บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

Factors Predicting Childbirth Self-Efficacy Among High-risk Pregnant Women

กนกอร มังกรประดิษฐ์ (Kanokon Mangkornpradit)*
สุกฤตา ว่องวิกย์การ (Sugritta Wongwiggan)**

Received: September 3, 2022
Revised: September 21, 2022
Accepted: October 19, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยและปัจจัยทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง อายุครรภ์ 28-41 สัปดาห์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ในแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 200 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-ธันวาคม 2564 โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ใช้แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการคลอด แบบสอบถามความกลัวการคลอด แบบประเมินความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.96, 0.81, 0.92 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันกับสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียแมน และวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่าจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความกลัวการคลอด มีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ($r = -.160$, $p<.05$ และ $r = -.353$, $p<.01$ ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ($r = .165$, $p<.05$) ความกลัวการคลอด และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้ร้อยละ 12.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R2 = .126$, $F = 14.169$, $df=2$, $p< .001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลในการทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดมากที่สุด ($b=30.84$, $t=2.978$, $\beta=.199$, $p<.01$)

ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่าพยาบาลควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และลดความกลัวการคลอด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดมากขึ้น

คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตนในการคลอด, สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง, ความกลัวการคลอด, ความเครียด, การสนับสนุนทางสังคม

*Corresponding author: Kanokon Mangkornpradit: Kanokonk@nu.ac.th
*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University)
**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

ร่วมเฉลิมฉลอง 30 ปี มหาวิทยาลัยนเรศวร

Abstract

The purpose of this predictive correlation research study was to study the relationship factors and factors predicting childbirth self-efficacy among high-risk pregnant women. There were 200 women during their high risk in pregnancy with a gestational age between 28 to 41 weeks who received antenatal care in the obstetrics and gynecology outpatient department, at the Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok province between May to December 2021. The sample size determines by power analysis method. The research instruments used, showing the reliability of Cronbach's alpha coefficient, included The Thai Childbirth Self-Efficacy Inventory (0.96), the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (0.81), The symptom of Stress (0.92), and Social Support Questionnaire (0.80). The data were analyzed by descriptive statistics, Pearson correlation coefficient with Spearman rank correlation coefficient and multiple regression analysis by stepwise method.

The result revealed that gravidarum and fear of childbirth had significant negative correlation with childbirth self-efficacy ($r = -.160$, $p<.05$ และ $r = -.353$, $p<.01$ respectively). Social support significant positive correlation with childbirth self-efficacy ($r = .165$, $p<.05$). Fear of childbirth and social support were found as good combine predictions of childbirth self-efficacy among high-risk pregnant women, with 12.6 of variance ($R2 = .126$, $F = 14.169$, $df=2$, $p< .001$) and social support had the highest predicting childbirth self-efficacy ($b=30.84$, $t=2.978$, $\beta=.199$, $p<.01$).

These results suggest that nurse and midwifery should promote social support and decrease fear of childbirth to enhance childbirth self-efficacy among high-risk pregnant women.

Keywords: Childbirth Self-Efficacy, High-risk pregnant women, Fear of childbirth, Stress, Social support

ร่วมเฉลิมฉลอง 30 ปี มหาวิทยาลัยบูรพาวิทยาเขตจันทบุรี
• Internationalization
• Innovative Products
• Integrative Team & Networking

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นวงจรการมีบุตรตามธรรมชาติ ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของสตรี เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับทารกในครรภ์และการคลอดที่จะมาถึง แต่การตั้งครรภ์อาจทำให้สตรีมีความเสี่ยงหรือมีอาการที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้ (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2016) ซึ่งการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นภาวะที่สตรีหรือทารกในครรภ์มีภาวะเสี่ยง เกิดความพิการหรือการเสียชีวิตตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด (World Health Organization, 2015) โดยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ความเจ็บป่วยทางสูติกรรมหรือทางอายุรกรรม อารมณ์แปรปรวน หรือปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ สถานะภาพสมรส เป็นต้น (Lowdermilk et al., 2016) ภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อร่างกายของสตรีตั้งครรภ์อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ในปี ค.ศ. 2017 ในประเทศที่กำลังพัฒนา มีรายได้น้อยหรือห่างไกลความเจริญ พบการเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากการตั้งครรภ์และการคลอดร้อยละ 94 ของอัตราการเสียชีวิตในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (World Health Organization, 2019) ในขณะที่ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิต 2 ใน 3 โดยมีสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การเกิดโรคหรือโรคที่สตรีตั้งครรภ์เคยเป็นมาก่อน (Tanasirijiranont, 2019) สำหรับผลกระทบต่อจิตใจที่อาจเกิดขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จะเกิดความเครียดในระดับปานกลาง (Auntarin, Tachasuksri, & Supasrimanont, 2018) การเกิดความกลัวการคลอด (Turner, Piazzini, Franza, Canger, Canevini, & Marconi, 2008) รวมทั้งกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและทารก และการรู้สึกคับข้องใจกับภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ (Pilaikiat & Lamloung, 2020) เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นสิ่งเร้ากระตุ้นความคิดว่าภาวะเสี่ยงสูงเป็นสิ่งคุกคาม (Khunkumhaeng, 2016) ส่วนผลกระทบของภาวะเสี่ยงสูงต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด เกิดความพิการ เกิดภาวะน้ำหนักตัวน้อยหรือการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และภายหลังทารกคลอด เกิดกลุ่มอาการหายใจล้มเหลวได้ (World Health Organization, 2015) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกไม่แน่นอนและไม่เชื่อมั่นเกี่ยวกับการคลอด ซึ่งความเชื่อมั่นหรือสมรรถนะแห่งตนในการคลอดเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงสามารถผ่านเหตุการณ์ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอดบุตรได้อย่างเหมาะสม (Tilden, Caughey, Lee, & Emeis, 2016)

สมรรถนะแห่งตนในการคลอด (Childbirth self-efficacy) ตามแนวคิดของโลวี (Lowe, 1991) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีของแบดูรา (Bandura, 1997) เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นของสตรีตั้งครรภ์ที่คาดหวังกับความสามารถของตนเองว่าจะสามารถจัดการกับปัญหาและแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติตัวขณะเผชิญกับการคลอดได้ ประกอบด้วยความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy expectancies) คือความเชื่อมั่นของบุคคลก่อนลงมือทำคาดว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องกระทำนั้นได้ประสบความสำเร็จมีผลลัพธ์ที่ต้องการ และ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancies) คือความเชื่อมั่นของบุคคลที่ประเมินว่าตนเองว่าเมื่อทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ (Lowe, 1991) สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อมั่นมากจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปตามความคาดหวังของตนเองเมื่อเผชิญกับการคลอดหรือภาวะคับขันได้อย่างเหมาะสม จะเกิดความอดทน ไม่รู้สึกท้อถอย มีความมุ่งมั่น สามารถควบคุมตนเองได้ ให้กำลังใจตนเองและยอมรับฟังคำแนะนำต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Salomonsson, Bertero, & Alehagen, 2013) สามารถจัดการกับเหตุการณ์คับขันขณะคลอดได้ สามารถคลอดบุตรด้วยตนเองได้อย่างปลอดภัย (Sieber, Germann, Barbir, & Ehlert, 2006) ความรู้สึกเครียดจากเหตุการณ์การคลอด ความวิตกกังวลและความกลัวการคลอดลดลงได้ ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์จะเกิดความเชื่อมั่นในการคลอดมาก จากการได้รับการสนับสนุนหรือได้รับข้อมูลในระยะตั้งครรภ์ (Lowe, 1991) และยังขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการคลอดมีหลายปัจจัย คือปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Lowe, 1991)

มีการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ได้แก่ ระดับการศึกษาสูง การมีความรู้ดี และมีประสบการณ์ในการคลอดที่ดี จะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการคลอดมาก (Drummond & Rickwood, 1997) รายได้ของสตรีตั้งครรภ์ (Bostan & Kabukcuoglu, 2022) อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดในอดีตมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นในการคลอด (Mbwali, Mbalinda, Kaye, & Ngabirano, 2022) ความเครียด ความอ่อนล้า ความสับสนหรือความคับข้องใจ ความโกรธ และมีภาวะซึมเศร้า ความกลัวการคลอด สัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์หรือความเจ็บปวดในระยะคลอด วิธีการคลอด เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการคลอด (Schwartz, Toohill, Creedy, Baird, & Gamble, 2015) และความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการคลอด (Beebe, Lee, Carrieri, &Humphrey, 2007) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดมาก (Carlsson, Ziegert, & Nissen, 2015) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดเป็นการศึกษาเพียงกลุ่มสตรีครรภ์แรกและครรภ์หลัง เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ ความกลัวการคลอด (Klayjan, 2016) การสนับสนุนทางสังคม (Tupsai, Xuto, & Chaloumuk, 2019) อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว ทัศนคติเกี่ยวกับการคลอด (Kuttasing, Deoisres, & Siriarunrut, 2019) ความวิตกกังวล ประสบการณ์การคลอด (Jiramanee, Baosoung, & Sansiriphun, 2021)

ความกลัวการคลอด เป็นความรู้สึกไม่สบายใจของสตรีตั้งครรภ์ ที่เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งเกิดจากการรับรู้หรือการคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเกี่ยวกับการคลอดว่าเป็นภัยคุกคามหรือเป็นอันตราย (Wijma & Wijma, 1992, as cited in Ryding, Wijma, Wijma, & Rydhstrom, 1998) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีที่มีประสบการณ์ด้านลบ มีภาวะเสี่ยงสูงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์จะมีความกลัวการคลอดเพิ่มขึ้น (Leichtentritt, Blumenthal, Elyassi, & Rotmensch, 2005) มีการศึกษาพบว่าปัจจัยความกลัวการคลอดเกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการคลอด โดยการศึกษาของโลวี (Lowe, 2000) ศึกษาสตรีครรภ์แรกช่วงอายุครรภ์ 28-41 สัปดาห์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการคลอดและการศึกษาของชวอรท์ซและคณะ (Schwartz et al., 2015) ในสตรีครรภ์แรกและครรภ์หลังช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 25 สัปดาห์ พบว่าความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการคลอดทั้งในส่วนของความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์

ความเครียด เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจต่อแรงกดดันหรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้นทั้งจากภายในและภายนอกร่างกายของบุคคล โดยจะเกิดความเครียดภายหลังจากมีการรับรู้และแปลความหมายต่อสิ่งเร้าและความต้องการที่เข้ามาในเชิงลบ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตอบสนองทางด้านร่างกายในระบบต่างๆตามมา โดยสิ่งเร้าหรือแรงกดดันภายใน เช่น การรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ความคาดหวังของตนเอง เป็นต้น สำหรับสิ่งเร้าหรือแรงกดดันภายนอก เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกและปัจจัยทางด้านจิตสังคมของบุคคล เช่น สภาพแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม รายได้หรือเศรษฐกิจ เป็นต้น (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงหรือมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ทำให้ต้องเผชิญกับแรงกดดัน ส่งผลให้มีความเครียดในขณะตั้งครรภ์ได้ (Phongpate, 2016) การศึกษาในสตรีครรภ์แรก ช่วงอายุครรภ์ 35-42 สัปดาห์ พบว่าปัจจัยด้านความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการคลอด (Carlsson et al., 2015)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและทำให้เกิดความรักใคร่ความผูกพัน ความห่วงใยซึ่งกันและกัน เกิดเป็นความช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคนขึ้น โดยการสนับสนุน

ทางสังคมมีส่วนประกอบ 4 ด้านได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า (House, 1981) สตรีที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมาก เช่น การได้เห็นตัวแบบหรือการรับฟังประสบการณ์จากผู้อื่น การได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (Brown, 1986) และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อใกล้คลอด (Niramitpasa, 2008) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ เมื่อสตรีได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะเกิดความเชื่อมั่นและสามารถเผชิญกับการคลอดได้ มีการควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกได้อย่างเหมาะสม (Lowe, 2000) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ (Carlsson et al., 2015)

การศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดที่ผ่านมาเป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ของสมรรถนะแห่งตนในการคลอดกับอายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดในอดีต (Mbwali et al., 2022) ระดับการศึกษา ประสบการณ์การคลอด (Drummond & Rickwood, 1997) รายได้ (Bostan & Kabukcuoglu, 2022) การสนับสนุนทางสังคม ประวัติสุขภาพจิตเบี่ยงเบน ความเครียด ความอ่อนล้า ความคับข้องใจ ความโกรธ ภาวะซึมเศร้า ความกลัวการคลอด (Carlsson et al., 2015) ความวิตกกังวล (Beebe et al., 2007) ความไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์หรือความเจ็บปวด และการเลือกวิธีคลอดของสตรี (Schwartz et al., 2015) ซึ่งในต่างประเทศทำการศึกษาในสตรีครรภ์แรกช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ส่วนในประเทศไทยมีเพียง 2 การศึกษา ที่ศึกษาเกี่ยวกับสมมรรถนะแห่งตนในการคลอดกับความกลัวการคลอดในสตรีครรภ์แรก และมี 1 การศึกษาที่ศึกษาสมมรรถนะแห่งตนในการคลอดกับการสนับสนุนทางสังคม แต่ยังไม่พบการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์และหาปัจจัยทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวการคลอด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะแห่งตนในการคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ รายได้ ระดับการศึกษา เป็นต้น ความกลัวการคลอด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีปัจจัยกระตุ้นจากภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นซึ่งจะส่งผลต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดได้ นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวยังเป็นปัจจัยที่บุคลากรทางสุขภาพสามารถจัดกระทำได้ โดยผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงให้เพิ่มมากขึ้น สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่แสดงออกและเผชิญการคลอดให้ผ่านไปได้อย่างเหมาะสมต่อไป

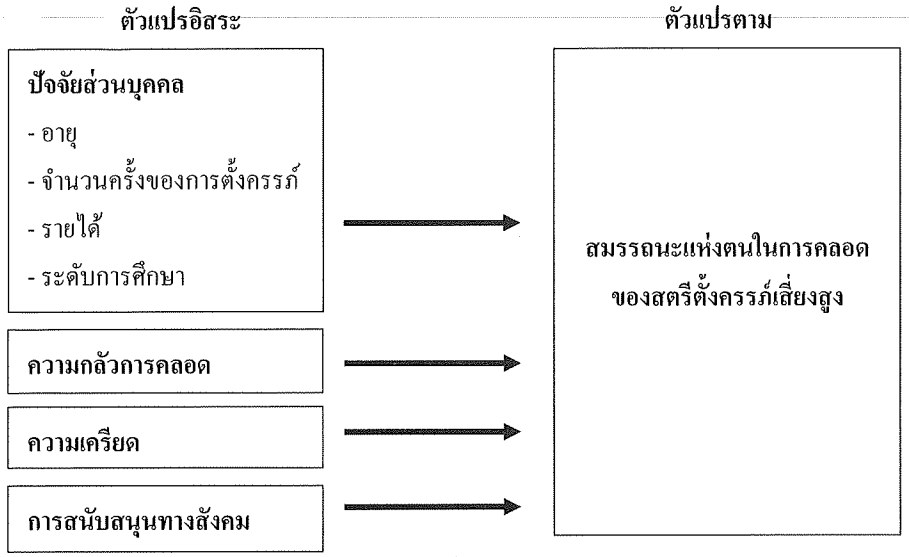
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ รายได้ ระดับการศึกษา ความกลัวการคลอด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ รายได้ ระดับการศึกษา ความกลัวการคลอด ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

กรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้กรอบแนวคิดของโลวี (Lowe, 1991) และพบว่ามีปัจจัยที่ทำให้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นหรือลดลง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ รายได้ ระดับการศึกษา เป็นต้น ความกลัวการคลอด ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวการคลอด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และศึกษาความสามารถของปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวการคลอด ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ประชากร คือสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ที่มารับบริการฝากครรภ์ในแผนกผู้ป่วยนอก สูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง อายุครรภ์อยู่ในช่วง 28-41 สัปดาห์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ในแผนกผู้ป่วยนอก สูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป หรือ เป็นผู้ที่จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความเสี่ยงสูงทางด้านอายุรกรรม เช่น โรคเบาหวาน ไทรอยด์ เป็นต้น และความเสี่ยงสูงทางด้านสูติกรรม เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะซีด เป็นต้น อ่านและเขียนภาษาไทยได้และมีความยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะฉุกเฉิน และต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เช่น ต้องเข้ารับการยุติการตั้งครรภ์ เข้ารับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างที่เคยผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในครรภ์แรก (Previous cesarean section) เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 ให้อำนาจการทดสอบ (Level of power) เท่ากับ 0.80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) เท่ากับ 0.035 กำหนดตัวแปรที่ต้องการศึกษาอำนาจในการทำนาย 7 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 179 ราย (Polit &Beck, 2012) ปรับเพิ่มเป็น 200 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ อายุครรภ์ ประวัติการคลอดก่อนกำหนดและการแท้ง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว การได้รับฟังเกี่ยวกับการคลอดบุตร อายุครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประสบการณ์การคลอด โรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

2. แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการคลอด (The Thai Childbirth Self-Efficacy Inventory :TCBSEI) ของโลวี (Lowe, 1993) เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินความรู้สึกเชื่อมั่นในการคลอดของสตรี แปลเป็นภาษาไทยโดย กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, เพิอร์ริน แนนซี่และโลวี แนนซี่ (Tanglakmankhong, Perrin, & Lowe, 2010) มีข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ แบ่งตามความคาดหวังได้ 2 ลักษณะ ซึ่งวัดความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy expectation) จำนวน 16 ข้อ และวัดความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) จำนวน 16 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัด 10 ระดับ 1 หมายถึง ไม่ช่วยเลยหรือไม่มั่นใจเลย 10 หมายถึง ช่วยได้มากที่สุดหรือมั่นใจมากที่สุด ผลรวมของคะแนนรายด้านตั้งแต่ 16-160 คะแนน และคะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ 32-320 คะแนน การแปลความหมายคะแนนเทียบตามอันตรภาคชั้นของลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 32.00-64.00 คะแนน มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดระดับต่ำที่สุด, 64.01-128.00 คะแนน มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดระดับต่ำ, 128.01-192.00 คะแนน มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดระดับปานกลาง, 192.01-256.00 คะแนน มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดระดับสูงและ 256.01-320.00 คะแนน สมรรถนะแห่งตนในการคลอดระดับสูงมากที่สุด

3. แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร (The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire :W-DEQ) รูปแบบ A ของวิจมา วิจมาและซาร์ (Wijma, Wijma, & Zar, 1998) เป็นแบบสอบถามใช้ประเมินการคาดการณ์และความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์การคลอด แปลเป็นภาษาไทยโดย กชกร ตัมพวิบูลย์ (Tampawiboon, 2005) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ มีข้อคำถามในด้านบวกจำนวน 19 ข้อ (ข้อ 1, 4, 5, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 26, 28, 29, 30, 32 และ 33) และข้อคำถามในด้านลบจำนวน 14 ข้อ (ข้อ 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27 และ 31) คำตอบมีลักษณะเป็นมาตรวัด 6 ระดับ ลักษณะของเป็นมาตรวัด 6 ระดับ ข้อคำถามด้านบวกมีตัวเลขตั้งแต่ 0 หมายถึง มากที่สุด ถึงตัวเลข 5 หมายถึง ไม่มี ผลรวมของคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0 - 165 คะแนน การแปลความหมายของคะแนน โดยแบ่งคะแนนความกลัวการคลอดบุตรตามช่วงอันตรภาคชั้นเป็น 4 ระดับ ตามเกณฑ์ของโครุกคู ฟิราทและคูคูลู (Korokcu, Firat, & Kukulu, 2010) ระดับความกลัวการคลอดบุตร ดังนี้ 0-37 คะแนน มีความกลัวการคลอดบุตรระดับเล็กน้อย, 38-65 คะแนน มีความกลัวการคลอดบุตรระดับปานกลาง, 66-83 คะแนน มีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรง และมากกว่า 84 คะแนน มีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรงมาก

4. แบบประเมินความเครียด (Symptom of Stress [Symp-60]) ของสวนปรุงชุด 60 ข้อ (SPST-60) ที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลและพิมพ์มาศ ตาปัญญา (Mahatnirunkul, Pumpaisalchai, &Tapunya, 1997) ภายใต้แนวคิดทฤษฎีชีวภาพพฤติกรรมของความเครียดของ มิลเลอร์ และคณะ(Miller et al., 1993) นำแบบประเมินความเครียด (Symp-60) มาใช้เฉพาะส่วนที่ 3 ที่แสดงออกอาการทางระบบต่างๆ ของร่างกายทั้ง 7 ระบบ โดยการวัดพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่าน มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตรวัด 6 ระดับ มีตัวเลข 0 ที่หมายถึง ไม่เคยเกิดขึ้นเลย และตัวเลข 5 หมายถึง เครียดมากที่สุด การแปลผลคะแนนความเครียดโดยรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ (Mahatnirunkul et al., 1997) ดังนี้ 0-17 คะแนน มีความเครียดระดับต่ำ, 18-36 คะแนน มีความเครียดระดับปานกลาง, 37-57 คะแนน มีความเครียดระดับสูง และมากกว่า 57 คะแนน มีความเครียดระดับรุนแรง

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social support questionnaire) ของ จิราวรรณ นิรมิตภาษ (Niramitpasa, 2008) ทำการปรับปรุงแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ กฤติกาพร ใยโนนตาด (Yainontad, 1999) ที่พัฒนาจากแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) ให้มีความเหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์ มีข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ของสตรีมีครรภ์ จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4 และ 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 2, 5 และ 20 ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 5 ระดับมากที่สุด, 4 ระดับมาก, 3 ระดับปานกลาง, 2 ระดับเล็กน้อย และ 1 ไม่จริง การแปลความหมายของคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน การแปลผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวม ใช้คะแนนเฉลี่ยมีค่าตั้งแต่ 1.00-5.00 (Niramitpasa, 2008) ดังนี้ 1.00-2.33 คะแนน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย, 2.34-3.67 คะแนน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และ 3.68-5.00 คะแนน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการคลอด แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร แบบประเมินความเครียด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้ประยุกต์หรือดัดแปลงแก้ไขใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) ซ้ำและนำไปทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้เท่ากับ .80 ขึ้นไป (Polit, 2010) โดยแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการคลอดมีค่าความเชื่อมั่น .96 แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบประเมินความเครียดมีค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่น .80

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองและหนังสือขอเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และหัวหน้าห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกสูตินรีเวชกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขอบเขตการศึกษา เครื่องมือในการเก็บรวบรวม และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง อายุครรภ์อยู่ในช่วง 28-41 สัปดาห์ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม (ห้องฝากครรภ์) โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ทำการอธิบายรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามมี 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการคลอด แบบสอบถามความกลัวการคลอด แบบประเมินความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ทั้งหมด 200 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2564

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยนเรศวร และได้รับการอนุมัติหมายเลข IRB-P3-0088/2563 รับรองวันที่ 24 กันยายน 2563 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือได้เสนอโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้รับการอนุมัติหมายเลข IRB 036/64 รับรองวันที่ 30 มีนาคม 2564 พร้อมกับขออนุญาตในการทำวิจัย และรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดย

อธิบายต่อกลุ่มตัวอย่างถึงการบันทึกข้อมูลไม่ได้ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และจะใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับใดๆ พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านคำชี้แจงแบบสอบถาม อธิบายให้สามารถตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัย จะไม่มีผลต่อการรับบริการฝากครรภ์และการคลอดทั้งทางตรงและทางอ้อม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเป็นผู้เข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ความกลัวการคลอด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา คำนวณช่วงคะแนน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวการคลอด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยใช้การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียรนอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่าความเครียด กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยใช้ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์คลอด ความกลัวการคลอด และการสนับสนุนทางสังคม มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยใช้ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวการคลอด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple regression analysis) ที่คัดเลือกตัวแปรเข้าสมการแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise method) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบข้อมูลเป็นไปตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Vanichbuncha, 2015) ดังนี้

3.1 ตัวแปรต้นและตัวแปรตามทุกตัว มีมาตราวัดเป็นอันตรภาคชั้น (interval scale) ขึ้นไป ในการศึกษาครั้งนี้ อายุ ความกลัวการคลอด ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตนในการคลอด มีมาตรวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio scale) ส่วนจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ มีมาตรวัดเป็นแบบเรียงลำดับ (Ordinal scale) ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มข้อมูลแล้วสร้างตัวแปรหุ่น (Dummy variable)

3.2 การกระจายของข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียรนอฟ (Kolmogo-rov-Smirnov test) พบว่าตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ ตัวแปรความกลัวการคลอด และการสนับสนุนทางสังคม มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยดำเนินการแปลงข้อมูล (Data transformation) เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น โดยการกำหนดตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ใหม่แทนตัวแปรดังกล่าว

3.3 ตัวแปรต้น (X) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรตาม (Y) โดยทำการ Scatter plot จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่า ตัวแปรต้นทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรตาม

3.4 ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์จะต้องมีการแจกแจงปกติ (Assumption of normality) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability (P-P) plot และค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์มีค่าเฉลี่ยใกล้

เคียงหรือเท่ากับศูนย์ จากการตรวจสอบพบว่าข้อมูลมีการเรียงตัวใกล้เส้นตรง และค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์ Residual เท่ากับ .000000

3.5 ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรต้นทุกตัวมีค่าคงที่ โดยพิจารณาจากภาพกระจาย Scatter plot พบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรต้นกระจายบริเวณค่าศูนย์

3.6 ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson ควรเข้าใกล้ 2 หรืออยู่ในช่วง 1.5-2.5 โดยพบค่า Durbin-Watson 1.655 แสดงว่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน

3.7 ตัวแปรต้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ดูได้จากค่า Tolerance ต้องไม่ ≤ 0.2 หรือมีค่า Variance Inflation Factors (VIF) ไม่เกิน 10 จากการตรวจสอบพบว่าค่า Tolerance ที่น้อยสุดเท่ากับ .992 และค่า VIF ที่มากสุดเท่ากับ 1.008

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 24.49 ปี (S.D. 6.67) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.0 รองลงอายุระหว่าง 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.5 และอายุระหว่าง 31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.5, จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีการตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 76.5 และตั้งครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 33.5, รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 14,602.93 บาท (S.D. 8765.54) โดยพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 44.5 รองลงมามีรายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 43.5 และ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.5 รองลงมาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 16.5 โดยกลุ่มตัวอย่างมีโรคทางอายุรกรรมขณะตั้งครรภ์ 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ คิดเป็นร้อยละ 7.5, 5.0, 4.5 ตามลำดับ และมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะซีด และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 33.0, 13.5 และ 6.5 ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง มีคะแนนความกลัวการคลอดอยู่ในระดับรุนแรง ($\bar{x}$ = 74.56, S.D. = 17.22) มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 36.83, S.D. = 18.44) มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ = 1.213, S.D. = 0.012) มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการคลอดโดยรวมอยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =224, S.D.=46.27)

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด (r= -.160, p<.05) ส่วนอายุ รายได้ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.953, p=.113 และ p=.132 ตามลำดับ) ความกลัวการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด (r= -.353, p<.01) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด (r= .165, p<.05) และความเครียดมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.413) แสดงผลดังตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวการคลอดบุตร ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด (n = 200)

ปัจจัย	สมรรถนะแห่งตนในการคลอด	
	r	p-value
1. ปัจจัยส่วนบุคคล		
- อายุ [b]	.040	.953
- จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ [b]	-.160 *	.023
- รายได้ [b]	.112	.113
- ระดับการศึกษา [b]	.107	.132
2. ความกลัวการคลอดบุตร [b]	-.353**	.000
3. ความเครียด [a]	-.058	.413
4. การสนับสนุนทางสังคม [b]	.165*	.020

* p < .05, ** p < .01

a. Pearson correlation coefficient

b. Spearman's rank correlation coefficient

3. การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise) ของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยนำตัวแปรตามเข้าสมการเชิงเส้นพหุคูณ 7 ตัวแปร พบว่ามีตัวแปรต้น 2 ตัวแปร เข้าสมการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ ได้แก่ ความกลัวการคลอด และ การสนับสนุนทางสังคม โดยทั้ง 2 ตัวแปร สามารถอธิบายการเกิดสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 12.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R2 =.126, F =14.169, df=2, p< .001) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .355 โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ ±43.48 คะแนน (SEest= ±43.48)

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของกลุ่มตัวอย่างได้สูงสุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (b) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ 30.840 และ .199 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) รองลงมาคือ ความกลัวการคลอด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (b) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .741 และ .276 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) แสดงผลดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ระว่างตัวแปรที่สามารถทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (n = 200)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	β	t	p-value
ความกลัวการคลอดบุตร	-.741	.180	-.276	-4.125	.000
กาสนับสนุนทางสังคม	30.840	10.355	.199	2.978	.003
ค่าคงที่ = 206.731, SE_{est} = ±43.48					
$R = .355, R^2 = .126, F = 14.169, p < .01$					
สมการพยากรณ์คือ $Y_{\text{Childbirth self-efficacy}} = 206.731 + 30.84X_{\text{social support}} - 0.741X_{\text{fear of childbirth}}$					

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวการคลอด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= -.160, p<.05) อภิปรายได้ว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มาก จะมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดน้อย ตามแนวคิดของแบนดูรา สตรีที่เคยผ่านการตั้งครรภ์และการคลอดมาแล้วหลายครั้ง อาจรู้สึกว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์คับขันหรือเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของตนเองได้ จึงเกิดความรู้สึกไม่เชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถผ่านการคลอดไปได้ ทำให้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์น้อยลง (Lowe, 1991) และในสตรีตั้งครรภ์บางรายมีประสบการณ์ด้านลบในขณะคลอดจะทำให้มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดน้อย (Drummond & Rickwood, 1997) เช่น เกิดความไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์ มีความเจ็บปวดมากในระยะคลอด ผลในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของสควอร์ซและคณะ (Schwartz et al., 2015) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ โดยพบว่าสตรีที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.12, p<.001)

พบว่าอายุของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.4, p=.953) อภิปรายได้ว่า ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีอายุมากหรือน้อย จะยังคงมีสมรรถนะแห่งตนในคลอดอยู่ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-25 ปี ร้อยละ 31.0 รองลงอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 26.5 ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ผู้ใหญ่ที่มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้นถึงแม้ว่าจะเป็นสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงก็ตาม จึงทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด (Lowdermilk et al., 2016) ส่วนระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.107, p=.132) อภิปรายได้ว่าไม่ว่าระดับการศึกษาจะสูงหรือต่ำกลุ่มตัวอย่างยังคงมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอด เนื่องจากระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.5 ซึ่งข้อมูลไม่มีความแตกต่างในเรื่องของระดับการศึกษาจึงไม่พบความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสควอร์ซและคณะ (Schwartz et al., 2015) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ โดยพบว่า อายุของสตรีตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.05, p=.25, r=0.03, p=.37 ตามลำดับ) และระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.06, p=.14,

r=0.02, p=.66 ตามลำดับ) และรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.112, p=.113) อภิปรายได้ว่าไม่ว่ารายได้มากหรือน้อย กลุ่มตัวอย่างจะยังคงมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดอยู่ เมื่อพิจารณาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 44.5 ข้อมูลไม่มีความแตกต่างของรายได้จึงทำให้ไม่สัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของสุรวดี คัทสิงห์, วรรณี เดียวอิศเรศ และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์ (Kuttasing, Deoisres, & Siriarunrut, 2019) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.223, p<.05)

1.2 ความกลัวการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.353, p < .01) อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีความกลัวการคลอดน้อย จะมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดมาก กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์รู้สึกว่าการคลอดเป็นภาวะคับขันที่ตนต้องเผชิญ โดยจะเกิดความรู้สึกหรือการคาดคะเนเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองขณะคลอดล่วงหน้า แล้วมีความกลัวเกิดขึ้นได้ เช่น กลัวความเจ็บปวดในขณะคลอด กลัวเกิดปัญหาสุขภาพของทารกขณะคลอด หรือกลัวการตัดฝีเย็บก่อนคลอดทารกทางช่องคลอด เป็นต้น ซึ่งสตรีที่มีความกลัวการคลอดมาก จะทำให้ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการคลอดน้อยลง อาจแสดงพฤติกรรมในขณะคลอดไม่เหมาะสมหรือไม่เป็นไปตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ (Lowe, 2000) แต่ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีความกลัวการคลอดน้อย จะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความสามารถในการควบคุมความคิด พฤติกรรมและความรู้สึกเจ็บปวดได้ดี เช่น การให้กำลังใจตนเองขณะคลอด การผ่อนคลายส่วนต่างๆของร่างกาย การกำหนดลมหายใจเพื่อบรรเทาปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดได้ เป็นต้น (Salomonsson et al., 2013) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชวอรท์ซและคณะ (Schwartz et al., 2015) ที่ศึกษาสตรีตั้งครรภ์ในออสเตรเลีย พบว่าความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.49, p < .001) และการศึกษาในประเทศไทยของ ทิพวรรณ ทัพซ้าย ปิยะนุช ชูโต และนงลักษณ์ เฉลิมสุข (Tupsai, Xuto, & Chaloumuk, 2019) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอดและสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ พบว่าความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.46, p < .01)

1.3 ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.058, p>.413) อภิปรายได้ว่า ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ตามแนวคิดของมิลเลอร์ สมิทและโรสเทียน (Miller, Smith, & Rothstein,1993) กล่าวไว้ว่าความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจต่อแรงกดดันหรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้นทั้งจากภายในและภายนอกร่างกายของบุคคล ความเครียดที่เกิดขึ้นจะเกิดภายหลังจากรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่เป็นเชิงลบ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นสตรีที่มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์เป็นสิ่งเร้ากระตุ้นอยู่ตลอดเวลาทำให้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเกิดความเครียดได้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ หากบุคคลรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่มากระทบและสามารถปรับตัวได้จะมีความเครียดลดลงได้ (Heaman & Gupton, 2009) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเฮราแวนและราสช์กิ (Heravan & Rashki, 2021) ที่ศึกษาสตรีตั้งครรภ์ในอิหร่าน พบว่า ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.01, p=.817)

1.4 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .165, p < .05) อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดมาก ซึ่งตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) การสนับสนุนทางสังคมเป็น

ปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ที่เกิดความผูกพัน ความห่วงใยซึ่งกันและกัน จึงเกิดเป็นความช่วยเหลือระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคนขึ้น ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะเกิดความเชื่อมั่นในการคลอดและควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกได้อย่างเหมาะสม จะมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการคลอดมากขึ้น (Lowe, 2000) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของคาร์สัน ไซเกิร์ท และนิสเสน (Carlsson et al., 2015) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ($r = 0.227, p < .01$) และการศึกษาในประเทศไทยของทิพวรรณ ทัพซ้ายและคณะ (Tupsai et al., 2019) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดในสตรีตั้งครรภ์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ($r = .49, p < .01$)

2. อำนาจในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ ความกลัวการคลอดบุตร ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวการคลอดบุตร และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น .355 ปัจจัยความกลัวการคลอดบุตร และการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนร่วมในการทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดได้ร้อยละ 12.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R2 = .126$, F test=14.169, df=2, $p < .001$) โดยมีค่าความคลาดเคลื่อน ±43.48 อภิปรายได้ดังนี้

2.1 การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้สูงที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (b) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ 30.840 และ .199 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และเมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมกับการทำให้เกิดสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .165, p < .05$) ซึ่งแสดงว่าสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดมาก และการสนับสนุนทางสังคมยังมีอิทธิพลต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงด้วย อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความรัก ความห่วงใยที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างในด้านต่างๆทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากรและการให้คุณค่า (House, 1981) สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม ทั้งการได้เห็นตัวแบบหรือการรับฟังประสบการณ์จากผู้อื่น การได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เป็นต้น (Brown, 1986) จะเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง มั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องกระทำในระยะคลอดนั้นให้ประสบความสำเร็จได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ และมั่นใจว่าเมื่อแสดงพฤติกรรมนั้นๆในระยะคลอดแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lowe, 2000) เช่น การสนับสนุนจากคนในครอบครัวหรือเพื่อนที่คอยให้กำลังใจสตรีตลอดการตั้งครรภ์ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะสามารถทนต่อความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมและเชื่อมั่นว่าจะสามารถคลอดทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย (Carlsson et al., 2015) เป็นต้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ของ วาลิและคณะ (Mbwali et al., 2022) ศึกษาสตรีตั้งครรภ์ชาวอูกานดา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=2.274, CI 1.553-5.232, $p < .05$) และการศึกษาในประเทศไทยของสายฝน บ่อชน, จันทิมา ขนบดี และ จรัสศรี ธีระกุลชัย (Bouchon, Khanobdee, & Theerakulchai, 2019) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีครรภ์แรก พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดได้ร้อยละ 37

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=.20, p< .05)

2.2 ความกลัวการคลอดบุตรสามารถร่วมทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (b) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ -.741 และ .276 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และเมื่อพิจารณาความกลัวการคลอดกับการสมรรรถนะแห่งตนในการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.353, p < .01) ซึ่งแสดงว่าสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีความกลัวการคลอดมาก จะมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดน้อย และความกลัวการคลอดยังมีอิทธิพลต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงด้วย อธิบายได้ว่า ความกลัวการคลอด เป็นความรู้สึกไม่สบายใจของสตรีตั้งครรภ์ หรือความรู้สึกกลัวการคลอด เป็นการตอบสนองของความรู้สึกที่เกิดจากการรับรู้ว่าสิ่งจะเกิดขึ้นในอนาคตเกี่ยวกับการคลอดเป็นภัยคุกคามหรือเป็นอันตราย และอาจมาจากประสบการณ์เดิมของการตั้งครรภ์และการคลอดที่รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่เป็นภัยกับตนเอง (Wijma et al., 1998) เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกกลัวการคลอดมาก ทำให้มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดจะน้อย (Lowe, 2000) การลดความกลัวการคลอดจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญที่จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดมากขึ้น สามารถจัดการกับความคิด ความรู้สึกและแสดงพฤติกรรมเมื่อคลอดบุตรได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของคาร์ลสัน ไวเกิร์ท และนิสเสน (Carlsson et al., 2015) ที่ศึกษาสตรีตั้งครรภ์ชาวสวีเดน พบว่า ความกลัวการคลดบุตร มีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.59, p < .01) และการศึกษาในประเทศไทยของสายฝน บ่อชนและคณะ (Bouchon et al., 2019) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีครรภ์แรก พบว่า ความกลัวการคลอดสามารถร่วมทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอดได้ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=-.31, p< .05)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมและความกลัวการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง มีอิทธิผลต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอด พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางสูติกรรมที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและลดความกลัวการคลอดให้แก่สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง จะช่วยให้สตรีตั้งครรภเสี่ยงสูงมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาเมื่อเผชิญกับภาวะคับขันในขณะตั้งครรภ์และคลอดได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการศึกษาพยาบาล: เป็นข้อมูลในการจัดการเรียนการสอนพยาบาลด้านการผดุงครรภ์ โดยการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและลดความกลัวการคลอดให้แก่สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เพื่อให้นักศึกษาเกิดความตระหนักในความสำคัญของปัจจัยดังกล่าวที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายพื้นที่การศึกษาออกไประดับภูมิภาคหรือระดับประเทศ เพื่อให้ทราบถึงสมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในภาพกว้างมากขึ้น

2. ควรนำปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ได้แก่ ความกลัวการคลอด การสนับสนุนทางสังคม มาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาศักยภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนให้สามารถเผชิญกับการคลอดและแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคณะผู้ที่เกี่ยวข้องที่ช่วยให้คำแนะนำแนวทางการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก คุณศรีนวล เรืองเสือ หัวหน้าแผนกสูตินรีเวชกรรม (ฝากครรภ์) โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

Auntarin, S., Tachasuksri, T., & Supasrimanont, W. (2018). Factors Influencing Stress among Women with Gestational Diabetes Mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(1), 13-25. [In Thai].

Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

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. *JOGNN*, 36(5), 410-418.

Bostan, F.S., & Kabukcuoglu, k. (2022). Factors relating to childbirth self-efficacy among pregnant women: A CHAID analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 12, 1-8.

Bouchon, S., Khanobdee, C., & Theerakulchai, J. (2019). Factors predicting childbirth self-efficacy of first-time pregnant women. *Kuakarun Journal of Nursing*, 26 (1), 40-54. [In Thai].

Brown, M.A. (1986). Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimensional construct. *Nursing Research*, 35(1), 4–9.

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.

Drummond, J., & Rickwood, D. (1997). Childbirth confidence: Validating the childbirth self-efficacy inventory (CBSEI) in an Australia sample. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 613-622.

Heaman, M. I., & Gupton, A. L. (2009). Psychometric testing of the perception of pregnancy risk questionnaire. *Research in Nursing & Health*, 32(5), 493-503.

Heravan, M.B., &Rashki, S. (2021). The relationship of depression, anxiety and stress with childbirth self-efficacy in nulliparous pregnant women. *Advances in Nursing and Midwifery*, 30(2), 1-7.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.

Jiramanee, A., Baosoung, C., & Sansiriphun, N. (2021). Anxiety, childbirth experience and childbirth self-efficacy of pregnant women. *Nursing Journal*, 48(1), 245-256. [In Thai].

Khunkumhaeng, N. (2016). *Factors Related to Fear of Childbirth Among Hospitalized High-risk Pregnant Women*. Master Thesis (Nursing Science Midwifery), Chiang Mai university, Chiang Mai. [In Thai].

Klayjan, K. (2016). *Childbirth Self-Efficacy, Fatigue and Fear of Childbirth Among Primigravidas*. Master Thesis (Nursing Science Midwifery), Chiang Mai university, Chiang Mai. [In Thai].

Korukcu, O., Firat, M. Z., & Kukulu, K. (2010). Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnancy women. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 467-470.

Kuttasing, S., Deoisres, W., & Siriarunrut, S. (2019). Factors related to perceived childbirth self-efficacy in primiparous pregnant women. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(2), 104-114. [In Thai].

Leichtentritt, R.D., Blumenthal, N., Elyassi, A., & Rotmensch, S. (2005). High risk pregnancy and hospitalization: The women's voices. *Health & Social Work*, 30(1), 39-47.

Lowdermilk, D.L., Perry SE, Cashion K, &Alden KR. (2016). *Maternity and women's health care* (11th Ed.). ST. Louis. Missouri: Elsevier Health Sciences.

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 and Health*, 16(2), 141-149.

Lowe, N.K. (2000). Self-efficacy for labour and childbirth fear in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(4), 219-224.

Mahatnirunkul, S., Pumpaisanchai, W., & Tapanya, P. (1997). *Research Report Suanprung Stress*. Test-60. Chiang Mai: Suanphung Hospital. [In Thai].

Mbwali, I., Mbalinda, S.N., Kaye, D.K., &Ngabirano, T.D. (2022). Factors associated with low childbirth self-efficacy for normal birth amongst women attending an urban prenatal clinic in Eastern Uganda. *Midwifery*, 111, 1-7.

Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, Tapunya, P. (1997). Suanprung Stress Test-SPST-20. Chaing Mai: Suanprung hospital. [In Thai].

Ministry of Health. (2020). *KPI MONITORING 001: Thai maternal mortality ratio per 100,000 live births*. retrieved 15 August 2020 from http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1409&kpi_year=2563.

Miller, L.H., Smith, A.D., & Rothstein, L. (1993). *The stress solution: An action plan to manage the stress in your life*. New York: Pocket Books.

Niramitpasa, J. (2008). *Personal factors, self-esteem, social support, and psychosocial adjustment of pregnant women with advance age*. Master Thesis (Maternal and childcare), Mahidol university, Bangkok. [In Thai].

Phongpate, K. (2016). *Factors Predicting Stress Among Gestational Diabetic Women*. Master Thesis (Nursing Science Midwifery), Chiang Mai university. Chiang Mai. [In Thai].

Pilaikiat, R., & Lamloung, U. (2020). High-risk pregnant women's spiritual experiences. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(3), 121-138. [In Thai].

Polit, D.F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd Ed.). New Jersey: Pearson education inc.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice (9th Ed.). Wolters: Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Ryding, E.L., Wijma, B., Wijma, K., & Rydhstrom, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstertricia & Gynecologica Scandinavica*, 77(5), 542-547.

Salomonsson, B., Bertero, C., & Alehagen, S. (2013). Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42, 191-202.

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.

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 Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 85(10), 1200-1207.