลากรในทีมสุขภาพในการประเมินสตรีครรภ์แรกเพื่อวางแผนการพยาบาลและให้การดูแลสตรีครรภ์แรกที่มาใช้บริการในหน่วยฝากครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดโดยประเมินสตรีตั้งครรภ์จากปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดต่อไป

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆที่จะเกิดขึ้นกับท่าน แต่ท่านอาจต้องใช้เวลาในการอ่านและตอบแบบสอบถาม ซึ่งในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน โดยท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษา การพยาบาล หรือการให้บริการอื่นๆ ที่ทำให้ท่านสูญเสียประโยชน์ที่ท่านพึงจะได้รับแต่อย่างใด

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และเปิดเผยเฉพาะผลการสรุปจากการทำวิจัยในภาพรวม โดยการเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถกระทำได้ในเฉพาะกรณี

จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงในแบบบันทึกต่างๆ โดยผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละราย นอกจากนี้ผู้ที่สามารถรับรู้ข้อมูลเหล่านี้นอกเหนือจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว จะต้องได้รับความยินยอมจากท่านก่อนทุกครั้ง

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เบอร์โทร 02-201-1544



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๙/๖๓๒

ชื่อโครงการ
(EC_590854)

ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๙-๕๙-๖๔ ย

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสาวสายฝน บ่อชน

สถานศึกษา

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฎิญา เสดชิงก
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา)

วันที่รับรอง

๖ ตุลาคม ๒๕๕๙

ระยะเวลาในการศึกษา

๑๐ เดือน



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

MURA2016/632

Title of Project
(EC_590854)

Factors Predicting the Childbirth Self-Efficacy of First-Time
Pregnant Women

Protocol Number

ID 09-59-64

Principal Investigator

Miss. Saifon Bouchon

Education Address

Ramathibodi School of Nursing
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects

.....
Prof. Pat Mahachoklertwattana, M.D.

Date of Approval

October 6, 2016

Duration of Study

10 Months

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามประสิทธิภาพการจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์
3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด
4. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม
5. แบบประเมินความวิตกกังวลในการคลอด
6. แบบประเมินความกลัวการคลอด
7. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ข้อคำถามด้านล่างดังต่อไปนี้ให้เติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่อง (□)

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษาสูงสุด.....
3. การวางแผนการมีบุตร
☐ วางแผน ☐ ไม่ได้วางแผน

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามประสบการณ์การจัดการความเจ็บปวดในระยะตั้งครรภ์

คำชี้แจง ข้อคำถามด้านล่างดังต่อไปนี้ให้เติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่อง (□)

1. ท่านเคยมีประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์หรือไม่ (เช่น อาการปวดหลัง อาการปวดจากการหดตัวของมดลูก เป็นต้น)

- ☐ เคยมีประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์
- ☐ ไม่เคยมีประสบการณ์การจัดการความปวดในระยะตั้งครรภ์

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการคลอด กรุณาตอบตามที่ท่านทราบโดยใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องถ้าท่านเห็นว่าคำตอบข้อนั้นถูก และใส่เครื่องหมาย (x) ในช่องถ้าท่านเห็นว่าคำตอบข้อนั้นผิด

ลำดับ	ข้อความถาม	คำตอบ
1	การคลอดเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ ไม่ใช่โรค	
2	อาการเตือนเมื่อใกล้คลอด คือปวดถ่วงลงช่องคลอด และถ่ายปัสสาวะบ่อย	
3	อาการที่แสดงว่าเจ็บครรภ์คือ เจ็บครรภ์ถี่ขึ้น แรงขึ้น พร้อมมีมูกเลือด หรือน้ำเดินไหลออกมาทางช่องคลอด	
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
18	เด็กภายหลังคลอดต้องให้ดูดนมมารดาภายใน 30 นาที	
19	การให้เด็กดูดนมมารดาหลังคลอด จะกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็ว และมดลูกหดตัวดี ป้องกันมิให้ตกเลือดหลังคลอด	
20	มารดา และทารกจะปลอดภัย ถ้าได้รับการดูแลตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด	

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่า ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี สมาชิกคนอื่นใน ครอบครัว ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลรอบข้าง เช่น เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน มากน้อยเพียงใด โปรดอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่มีผิดหรือถูก โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกได้รับการสนับสนุนตามข้อคำถามข้อนั้นทุกประการ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกได้รับการสนับสนุนตามข้อคำถามข้อนั้นเป็นส่วนใหญ่ มีส่วนน้อยที่มีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อคำถาม
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลางหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อคำถามข้อนั้นร้อยละ 50
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงบางส่วนตามข้อคำถามข้อนั้น
ไม่จริง	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมตามข้อคำถามนั้นเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่จริง
การสนับสนุนด้านอารมณ์					
1. ฉันได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิดเสมอในขณะที่ฉันตั้งครรภ์					
.					
.					
.					
5. สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจฉันในขณะที่ฉันตั้งครรภ์					
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
6. ฉันได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล ในการเตรียมตัวเพื่อการคลอด					
.					
.					
.					
10. ฉันพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในเรื่องการคลอดกับสตรีตั้งครรภ์คนอื่นๆที่มาใช้บริการในคลินิก					
การสนับสนุนด้านทรัพยากร					
11. บุคคลใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือฉันได้เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน					
.					
.					
.					
15. ฉันรู้สึกว่ามีสมาชิกในครอบครัวใช้เวลาอยู่ใกล้ชิดกับฉันมากขึ้น และพูดคุยกับฉันเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่จริง
การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ					
16. บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวสนับสนุนในการเตรียมตัวเพื่อการคลอดของนั้น					
.					
.					
.					
20. บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวไม่สนใจในการเตรียมตัวเพื่อการคลอดของนั้น					

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบประเมินความวิตกกังวลในการคลอด

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกของท่านในขณะนี้เกี่ยวกับการคลอดบุตร ให้ทำเครื่องหมาย ถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่มีการเปิดเผยโดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

ไม่จริง	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกตรงตามข้อคำถามนั้นทุกประการ
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตามข้อคำถามนั้นเพียงเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตามข้อคำถามนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือ ส่วนมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตามข้อคำถามข้อนั้นมากที่สุด

ความรู้สึก	ไม่จริง	เล็กน้อย	ปานกลาง	มากที่สุด
1. ฉันรู้สึกสบายใจ				
2. ฉันรู้สึกจิตใจสงบ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ				
3. ฉันรู้สึกปลอดภัย				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
20. ฉันรู้สึกตกใจง่ายเมื่อจะต้องเข้าโรงพยาบาลเพื่อการคลอด				
21. ฉันรู้สึกว่ามือของฉันแห้ง และอุ่นสบาย				
22. ฉันรู้สึกหายใจได้อย่างสบาย				

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบประเมินความกลัวการคลอด

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกของท่านในขณะนี้เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตร ให้ทำเครื่องหมาย ถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่มีผิดหรือถูก โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

ไม่กลัว	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตามข้อคำถามเลย
กลัวเล็กน้อย	หมายถึง	มีความรู้สึกตามข้อคำถามเล็กน้อย ไม่มีผลต่อการรบกวนกิจวัตรประจำวัน
กลัวปานกลาง	หมายถึง	มีความรู้สึกตามข้อคำถามปานกลาง มีผลต่อการรบกวนกิจวัตรประจำวัน แต่ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพ
กลัวมาก	หมายถึง	มีความรู้สึกตามข้อคำถามมากจนส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

ข้อความ	ไม่กลัว	กลัว เล็กน้อย	กลัวปาน กลาง	กลัวมาก
1. ฉันกลัวว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้เมื่อถึงเวลา คลอด				
2. ฉันกลัวการคลอด				
3. ฉันกลัวการตกเลือดขณะคลอด				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
13. ฉันกลัวบรรยากาศในห้องคลอด				
14. ฉันกลัวว่าจะไม่ได้รับการดูแลอย่างที่ต้องการ				
15. โดยรวมแล้ว ฉันคิดว่าความกลัวเกี่ยวกับการ การคลอดของฉันอยู่ในระดับ				

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

[illegible]

ภาคผนวก ก

หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

1. หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด
2. หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม
3. หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินความวิตกกังวลในการคลอด
4. หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินความกลัวการคลอด และแบบประเมิน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

462/2560
13.00 น.



หน่วยสารบรรณ เลขที่ ๖๖๘
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
รับครั้งที่ 1 28 ส.ค. 2560 เวลา 10.00 น.
รับครั้งที่ 2 เวลา น.
รับครั้งที่ 3 เวลา น.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕๖๖ พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๔๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๔๔๑-๙๙๓๔

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ที่ ๐๙๘๖๖
ครั้งที่ 1 28 ส.ค. 2560 11.30
ครั้งที่ 2 เวลา น.
ครั้งที่ 3 เวลา น.

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ / ๐๖๖๔
วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๐
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตามหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒๗ / ๐๔๗๑ ลงวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๐ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวสายฝน บ่อชน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: "ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก"
โดยมี ผศ.ดร.จันทิมา ขนบดี ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ใช้: แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวรัชชานันท์ ถิรธาดา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง "ผลของโปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด ของมารดาครรภ์แรก" (๒๕๕๘) ซึ่งได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย งบประมาณเงินรายได้ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัยได้รับแจ้งจาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อนุญาตให้ นางสาวสายฝน บ่อชน ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ดังรายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

เรียน.....รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์

- ☐ เพื่อพิจารณา
☒ เพื่อดำเนินการ ☒ เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง
☒ เพื่อทราบ ☐ เพื่อขอคืน.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี)

ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

29 ส.ค. 2560

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



พยานพยาบาลวิชาชีพที่ 2833/59
ครั้งที่ 123 ก.ย. 2559 1430
ครั้งที่ 2 เวลา
ครั้งที่ 3 เวลา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนทลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๔๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๐๔๖๗
วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๕๙
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

สมัครสอบประกอบวิชาชีพ
วันที่ ๑๑/๑๕๕๙
เวลา 9.00
๒๕๕๙ ก.ย. 255๙

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒๗/๐๔๖๗ ลงวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี แจ้งว่า
ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวสายฝน บ่อชน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: "ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก"
โดยมี ผศ.ดร.จันทิมา ขนบดี ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม
เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : นางสาวจิราวรรณ นิรมิตภาส ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
พ.ศ. ๒๕๕๑ เรื่อง "ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึมคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวด้านจิตสังคม
ของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมาก" ซึ่งมี ผศ.ดร.จันทิมา ขนบดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้องอนุญาตให้ นางสาวสายฝน บ่อชน ใช้เครื่องมือวิจัย
ดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นนักศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัย
ดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ร.ร. ฝ่ายนิติกรกิจจัดการ

☐ เพื่อพิจารณา
☒ เพื่อดำเนินการ ☒ เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง
☒ เพื่อทราบ ☐ เพื่อขอคืน.....

ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

3182/59 E
 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
 ครั้งที่ 1 พ.ย. 2559
 ครั้งที่ 2 เวลา.....
 ครั้งที่ 3 เวลา.....



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๕/๒๕ ๓.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐
 โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๔๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๐๔๗๒๐
 วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๙
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๗/๐๔๗๒๐ ลงวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี แจ้งว่า
 ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวสายฝน บ่อชน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
 การผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: “ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก”
 โดยมี ผศ.ดร.จันทิมา ขนบดี ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบสอบถามความวิตกกังวล
 เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวฉวี เบาทรง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตร
 มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็กคณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๒๖ เรื่อง “ผลของการให้คำแนะนำ
 ในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน และการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมภาวะเครียด
 ในระยะคลอด”

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้
 นางสาวสายฝน บ่อชน ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอ
 ได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร
 มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมีการละเมิดเกิดขึ้น
 ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตามกฎหมาย อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบบแบบฟอร์ม
 หนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม. ๐๑๔ มาด้วย

..... /๒.



3513/59
ครั้งที่ 1-6 S.A. 2559 9.30
ครั้งที่ 2.....เวลา.....
ครั้งที่ 3.....เวลา.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนทลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๔๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ / ๑๐๙๑๑

วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อ้างถึงหนังสือ ที่ ศธ.๐๕๑๗.๐๖๗ / ๐๓๒๔ ลงวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือ ที่ ศธ ๐๒๐๓.๐๙๑๙/๑๘๘๒ ลงวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย : นางสาวสายฝน บ่อชน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ : “ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก” โดยมี ผศ.ดร.จันทิมา ขนบดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้ : ๑) แบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอด ฉบับภาษาไทย และ

๒) เครื่องมือวัดความกลัวต่อการคลอดบุตร ฉบับภาษาไทย

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : อาจารย์ ดร. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาผลงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี จากงานวิจัยเรื่อง “CHILDBIRTH EXPECTATIONS AND CHILDBIRTH EXPERIENCES AMONG THAI PREGNANT WOMEN”

บัณฑิตวิทยาลัยได้รับแจ้งจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี โดย ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง ว่าอนุญาตให้ นางสาวสายฝน บ่อชน ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ และขอทราบผลการใช้เครื่องมือเมื่อเก็บข้อมูลที่แล้วเสร็จด้วย ดังรายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

- ☒ เพื่อพิจารณา
☒ เพื่อดำเนินการ ☒ เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง
☐ เพื่อทราบ ☐ เพื่อจัดเก็บ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ อัครปฐมวงศ์)
ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

- 6 S.A. 2559

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัยฐานหลักสูตร สาขาวิชาการผดุงครรภ์

- ☐ เพื่อพิจารณา ☐ เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง
☐ เพื่อดำเนินการ ☐ เพื่อขอคืน
☒ เพื่อทราบ

สำเนา ๑๓๓ ๒๕๕๙/๑๖๗๗

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชรินทร์ นันทจันทร์)
รองผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
ฝ่ายวิจัยและพัฒนาและวิจัย

หลักสูตรการผดุงครรภ์
วันที่ 11/๑๑/๒๕๕๙
เวลา 14.30
ที่ ๒๕๕๙/๑๖๗๗

ภาคผนวก ง
ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

1. การทดสอบการแจกแจงเป็น โค้งปกติ (normality) ของตัวแปรแต่ละตัว

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test						
		ckttotal	scttotal	anttotal	fttotal	settotal
N		100	100	100	100	100
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	17.4600	84.5100	43.7900	36.1500	118.2700
	Std. Deviation	1.38111	8.76920	10.13873	10.27046	25.29377
	Absolute	.182	.074	.086	.086	.114
Most Extreme Differences	Positive	.128	.039	.086	.086	.062
	Negative	-.182	-.074	-.062	-.076	-.114
Kolmogorov-Smirnov Z		1.821	.744	.857	.863	1.143
Asymp. Sig. (2-tailed)		.003	.638	.454	.446	.147

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

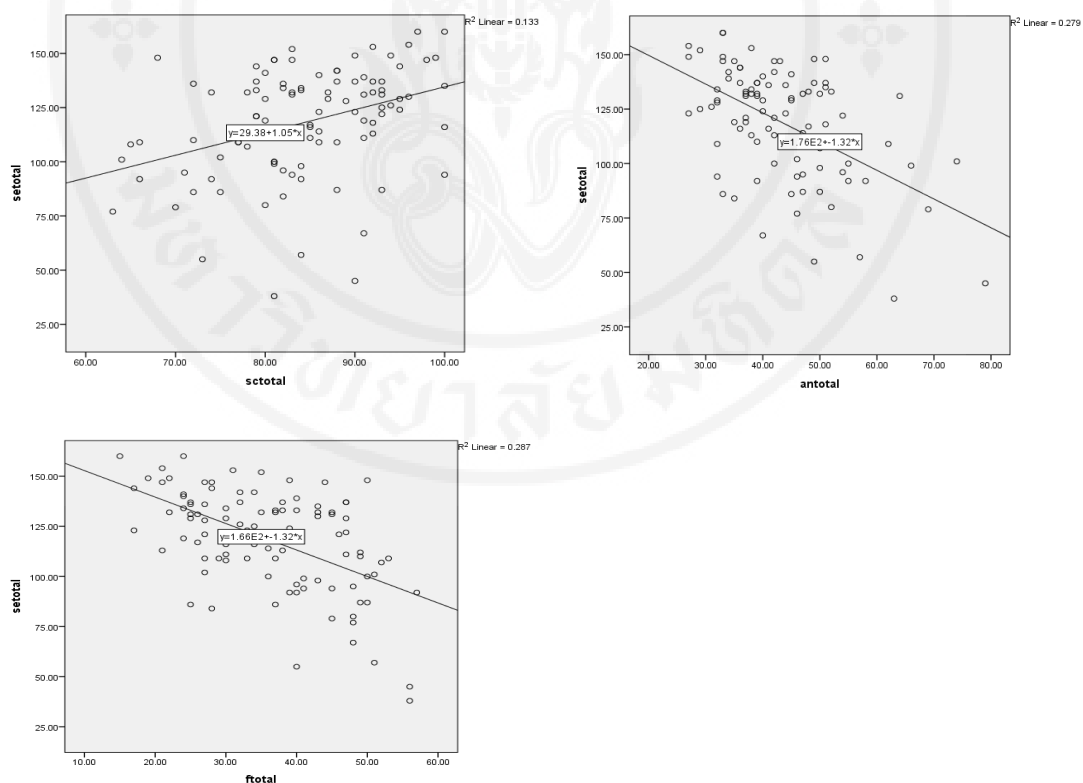
2. การกำหนดรหัส (dummy coding) ของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการคลอด

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 17.46 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 20 คะแนน และคะแนนต่ำสุดคือ 13 คะแนน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 13 คะแนนถึง 17 คะแนน จำนวน 47 ราย และคะแนนมากกว่า 17 คะแนน จำนวน 53 ราย

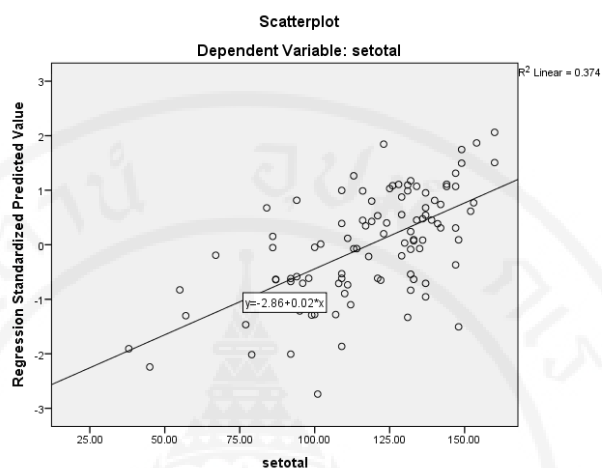
การศึกษานี้ผู้วิจัยพิจารณานำคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการคลอดมาใช้ในการกำหนดรหัส (dummy coding) ดังนี้

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน เป็น 0
- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคะแนนมากกว่า 17 คะแนน เป็น 1

3. ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม



4. ผลการตรวจสอบค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของตัวแปรอิสระต้องเท่ากัน (homoscedasticity) พบว่าลักษณะเส้นสมการเอียงจากมุมล่างซ้ายขึ้นไปยังมุมบนขวา



5. ผลการทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

Model Summary^d

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.536 ^a	.287	.280	21.46266	.287	39.498	1	98	.000	1.915
2	.583 ^b	.340	.327	20.75773	.053	7.769	1	97	.006	
3	.612 ^c	.374	.355	20.31561	.034	5.268	1	96	.024	

a. Predictors: (Constant), ftotal

b. Predictors: (Constant), ftotal, antotal

c. Predictors: (Constant), ftotal, antotal, sctotal

d. Dependent Variable: settotal

6. ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

6.1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ชนิดเพียร์สันของตัวแปรประสบการณ์การจัดการความปวด ในขณะที่ตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในการคลอด ความกลัวการคลอด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก ($n = 100$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ประสบการณ์การจัดการความปวด	1.00					
2. ความรู้เกี่ยวกับการคลอด	.06	1.00				
3. แรงสนับสนุนทางสังคม	-.14	.03	1.00			
4. ความวิตกกังวลในการคลอด	.12	-.33*	-.33*	1.00		
5. ความกลัวการคลอด	.03	-.34*	-.27*	.67*	1.00	
6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	-.04	.19*	.37*	-.53*	-.54*	1.00

* $p < .05$

6.2 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ค่า tolerance และ VIF

Coefficients ^a										
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Constant)	165.987	7.890		21.038	.000					
1 ftotal	-1.320	.210	-.536	-6.285	.000	-.536	-.536	-.536	1.000	1.000
2 (Constant)	181.380	9.420		19.256	.000					
2 ftotal	-.814	.272	-.331	-2.989	.004	-.536	-.290	-.247	.556	1.798
2 antotal	-.769	.276	-.308	-2.787	.006	-.529	-.272	-.230	.556	1.798
3 (Constant)	126.186	25.754		4.900	.000					
3 ftotal	-.766	.267	-.311	-2.865	.005	-.536	-.281	-.231	.553	1.809
3 antotal	-.642	.276	-.257	-2.329	.022	-.529	-.231	-.188	.534	1.874
3 sctotal	.567	.247	.197	2.295	.024	.365	.228	.185	.889	1.125

a. Dependent Variable: setotal

ภาคผนวก จ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

- รายชื่อ
1. คะแนนรายชื่อของความรู้เกี่ยวกับการคลอด
 2. คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม รายด้าน และ
 3. คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในการคลอดรายชื่อ
 4. คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวการคลอดรายชื่อ
 5. คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด
- รายชื่อ

1. คะแนนรายชื่อของความรู้เกี่ยวกับการคลอด

ข้อ	คำตอบ	จำนวนผู้ตอบ (คน)	ร้อยละ
1	ถูก	100	100
	ผิด	0	0
2	ถูก	81	81
	ผิด	19	19
3	ถูก	97	97
	ผิด	3	3
4	ถูก	100	100
	ผิด	0	0
5	ถูก	95	95
	ผิด	5	5
6	ถูก	84	84
	ผิด	16	16
7	ถูก	87	87
	ผิด	13	13
8	ถูก	63	63
	ผิด	37	37
9	ถูก	89	89
	ผิด	11	11
10	ถูก	86	86
	ผิด	14	14
11	ถูก	91	91
	ผิด	9	9
12	ถูก	94	94
	ผิด	6	6
13	ถูก	95	95
	ผิด	5	5
14	ถูก	97	97
	ผิด	3	3
15	ถูก	94	94
	ผิด	6	6
16	ถูก	97	97
	ผิด	3	3
17	ถูก	36	36
	ผิด	64	64
18	ถูก	74	74
	ผิด	26	26
19	ถูก	87	87
	ผิด	13	13
20	ถูก	99	99
	ผิด	1	1

2. คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม รายด้าน และรายข้อ

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
scpart1	100	16.00	25.00	22.8400	2.20064
scpart2	100	12.00	25.00	20.3000	2.85509
scpart3	100	9.00	25.00	20.9100	3.39666
scpart4	100	12.00	25.00	20.6600	2.99906
sc1	100	3	5	4.67	.533
sc2	100	2	5	4.52	.759
sc3	100	1	5	4.15	1.029
sc4	100	3	5	4.59	.605
sc5	100	3	5	4.91	.351
sc6	100	2	5	4.46	.688
sc7	100	2	5	4.35	.672
sc8	100	2	5	4.21	.782
sc9	100	2	5	4.27	.709
sc10	100	1	5	3.01	1.227
sc11	100	1	5	3.95	.999
sc12	100	1	5	4.05	1.058
sc13	100	2	5	4.30	.859
sc14	100	2	5	4.37	.734
sc15	100	2	5	4.24	.793
sc16	100	2	5	4.40	.711
sc17	100	1	5	3.70	.980
sc18	100	1	5	3.85	.845
sc19	100	2	5	3.95	.857
sc20	100	1	5	4.76	.726
Valid N (listwise)	100				

3. คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในการคลอดรายข้อ

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
an1	100	1	4	2.30	.785
an2	100	1	4	1.85	.809
an3	100	1	4	1.98	.738
an4	100	1	4	2.78	.970
an5	100	1	4	1.91	.854
an6	100	1	4	2.04	.931
an7	100	1	4	2.32	.920
an8	100	1	4	2.68	.942
an9	100	1	4	1.80	.765
an10	100	1	4	1.61	.723
an11	100	1	4	1.22	.543
an12	100	1	4	1.55	.821
an13	100	1	4	1.58	.878
an14	100	1	4	2.25	.903
an15	100	1	4	1.93	.913
an16	100	1	4	2.29	.795
an17	100	1	4	2.10	.732
an18	100	1	4	1.51	.689
an19	100	1	3	1.21	.518
an20	100	1	4	1.94	.919
an21	100	1	4	2.75	.925
an22	100	1	4	2.20	.841
Valid N (listwise)	100				

4. คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ยของคะแนนความถี่การคลอรายข้อ

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
f1	100	1	4	2.36	.859
f2	100	1	4	2.55	.968
f3	100	1	4	2.58	1.075
f4	100	1	4	2.53	1.068
f5	100	1	4	2.73	1.062
f6	100	1	4	1.81	.918
f7	100	1	4	2.11	1.081
f8	100	1	4	2.67	1.120
f9	100	1	4	2.71	1.066
f10	100	1	4	2.94	1.071
f11	100	1	4	2.28	.911
f12	100	1	4	2.14	.853
f13	100	1	4	2.19	.884
f14	100	1	4	2.03	.926
f15	100	1	4	2.52	.858
Valid N (listwise)	100				

5. คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอรายข้อ

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
se1	100	1	10	6.15	1.855
se2	100	1	10	6.83	2.080
se3	100	1	10	7.17	1.897
se4	100	1	10	7.26	2.228
se5	100	1	10	7.54	2.125
se6	100	1	10	6.96	2.103
se7	100	1	10	7.43	2.212
se8	100	3	10	8.84	1.522
se9	100	1	10	6.96	2.169
se10	100	1	10	8.50	1.977
se11	100	1	10	6.60	2.247
se12	100	1	10	8.02	1.969
se13	100	1	10	8.49	1.951
se14	100	1	10	6.51	2.033
se15	100	1	10	7.09	2.070
se16	100	2	10	7.92	1.768
Valid N (listwise)	100				

ภาคผนวก จ

รายนามของผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ของการศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในสตรีครรภ์แรก

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประนอม ภูศรีทอง
สาขาวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
2. อาจารย์ ดร. ปราณี ป้องเรือ
สาขาวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
3. คุณนัทธทัย วรรณทิม
หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวสายฝน บ่อชน
วัน เดือน ปีเกิด	19 ธันวาคม 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2548-2551 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2558-2560 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการผดุงครรภ์) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ทุนการศึกษา/ทุนวิจัย	ทุนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ทุนส่งเสริมและสนับสนุนทุนการศึกษาจาก มูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาสน์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2559
ที่อยู่ปัจจุบัน	57/49 ม.2 โครงการพรเทพการ์เด็นวิลล์ 8 ตำบลหนองปลาไหล อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี 20150
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2552-2556 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2557-ปัจจุบัน ผู้ช่วยอาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล