

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ความกลัวการคลอด และการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดครั้งแรก Effects of a Self-Efficacy Promoting for Active Birth on Childbirth a Self-Efficacy, Fear of Childbirth, and Pain Coping Among Primiparous Women

กัลยาณี จันทกานนท์ (Kunlayanee Juntakanon)*

สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ (Supit Siriarunrat)**

ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา (Punyarat Lapvongwatana)***

Received: March 5, 2026

Revised: April 1, 2026

Accepted: May 8, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ความกลัวการคลอด และการเผชิญความเจ็บปวดใน

ผู้คลอดครั้งแรก ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลบ้านบึง ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึงมิถุนายน 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 27 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ในเวลา 4 สัปดาห์ ได้แก่ การชักจูงให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการคลอดด้วยตนเอง การฝึกร่างกายและการบรรเทาปวดเพื่อคลอดด้วยตนเอง การดูแลจิตใจที่มั่นคงแบบ การติดตามช่วยเหลือและให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนระยะคลอด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร (ฉบับ A และ B) และแบบวัดการเผชิญความเจ็บปวด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบทีแบบอิสระต่อกัน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

**Corresponding author: Supit Siriarunrat; E-mail: supits@go.buu.ac.th

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยบูรพา (Student, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapa University)

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapa University)

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapa University)

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดสูงกว่า มีความกลัวการคลอดน้อยกว่า และมีการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและใกล้เปิดหมดสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเมื่อทดสอบภายในกลุ่มพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดเพิ่มขึ้น และมีความกลัวการคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด โดยจัดการสอนสู่ศึกษาการเตรียมตัวคลอด และให้การดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติในระยะคลอด เพื่อลดความกลัวการคลอด เผชิญความเจ็บปวด และคลอดได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง, การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด, ความกลัวการคลอด, การเผชิญความเจ็บปวด, ผู้คลอดครรภ์แรก

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a childbirth self-efficacy enhancement program on childbirth self-efficacy, fear of childbirth, and pain coping among primiparous women receiving antenatal care at Ban Bung Hospital between September 2024 and June 2025. A total of 54 participants who met the inclusion criteria were recruited and assigned to an experimental group ($n = 27$) and a comparison group ($n = 27$).

The experimental group received a 4-week childbirth self-efficacy enhancement program consisting of verbal persuasion through education to foster knowledge and positive attitudes toward self-managed childbirth, physical training and pain relief techniques for natural childbirth, observational modeling videos, follow-up support and encouragement, and intrapartum support. The comparison group received routine nursing care. Data were collected using the Childbirth Self-Efficacy Questionnaire, the Fear of Childbirth Questionnaire (Versions A and B), and a Pain Coping Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, independent t-tests, and repeated measures analysis of variance.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher childbirth self-efficacy, lower fear of childbirth, and greater pain coping during the active and late phases of cervical dilation than the comparison group ($p < .01$). Within-group analysis also revealed that childbirth self-efficacy significantly increased and fear of childbirth significantly decreased in the experimental group after the intervention ($p < .01$).

These findings suggest that midwives should promote childbirth self-efficacy by providing childbirth preparation classes and supporting natural childbirth during labor to reduce fear of childbirth, enhance pain coping, and facilitate self-managed childbirth.

Keywords: Self-Efficacy Promoting for Active Birth Program, Childbirth a Self-Efficacy, Fear of Childbirth, Pain Coping, Among Primiparous Women

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด (Childbirth self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้คลอดในการควบคุม จัดการและเผชิญกระบวนการคลอดและความเจ็บปวดจากการคลอด (Lowe, 1991) แนวคิดนี้มีรากฐานจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความรู้สึกควบคุมสถานการณ์ ลดความกลัวและความวิตกกังวล ประเมินสถานการณ์เชิงบวก และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dammensek, Kantaraksa, & Chalermasuk, 2020) ส่งผลต่อความก้าวหน้าของการคลอดและประสบการณ์การคลอดที่ดีขึ้น

หญิงครรภ์แรกมีการรับรู้การคลอดเป็นภัยคุกคามและมีความกลัวสูงกว่าผู้ที่เคยคลอดมาก่อน (Siriarunrat, Suppasri, & Ross, 2014; Panthongchai, Yusamran, & Pahuwattanakorn, 2017) ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ (Ryding, Wijma, Wijma, & Rydhstrom, 1998) การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในหญิงครรภ์แรกจึงมีความสำคัญ งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Proyngern, Sangin, & Supasrimanont, 2015) ลดความกลัวการคลอด (Nooied, Chunuan & Phumdoung, 2023) และเพิ่มความสามารถในการเผชิญการคลอดได้ (Panthongchai et al., 2017; Budsangdee, & Chankhao, 2021)

แนวคิดการคลอดด้วยตนเอง (Active Birth) ของบาลาสกาส (Balaskas, 1992) เน้นความเป็นอิสระ การเคลื่อนไหวและการมีส่วนร่วมของสตรีในกระบวนการคลอด (Kovavisarach, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนการคลอดตามสรีรวิทยาโดยพยาบาลผดุงครรภ์ช่วยเสริมสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากแบบอย่าง การให้กำลังใจและการควบคุมอารมณ์ ซึ่งเป็นแหล่งสำคัญของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด

การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะดูแลส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถคลอดได้ด้วยตนเอง

อย่างเหมาะสม และลดความกลัวการคลอด ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ถูกนำมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดในประเทศไทย ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด โดยพบว่าสามารถช่วยลดความเจ็บปวด เพิ่มความสามารถในการเผชิญการคลอด และเพิ่มระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ (Proyngern et al., 2015; Phanthongchai et al., 2017; Budsangdee, & Chankhao, 2021) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาผลต่อความกลัวการคลอดโดยตรง นอกจากนี้ งานวิจัยที่ผ่านมาไม่มีการดำเนินโปรแกรมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงระยะคลอดจึงควรมีการพัฒนาและศึกษารูปแบบที่ครอบคลุมทั้งสองระยะต่อไป และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแม้งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราเป็นกรอบแนวคิด แต่ยังไม่พบการบูรณาการแนวคิดการคลอดด้วยตนเอง (Active Birth) เป็นกิจกรรมหลักของโปรแกรม ทั้งที่แนวคิดดังกล่าวส่งเสริมการมีส่วนร่วม การเคลื่อนไหว การเลือกท่าคลอด และการใช้เทคนิคเผชิญความเจ็บปวด ซึ่งสอดคล้องกับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนและการลดความกลัวการคลอด

ด้วยเหตุผลข้างต้นดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงระยะคลอดตั้งแต่ 4-8 สัปดาห์ ก่อนคลอดจนถึงระยะเจ็บครรภ์คลอด โดยประยุกต์ทฤษฎีของ Bandura และแนวคิดการคลอดด้วยตนเอง (Active Birth) ของบาลาสกาส (Balaskas, 1992) เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ลดความกลัว และส่งเสริมการคลอดทางช่องคลอดด้วยตนเอง ซึ่งคาดว่าจะช่วยสนับสนุนบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์และลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ความกลัวการคลอดและการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดครรภ์แรก

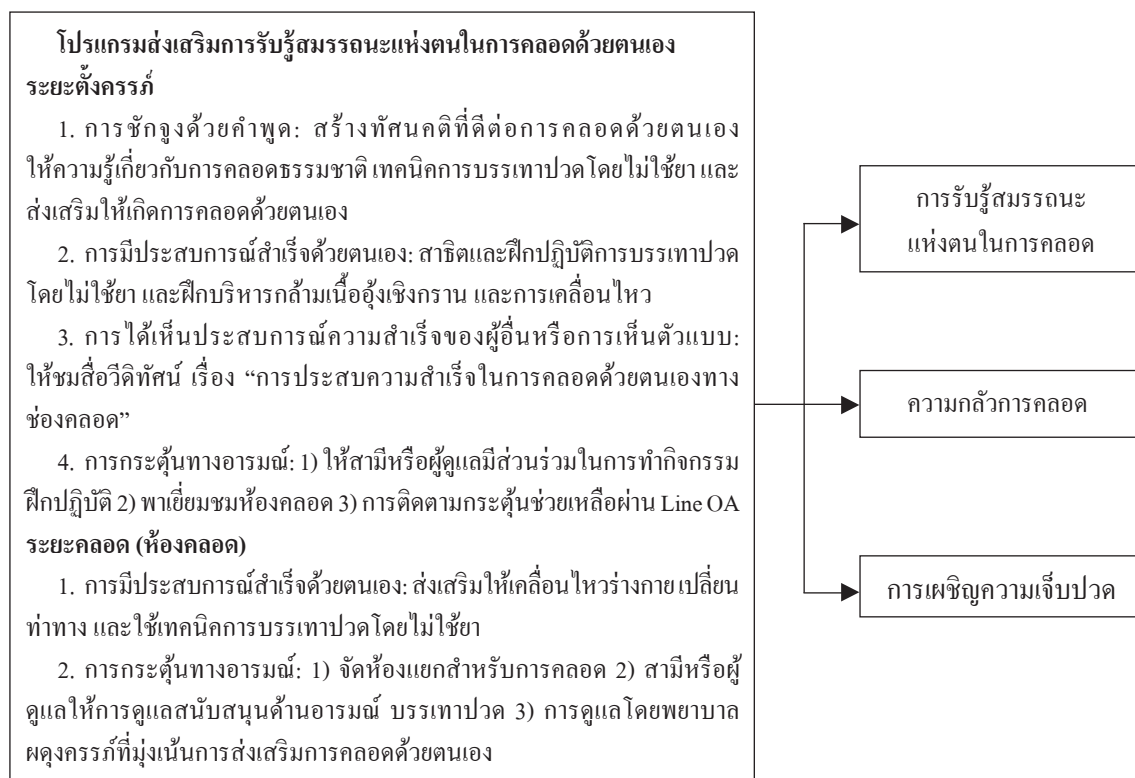
สมมติฐานในการวิจัย

1. ก่อนได้รับ โปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดและความกลัวการคลอด ไม่แตกต่างกัน
2. กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ระยะ 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด
3. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ระยะ 4 สัปดาห์และระยะหลังคลอดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
4. ก่อนได้รับ โปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความกลัวการคลอด ไม่แตกต่างกัน
5. กลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ระยะ 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด
6. กลุ่มทดลอง มีความกลัวการคลอด น้อยกว่าก่อนก่อนได้รับโปรแกรม ระยะ 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด

7. กลุ่มทดลองมีการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเริ่มเปิดเร็ว และปากมดลูกใกล้เปิดหมด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง โดยแหล่งของการสร้างและการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จาก 4 แหล่งการเรียนรู้ตามทฤษฎีของบาลาสคาส (Balaskas, 1992) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้คลอดครรภ์เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดเพิ่มมากขึ้น ลดความกลัวการคลอด และมีการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีขึ้น (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึงมิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ปกติ ที่ไม่เคยผ่านการคลอดบุตร ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์และคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านบึง ในปีงบประมาณ 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์และคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึงมิถุนายน 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวนทั้งหมด 62 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 31 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเลือกเข้ากลุ่ม คุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) อายุครรภ์ระหว่าง 32-34 สัปดาห์ 2) ไม่เคยผ่านการคลอดบุตร และไม่มีภาวะผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม 3) มีโทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟน และสามารถใช้งานสมาร์ตโฟนได้ 4) เฉพาะกลุ่มทดลอง มีสามีหรือผู้ดูแลที่สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรม และ 5) หญิงตั้งครรภ์และสามีหรือผู้ดูแลสามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนด้วยภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) มีภาวะผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม 2) เจ็บครรภ์คลอดและมาคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ มากกว่า 41 สัปดาห์ และ 3) เมื่อแรกรับในห้องคลอด ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 4 เซนติเมตร ขึ้นไป

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของผลโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความกลัวการคลอด และการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดครรภ์แรก (Proyngern et al., 2015) โดยใช้สูตรของกลาส (Glass, 1976 อ้างใน

Srisatidnarakul, 2004) ได้ค่าขนาดอิทธิพล 1.10 ซึ่งมากกว่าค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ 0.8 จึงปรับใช้ขนาดอิทธิพลเป็น 0.8 ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของด้วยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1 และกำหนดค่า Alpha = .05, Power = 0.9 ใช้สถิติ t-test และทดสอบแบบทางเดียว (One-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 ราย เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 31 ราย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง ดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ประกอบด้วย 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) ประสานการที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 3) การใช้ตัวแบบ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ ผู้วิจัยเป็นผู้ให้โปรแกรมด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ทำเป็นรายกลุ่มจำนวน 3-5 คน สื่อการสอนที่ใช้คือ แผนการสอน สื่อวิดีโอทัศน์ เรื่อง “การประสบความสำเร็จในการคลอดด้วยตนเองทางช่องคลอด” และคู่มือเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง “การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง”

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และความคาดหวังในการคลอดด้วยตนเอง

2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการคลอดสำหรับผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุครรภ์เมื่อมาคลอด ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ การเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับในห้องคลอด การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก การได้รับยาบรรเทาปวดในระยะคลอด

ระยะเวลาที่ใช้ในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด APGAR score ทารกแรกเกิดนาทีที่ 1 และ 5 ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด และปริมาณเลือดที่สูญเสียในระหว่างการคลอด

3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการแปลย้อนกลับจากแบบวัดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการคลอด (CBSEI) ของโลว์ (Lowe, 1993) แปลเป็นภาษาไทยโดย กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ (Tanglakmankhong, K., Perrin, N. A., & Lowe, N. K., 2011) มีจำนวน 16 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale คะแนนจาก 1 ถึง 10 คะแนน 1 คะแนน คือ ไม่มั่นใจว่าตนเองจะคลอดได้ ถึง 10 คะแนน คือ มั่นใจเลยว่าตนเองจะคลอดได้ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-160 คะแนน การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรภาคชั้นของลักษณะคำตอบเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดระดับต่ำ (15-44 คะแนน) ระดับปานกลาง (45-134 คะแนน) และระดับสูง (135-150 คะแนน) แบบสอบถามนี้มีการศึกษาหาความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

4) แบบสอบถามความกลัวการคลอดฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามได้รับการแปลย้อนกลับจากแบบสอบถามความกลัวการคลอด (W-DEQ) แปลเป็นภาษาไทยโดย นันทพร แสนศิริพันธ์ (Sansiriphun, 2013) แบบ A ใช้ประเมินในระยะตั้งครรภ์ และรูปแบบ B ใช้ประเมินระยะหลังคลอด มีจำนวน 33 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 6 ระดับ เป็นคำถามด้านบวก จำนวน 19 ข้อ และคำถามด้านลบ 14 ข้อ โดยคำถามด้านบวก ให้คะแนน 0-5 คะแนน จากไม่รู้สึกละเลยเท่ากับ 0 จนถึงระดับมากที่สุดเท่ากับ 5 ส่วนคำถามด้านลบให้คะแนนย้อนกลับ ผลรวมของคะแนนตั้งแต่ 0-165 คะแนน การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรภาคชั้นของลักษณะคำตอบเป็น 4 ระดับ ดังนี้ มีความกลัวการคลอดอยู่ในระดับต่ำ (0-37 คะแนน) ระดับปานกลาง (38-65 คะแนน) ระดับสูง (66-84 คะแนน) และมีความกลัวอยู่ในระดับรุนแรง (คะแนนตั้งแต่ 85 คะแนนขึ้นไป) แบบสอบถามนี้มีการนำไปทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

5) แบบวัดการเผชิญความเจ็บปวด เป็นมาตรวัดด้วยสายตา Visual analog scale (VAS) ใช้ประเมินการเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอด สเกลมีความยาว 10 เซนติเมตร ตัวเลขบนสเกล ตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้เลย และ 10 หมายถึง รู้สึกว่าตนเองสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำมาปรับแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้คลอดครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือผู้วิจัยโดยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดแบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร ฉบับ A (W-DEQ A) และ ฉบับ B (W-DEQ B) ไปทดลองใช้ (Try out) ในมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.97, 0.92 และ 0.70 ตามลำดับ สำหรับ แบบวัดการเผชิญความเจ็บปวดไม่ได้นำไปทดสอบความเที่ยง เนื่องจากแบบวัดนี้เป็นแบบวัด Visual analog scale (VAS) ที่วัดเป็นค่าตัวเลขด้วยคำถามข้อเดียว ซึ่งมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และเป็นเครื่องมือมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS027/2567 เลขที่ IRB3-070/2567 วันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลบ้านบึง อนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลวิจัย เมื่อได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อยินดี

เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจแล้วจึงให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ หลังได้รับรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการนำหนังสือขออนุญาตเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูลและขออนุญาตประสานกับพยาบาลวิชาชีพ ประจำแผนกฝากครรภ์และห้องคลอด ภายหลังได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงาน จากนั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัย 4 คน โดยอบรมวิธีเก็บข้อมูลและทดลองใช้แบบสอบถามร่วมกันจำนวน 3 ราย เพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ขั้นตอนการ หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด และแบบวัดความกลัวการคลอดในระยะตั้งครรภ์ ฉบับ A (W-DEQ A) ด้วยตนเอง (Pre-test)

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะตั้งครรภ์ (ระยะเวลา 4 สัปดาห์)

ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรก พบหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก ให้ความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการคลอดด้วยตนเอง เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ฝึกทักษะการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา การบริหารร่างกายกลัมนเนื้ออุ้งเชิงกรานและฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายระยะคลอด ชมสื่อวีดิทัศน์ต้นแบบผู้ประสบความสำเร็จในการคลอดด้วยตนเอง พาเยี่ยมชมห้องคลอด โดยในการทำกิจกรรมให้สามีหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน พร้อมจัดทำสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) และช่องทางสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน LINE เพื่อทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติที่บ้าน

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยติดตามผลและส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดให้กับหญิงตั้งครรภ์ผ่านทางแอปพลิเคชัน LINE เพื่อกระตุ้นให้รับชมวิดีโอ

และฝึกทักษะร่วมกับสามีหรือผู้ดูแล พร้อมการถ่ายคลิปวิดีโอ การฝึกทักษะที่ปฏิบัติจริง ส่งให้ผู้วิจัยผ่านทางแอปพลิเคชัน LINE และให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาที่พบ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมรายกลุ่มอีกครั้ง เพื่อทบทวนและฝึกทักษะการบรรเทาปวด การเคลื่อนไหว และเปลี่ยนท่าในระยะคลอด ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์จริงและอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด และเยี่ยมชมห้องคลอดซ้ำอีกครั้ง

ระยะคลอด (ห้องคลอด)

ภายหลังรับไว้ในห้องคลอด จัดให้อยู่ในห้องแยกสำหรับการคลอด มีความเป็นส่วนตัว โดยจัดให้สามีหรือผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอด โดยทำหน้าที่สนับสนุนทางอารมณ์ ช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวด และดูแลความสุขสบายของร่างกายภายใต้การให้คำแนะนำและการโค้ชของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยมีติดตามเยี่ยมเป็นระยะๆ ให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาข้อสงสัย พร้อมสาธิตและเสริมทักษะจนสามารถดูแลผู้คลอดได้อย่างมั่นใจ จนถึงระยะปากมดลูกเปิดหมดหรือเข้าสู่ระยะเบ่งคลอด ผู้วิจัยมุ่งเน้นการดูแลและะคลอดตามแนวทางการคลอดด้วยตนเอง คือ หลีกเลี่ยงการแทรกแซงทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น ได้แก่ การดื่มน้ำและอาหารโดยไม่มีข้อบ่งชี้ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยไม่จำเป็น พร้อมทั้งส่งเสริมให้เคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระ และไม่คิดเครื่องคิดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมทุก 1 ชั่วโมงในระยะ Latent phase และทุก 30 นาทีในระยะ Active phase หรือเมื่อสามีหรือผู้ดูแลมีปัญหาหรือไม่สามารถให้การดูแลได้ ผู้วิจัยจะช่วยเหลือหรือเป็นโค้ชให้สามีหรือผู้ดูแล จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด ในระยะเบ่งคลอด ให้ผู้คลอดเบ่งเอง ให้สามีหรือผู้ดูแลอยู่ด้วยและให้กำลังใจ ตลอดระยะเบ่งคลอด ไม่ตัดฝีเย็บโดยไม่จำเป็น ทั้งนี้กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลควบคู่กับการติดตามประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์มีการให้ความรู้ผ่าน QR code ในสมุดคู่มือสุขภาพแม่และเด็ก ครอบคลุมการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การนับลูกคืบ สัญญาณอันตรายและอาการใกล้คลอด ทางเลือกการคลอด การเตรียมตัวมาโรงพยาบาลและขั้นตอนการดูแลในห้องคลอดให้การดูแลตามมาตรฐานในระยะคลอด ประกอบด้วย การประเมินแรกรับการตรวจครรภ์ ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจภายใน ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ แนะนำสถานที่และอธิบายข้อปฏิบัติขณะอยู่โรงพยาบาล และการดูแลตามระยะของการคลอด ระยะ Latent phase ตรวจการหดตัวของมดลูกและฟังเสียงการเต้นหัวใจทารก ทุก 1 ชั่วโมง ตรวจภายใน ทุก 4 ชั่วโมง Monitor EFM ทุก 8 ชั่วโมง ส่วนระยะ Active phase และระยะ Transition phase ตรวจการหดตัวของมดลูกและฟังเสียงการเต้นหัวใจทารก ทุก 30 นาที ตรวจภายใน ทุก 2 ชั่วโมง และหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ร่วมกับการดูแลในระยะคลอดโดยใช้แนวทางการคลอดด้วยตนเอง (Active Birth) แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่อนุญาตให้สามีหรือญาติเข้ามาอยู่เป็นเพื่อน และห้องคลอดรวมไม่แยกเป็นสัดส่วน

การประเมินผลโปรแกรม ในระยะตั้งครรภ์ 4 สัปดาห์ หลังเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด และประเมินความกลัวการคลอด (W-DEQ A) (Post-test ครั้งที่ 1) ส่วนในระยะคลอด ผู้วิจัยให้ทั้งสองกลุ่มตอบประเมินการเผชิญความเจ็บปวด ครั้งที่ 1 เมื่อปากมดลูกเริ่มเปิดเร็ว (เปิดประมาณ 4-5 เซนติเมตร) และ ครั้งที่ 2 เมื่อปากมดลูกใกล้เปิดหมด (ปากมดลูกเปิดประมาณ 8-9 เซนติเมตร) ส่วนในระยะหลังคลอด ภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังคลอด ทั้งสองกลุ่ม ตอบการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด และประเมินความกลัวการคลอด (W-DEQ B) (Post-test ครั้งที่ 2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลผลลัพธ์ของการคลอดวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's Exact Test สถิติไคส์แควร์ (Chi-square) และสถิติการทดสอบสถิติทีแบบอิสระ (Independent t-test)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ความกลัวการคลอด และการเผชิญเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติทีแบบอิสระ (Independent t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด และความกลัวการคลอด โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่สูญหายระหว่างการดำเนินการวิจัย โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 4 ราย เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรอคลอด ทำให้ไม่สามารถคลอดด้วยตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการวิจัย ส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ เหลือกลุ่มละ 27 ราย รวมทั้งสิ้น 54 ราย จากจำนวนที่คำนวณได้กลุ่มละ 31 ราย

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 25.11 ± 5.01 ปี และอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.10 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ทั้งหมดมีสถานภาพสมรส มีความคาดหวังว่าสามารถคลอดได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 74.10 และ 63.00 ทั้งสองกลุ่มมาคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด โดยมีอายุครรภ์ 37-38 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 74.10 เมื่อแรกรับในห้องคลอด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด และไม่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ระยะที่ 1 ของการคลอดมีค่าเฉลี่ย 14.46 ± 6.42 ชั่วโมง และ 10.49 ± 5.30 ชั่วโมง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีภาวะตกเลือดหลังคลอด กลุ่มละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.70 ปริมาณเลือด

ที่สูญเสียทั้งหมดในระยะคลอดเฉลี่ย 110.74 ± 94.66 และ $3,110.56 \pm 362.80$ กรัม และทุกรายมีคะแนน Apgar มิลลิตรและ 136.67 ± 100.91 มิลลิตร ส่วนทารก นาทที่ 1 และ 5 อยู่ในช่วง 9-10 คะแนน มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ $3,003.15 \pm 421.99$ กรัม

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด และความกลัว การคลอด ระยะก่อนได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 54)

ตัวแปร	$\bar{X} \pm S.D.$		Independent t-test	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ		
	(n = 27)	(n = 27)		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด				
ก่อนได้รับโปรแกรม	91.37 $\pm$ 22.33	99.85 $\pm$ 22.05	-1.404	.166
4 สัปดาห์ หลังได้รับโปรแกรม	128.67 $\pm$ 14.49	97.19 $\pm$ 23.75	5.878	< .001
ระยะหลังคลอด	141.07 $\pm$ 13.70	86.85 $\pm$ 33.25	7.834	< .001
ความกลัวการคลอด				
ก่อนได้รับโปรแกรม	76.78 $\pm$ 19.41	64.93 $\pm$ 22.28	2.084	.042
ระยะ 4 สัปดาห์ได้รับโปรแกรม	48.93 $\pm$ 17.56	79.11 $\pm$ 21.70	-5.618	< .001
ระยะหลังคลอด	25.59 $\pm$ 9.81	84.56 $\pm$ 26.02	-11.016	< .001

*** p < .001

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนได้รับ โปรแกรมทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ไม่แตกต่างกัน ($p = .166$) 4 สัปดาห์หลังได้รับ โปรแกรมและระยะหลังคลอด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ของสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนความกลัวการคลอด ก่อนได้รับ โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .042$) แต่ระยะ 4 สัปดาห์หลังได้รับ โปรแกรม และระยะหลังคลอด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดน้อยกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดครั้งแรก ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 54)

ตัวแปร	$\bar{X} \pm S.D.$		Independent t-test	p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 27)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 27)		
ระยะปากมดลูกเริ่มเปิดเร็ว	5.26 ± 1.059	$3.93 \pm .917$	4.945	< .001
ระยะปากมดลูกใกล้เปิดหมด	2.33 ± 1.000	$1.26 \pm .944$	4.058	< .001

*** p < .001

จากตารางที่ 2 พบว่า การประเมินการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเริ่มเปิดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 4-5 เซนติเมตร) และระยะปากมดลูกใกล้เปิดหมด

(ปากมดลูกเปิด 7-8 เซนติเมตร) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด และความกลัวการคลอด ระยะเวลาก่อนได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ($n = 27$)

แหล่งความแปรปรวน	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	Fa	Sig
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด					
ภายในกลุ่ม	36138.741	1.542	23433.080	71.276	< .001
ความคลาดเคลื่อน	13182.593	40.097	328.764		
ความกลัวการคลอด					
ภายในกลุ่ม	35460.840	2	17730.420	95.261	< .001
ความคลาดเคลื่อน	9678.494	52	186.125		

F^a = Sphericity Assumed

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด และความกลัวการคลอด ระยะเวลาก่อนได้รับโปรแกรม ระยะ 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด มีค่าสูงขึ้นตามลำดับ ขณะที่ความกลัวการคลอดมีค่าเฉลี่ยลดลงตามลำดับ (ตารางที่ 1)

การอภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ไม่แตกต่างกัน เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สะท้อนว่าผู้คลอดครั้งแรก ยังไม่มีประสบการณ์การคลอด อาจยังขาดความมั่นใจในการเผชิญกระบวนการคลอด ส่งผลให้ระดับการรับรู้สมรรถนะในการคลอดทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่าง นอกจากนี้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีปัจจัยสนับสนุน เช่น อายุที่เหมาะสม สถานภาพสมรส และความคาดหวังว่าสามารถคลอด

ได้ด้วยตนเองสูง แต่ปัจจัยเหล่านี้ อาจยังไม่เพียงพอที่จะสร้างความแตกต่างด้านการรับรู้สมรรถนะได้ หากยังขาดประสบการณ์ตรงหรือการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด อย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตามภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ในระยะ 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้งสองระยะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตามแนวคิดการคลอดด้วยตนเองผ่านการเรียนรู้จาก 4 แหล่งของแบนดูรา (Bandura, 1997) ไม่ว่าจะเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีและให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดด้วยตนเอง ฝึกการบรรเทาปวด เผชิญความเจ็บปวด โดยไม่ใช้ยา และฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การเคลื่อนไหวร่างกายตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และเมื่อเข้ารับการดูแลที่ห้องคลอดผู้คลอดได้ปฏิบัติจริง ผู้คลอดเกิดการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ช่วยลดความ

ไม่แน่นอนและความกลัว ส่งเสริมให้ผู้คลอดเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญกับการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของซามาน และคณะ (Zaman et al., 2024) ที่พบว่า การจัดโปรแกรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์สามารถส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาที่ต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้จากการศึกษาที่ผู้คลอดสามารถนำความรู้และทักษะการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาและการเคลื่อนไหวอย่างอิสระไปใช้จริงจนเกิดประสบการณ์ความสำเร็จในการคลอดด้วยตนเอง ซึ่งเป็นแหล่งสำคัญของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน นอกจากนี้ การกระตุ้นทางอารมณ์ การสนับสนุนทางอารมณ์จากสามีหรือผู้ดูแล และการจัดสภาพแวดล้อมห้องคลอดที่เอื้อต่อความเป็นส่วนตัวช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล ส่งเสริมความมั่นใจและการควบคุมตนเอง ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดเพิ่มสูงขึ้นในระยะหลังคลอด ทั้งนี้ผลการศึกษาสะท้อนบทบาทสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและแนวคิดการคลอดด้วยตนเอง ต่อการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้คลอดอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับจันทนา โปรยงเงินและคณะ (Proyngern et al., 2015) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติช่วยเสริมการควบคุมตนเอง ความมั่นใจ และทัศนคติที่ดีต่อการคลอด โดยการสนับสนุนทางกายและอารมณ์ดังกล่าวเอื้อต่อการควบคุมอารมณ์และการคลอดตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นหัวใจของแนวคิด Active Birth และส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้คลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

2. กลัวการคลอด ผลการวิจัยพบว่า ระยะก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความกลัวการคลอดแตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 โดยกลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคล พบข้อน่าสังเกตว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองเป็นผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีอาชีพแม่บ้านและมีการศึกษาระดับปริญญาตรีสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ประมาณ 2 เท่า จึงเป็นไปได้ว่า หญิงที่มีการศึกษาสูงกว่ามักให้ความสำคัญต่อสุขภาพของตนเองมากกว่า (Alemu, Wudu, & Lakew, 2024) และการไม่ได้ทำงาน ทำให้มีเวลาสนใจกับสุขภาพของตนเองและทราบมากกว่าหญิงที่มีภาระรับผิดชอบเรื่องงาน (Kifle, Azale, Gelaw, & Melsew, 2017) ทำให้กลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอด มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม ระยะ 4 สัปดาห์หลังได้รับ โปรแกรม และระยะหลังคลอด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้งสองระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อที่ 5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง ช่วยลดความกลัวการคลอดลงได้ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมตามปกติ

ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้วิจัยซักถามด้วยคำพูด ให้ความรู้และสร้างทัศนคติต่อการคลอดด้วยตนเอง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการคลอดดังกล่าว สามารถช่วยลดความกลัวการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของซามาน และคณะ (Zaman et al., 2024) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด เมื่อผู้คลอดมีความรู้ว่าการคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ สามารถคลอดเองได้ ทำให้ผู้คลอดเกิดความคาดหวังว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมต่างๆ ควบคุมตนเองแลปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ สามารถลดความกลัวการคลอดได้ และส่งเสริมประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเองโดยให้ฝึกเทคนิคบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาและการบริหารร่างกายเพื่อเตรียมคลอด รวมทั้งส่งเสริมการเคลื่อนไหวอย่างอิสระในระยะคลอด การฝึกและการปฏิบัติดังกล่าวช่วยพัฒนาทักษะที่จำเป็น เสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและลดความกลัวการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของสตรีบิช และอายเออร์เล (Striebich & Ayerle, 2020) ที่พบว่า การให้ความรู้ควบคู่การฝึกปฏิบัติ เช่น การหายใจและการผ่อนคลาย สามารถลดความกลัวการคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาที่ต่างกัน ผลการวิจัยพบว่าระดับความกลัวการคลอดของกลุ่มทดลองลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนได้รับโปรแกรม ระยะ 4 สัปดาห์ หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 สะท้อนบทบาทสำคัญของการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อการลดความกลัวในผู้คลอดครั้งแรก ซึ่งมักเผชิญความกลัวจากสถานที่และประสบการณ์ที่ไม่คุ้นเคย การให้กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อน และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องช่วยเสริมความรู้สึกลดความกลัวความโดดเดี่ยว และส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการคลอด ดังนั้นการสนับสนุนด้านอารมณ์จึงมีความสำคัญมากในการลดความกลัวการคลอด (Khamchian, Adib-Hajbaghery, Heydari-Khayat, Rezaei, & Sabery, 2020) สอดคล้องกับผลการศึกษานิตยา พรหมกันทา และคณะ (Promkunta, Baosoung, & Sansiriphun, 2020) ที่พบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ โดยการใช้คำพูดเพื่อให้กำลังใจ ส่งผลให้ผู้คลอดมีกำลังใจ เกิดความมั่นใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด การอยู่เป็นเพื่อนทำให้ผู้คลอดรู้สึกได้รับการดูแลเอาใจใส่ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ส่งผลต่อสภาวะอารมณ์ของผู้คลอดทางด้านบวก สามารถช่วยลดความกลัวการคลอดได้ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าระยะหลังคลอดกลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอดต่ำลงมากที่สุด เนื่องจากการผ่านประสบการณ์คลอดจริงอย่างปลอดภัยและได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยลดความกลัวจากการคาดการณ์ล่วงหน้า และเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้ความกลัวการคลอดลดลงตามธรรมชาติในระยะหลังคลอด

3.การเผชิญความเจ็บปวด พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเริ่มเปิดเร็ว และปากมดลูกใกล้เปิดหมด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 7 แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองช่วยให้ผู้คลอดครั้งแรกสามารถเผชิญความเจ็บปวดระหว่างการคลอด และจัดการกับความเจ็บปวดจากการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ตัวแปรส่วนบุคคล เช่น ระดับการศึกษา รายได้ และความคาดหวังในการคลอดด้วยตนเองอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถ

ในการเผชิญความเจ็บปวด โดยผู้คลอดที่มีระดับการศึกษาและรายได้ที่เหมาะสม มักมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและการเตรียมความพร้อมที่ดีส่งผลให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่ความคาดหวังในการคลอดด้วยตนเองสะท้อนถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้คลอดสามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้ดียิ่งขึ้น จากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดธรรมชาติ เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการฝึกทักษะ ทำให้ผู้คลอดมีการประเมินและการแปลความหมายเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ไปในทางบวก ลดความกลัว อันเป็นปัจจัยส่งเสริมให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดีขึ้น สอดคล้องการศึกษานิวัฒน์ พูนตรแสงดี และชลดา จันทร์ขาว (Budsangdee & Chankhao, 2021) ที่พบว่า การใช้แอปพลิเคชันเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการเข้าสู่การคลอด การฝึกปฏิบัติทักษะบรรเทาอาการเจ็บปวดจนเกิดประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง การเรียนรู้จากตัวแบบ และการได้รับคำชักจูงรวมทั้งการให้ข้อมูลแนวทางการเตรียมตัวคลอดและกำลังใจ ช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้คลอด ส่งผลให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดระหว่างคลอดได้ดีขึ้น

นอกจากนี้การจัดกิจกรรมการกระตุ้นทางอารมณ์โดยให้สามีหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะคลอด ส่งผลให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น มีความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บปวดมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัศราภรณ์และปรียารณวิบูลย์วงศ์ (Pumek & Vibulwong, 2017) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดระหว่างการคลอดได้ดีขึ้นเช่นเดียวกัน ผู้วิจัยยังส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองกระตุ้นใช้เทคนิคบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา การใช้ท่าทางและเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสมซึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอดลดความเจ็บปวด และลดเวลาคลอด ส่งผลให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดมากยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการเตรียมความพร้อมทั้งทางกาย

และจิตใจของผู้คลอดครั้งแรก ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ทำให้เผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสม และนำไปสู่ประสบการณ์การคลอดที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง ร่วมกับตามแนวคิดการคลอดด้วยตนเอง มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมความพร้อมทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ผ่านให้ความรู้และการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลหรือมีความกลัวการคลอดสูง รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดีมาก่อน

2. โรงพยาบาลจัดให้มีบริการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการคลอดปกติตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงระยะคลอด โดยหน่วยบริการผดุงครรภ์สามารถนำแนวคิดของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ไปบูรณาการกับกิจกรรมการให้ความรู้ก่อนคลอด รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีหรือผู้ดูแล ในการสร้างความเชื่อมั่นการคลอด และลดความกลัวของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนในหออคลอดประยุกต์ในการส่งเสริมการคลอดปกติตามแนวคิดการคลอดด้วยตนเอง ให้การสนับสนุนทางด้านร่างกายอารมณ์ให้เกิดความเชื่อมั่นและเผชิญการคลอดได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ของการคลอด เช่น เปรียบเทียบอัตราการคลอดทางช่องคลอด ระยะเวลาการคลอด ภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิด รวมทั้งขยายการศึกษาไปยังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่นๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือสตรีที่มีประสบการณ์คลอดไม่ดี เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทที่หลากหลาย

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบออนไลน์ หรือสื่อดิจิทัล เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงความรู้ และฝึกทักษะการจัดการความเจ็บปวดได้สะดวกมากขึ้น และสามารถส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การสุ่มหาของของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัย โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการสุ่มหาของกลุ่มละ 4 ราย เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนขณะรอคลอด ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการคลอดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้

2. จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ลดลงจากที่คำนวณไว้ (จากกลุ่มละ 31 ราย เหลือกลุ่มละ 27 ราย) ซึ่งอาจส่งผลต่ออำนาจการทดสอบทางสถิติ และความแม่นยำในการตรวจจับความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

3. ปัจจัยแทรกซ้อนทางสถิติที่เพิ่มขึ้นระหว่างการวิจัย ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ อาจมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- Alemu, C., Wudu, H., & Lakew, S. (2024). Fear of childbirth and its associated factors among pregnant women in Dejen Woreda, East Gojjam Zone, Northwest Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *Scientific Reports*, 14(1), 9319. Retrieved from <https://doi.org/10.1038/s41598-024-58855-5>.
- Balaskas, J. (1992). *Active birth: The new approach to giving birth naturally*. Boston, MA: Harvard Common Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Budsangdee, B., & Chankhao, C. (2021). Effect of using an application for enhancing childbirth self-efficacy to cope with labor pain and perception of the childbirth experience of nulliparous pregnant adolescents. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 241-255. [In Thai].

- Dammensek, P., Kantaraksa, K., & Chalernsuk, N. (2020). Effectiveness of promoting childbirth self-efficacy among pregnant women: A systematic review. *Nursing Journal CMU*, 47(4), 203-215. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/247943>.
- Khamehchian, M., Adib-Hajbaghery, M., Heydari-Khayat, N., Rezaei, M., & Sabery, M. (2020). Primiparous women's experiences of normal vaginal delivery in Iran: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 259. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02954-4>.
- Kifle, D., Azale, T., Gelaw, Y. A., & Melsew, Y. A. (2017). Maternal health care service seeking behaviors and associated factors among women in rural Haramaya District, Eastern Ethiopia: A triangulated community-based cross-sectional study, *Reproductive Health*, 14(6), 1-11. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0270-5>
- Kovavisarach, E. (2016). *How to give birth?*. Bangkok: Tatata Publication. [In Thai].
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/9781119013563>.
- Lowe, N. K. (1991). Maternal confidence in coping with labor: A self-efficacy concept. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 20(6), 457-463. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1991.tb01711.x>.
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing & Health*, 16(2), 141-149. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/nur.4770160209>.
- Nooied, B., Chunuan, S., & Phumdoung, S. (2023). Effectiveness of a nurse-led program to enhance self-efficacy of pregnant adolescents and reduce their fear of childbirth: A randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 27(1), 4-18. Retrieved from <https://doi.org/10.60099/pnr.2023.260325>.
- Panthongchai, S., Yusamran, C., & Pahuwattanakorn, W. (2017). Effects of self-efficacy enhancing program during childbirth on pain coping behavior in nulliparous women. *Kuakarun Journal of Nursing*, 24(1), 130-146. [In Thai].
- Pumek, S., & Vibulwong, P. (2017). The role of husbands in caring for their wives during labor. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(3), 166-177. [In Thai].
- Promkunta, N., Baosoung, C., & Sansiriphun, N. (2020). Effects of social support on fear of childbirth among primiparous women. *Nursing Journal CMU*, 47(3), 40-49. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/245706>.
- Proyngern, C., Sangin, S., & Supasrimanont, W. (2015). Effects of a self-efficacy enhancement program for childbirth on child birth self-efficacy and self-control during labor among primiparous women. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University*, 23(1), 1-13. [In Thai].
- Ryding, E. L., Wijma, B., Wijma, K., & Rydhström, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 77(5), 542-547.
- Sansiriphun, N. (2013). Fear of childbirth. *Nursing Journal*, 40(Suppl), 103-112. [In Thai].

- Siriarunrat, S., Suppasri, P., & Ross, R. (2014). Coping strategies with labor pain among first-time mothers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 22(3), 56-68. [In Thai].
- Srisatidnarakul, B. (2004). *Effect size, power analysis, and appropriate sample size calculation using the GPower program**. Bangkok: Chulalongkorn University Book Center. [In Thai].
- Striebich, S., & Ayerle, G. M. (2020). Fear of childbirth (FOC): Pregnant women's perceptions of the impending hospital birth and coping resources-a reconstructive study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 41(3), 231-239. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1657822>.
- Tanglakmankhong, K., Perrin, N. A., & Lowe, N. K. (2011). Childbirth self-efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: Psychometric properties of Thai language versions. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 193-203. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05479.x>.
- Budsaendee, B., & Chankhao, C. (2021). Effect of using an application for enhancing childbirth self-efficacy to cope with labor pain and perception of the childbirth experience of nulliparous pregnant adolescents. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 241-255. [In Thai].
- Zaman, A., Fadlalmola, H. A., Ibrahim, S. E., Ismail, F. H., Abdelwahed, H. H., Ali, A. M., ... Saad, A. M. (2025). The role of antenatal education on maternal self-efficacy, fear of childbirth, and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Midwifery*, 9(3), 1-6. Retrieved from <https://doi.org/10.18332/ejm/200747>.