



ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์หลัง Factors Affecting Perceived Self-Efficacy in Coping with Labor Pain among Multiparous Pregnant Women

พิมลดา ลัดดางาม* วรณทนา ศุภสีมานนท์** วรณิ เตียววิศเรศ***

Pimlada Luddangam,* Wantana Suppaseemanont,** Wannee Deoisres***

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province

** , *** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

** , *** Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province

** Corresponding Author: suppasee@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์หลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์หลังที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 128 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก รวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกของผู้วิจัย และแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างทำด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์หลังมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดอยู่ในระดับสูง ($M = 7.11, SD = 0.56, Range = 1 - 10$) จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน พบว่า จำนวนครั้งของการคลอดในอดีต ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในอดีต เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ ร่วมกันอธิบายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด คิดเป็นร้อยละ 27.9 ($R^2 = .279, F_{5,122} = 9.46, p < .001$) อย่างไรก็ตามมีปัจจัยเพียง 2 ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด คือ การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ ($\beta = 0.37, t = 4.32, p < .001$) และความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ ($\beta = -0.26, t = -3.17, p < .01$)

Received: July 30, 2019; Revised: December 11, 2019; Accepted: December 12, 2019



ผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรประเมินหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและเป็นแนวทางในการลดความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ ที่จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด อันจะนำไปสู่การมีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ดี

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์หลัง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

Abstract

This study had design as predictive research. Its objectives were to examine perceived self-efficacy in coping with labor pain, and to investigate factors affecting perceived self-efficacy on coping with labor pain among multiparous pregnant women. Participants consisted of 128 multiparous pregnant women who attended antenatal care (ANC) clinics and met study inclusion criteria. They were selected by convenience sampling. Data were collected by researcher's record form and participants' self-report questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics and standard multiple regression analysis.

Study resulted that multiparous pregnant women had perceived self-efficacy in coping with labor pain at a high level ($M = 7.11$, $SD = 0.56$, Range = 1-10). From results of standard multiple regression analysis; parity, satisfaction with previous childbirth experience, attitude toward pregnancy, anxiety during pregnancy, and social support during pregnancy accounted for 27.9% of the variance in perceived self-efficacy of coping with labor pain ($R^2 = .279$, $F_{5,122} = 9.46$, $p < .001$). However, only two factors significantly affected perceived self-efficacy in coping with labor pain: social support during pregnancy ($\beta = 0.37$, $t = 4.32$, $p < .001$) and anxiety during pregnancy ($\beta = -0.26$, $t = -3.17$, $p < .01$).

Findings suggest that ANC nurses would assess pregnant women about their social support and anxiety during pregnancy. Then, nurses encourage women to have social support and help them decrease their anxiety in order to increase their perceived self-efficacy of coping with labor pain. This might lead pregnant women to have positive pregnancy outcomes.

Keywords : multiparous pregnant women, perceived self-efficacy in coping with labor pain

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเองทางช่องคลอดส่งผลดีต่อมารดาและทารก ผลดีต่อมารดา คือ มารดาารู้สึกภูมิใจที่สามารถคลอดบุตรด้วยตนเองได้ ฟื้นตัวเร็วกว่า

มีการติดเชื่อน้อยกว่า ระยะเวลาที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลน้อยกว่า มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า สามารถให้นมแม่ได้ทันทีทำให้มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด และมีแนวโน้มที่จะคลอดเองโดยไม่ต้องผ่าตัดคลอดในครรภ์ถัดไป



ผลดีต่อทารก คือ ทารกได้รับภูมิคุ้มกันจาก โพรไบโอติกที่อยู่ในช่องคลอดมารดาและลดภาวะ หายใจลำบากในทารกแรกเกิด¹

ในระยะคลอด ผู้คลอดมีการเปลี่ยนแปลง สำคัญที่ทำให้ทารกคลอดออกมาทางช่องคลอด คือ การเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดการ เจ็บครรภ์คลอด คือ เมื่อใกล้คลอดฮอร์โมน Oxytocin และ Prostaglandin จะเพิ่มขึ้น มีผลให้กล้ามเนื้อ มดลูกส่วนบนหดรัดตัว แต่กล้ามเนื้อมดลูก ส่วนล่างยืดทำให้ปากมดลูกบางตัวและเปิดขยาย ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำ กล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน/ ช่องคลอด/ฝีเย็บยืดขยาย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์² โดยระดับการเจ็บครรภ์ เปลี่ยนแปลงไปตามความถี่และความรุนแรงของ การหดรัดตัวของมดลูกควบคู่ไปกับความก้าวหน้า ของการคลอด³ ผู้คลอดทางช่องคลอดจึงจำเป็นต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด โดยผู้คลอด บางรายไม่สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ อย่างเหมาะสม

การเผชิญ การเจ็บครรภ์คลอดที่ไม่ เหมาะสมมีผลเสียต่อมารดาทั้งระยะสั้นและระยะ ยาว ผลเสียต่อมารดาในระยะสั้น คือ หากผู้คลอด มีความกลัวในระดับสูงจากการเจ็บครรภ์คลอด ระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic จะถูกกระตุ้น มีการหลั่ง Catecholamines เข้าไปในกระแสเลือด ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนและส่วนล่างทำงาน ไม่สัมพันธ์กัน มดลูกส่วนบนหดรัดตัวรุนแรง ทำให้ เจ็บครรภ์คลอดอย่างรุนแรง แต่การหดรัดตัวที่ รุนแรงของมดลูกนั้นไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า² ผลเสียต่อมารดา ในระยะยาว คือ ผู้คลอดอาจมีประสบการณ์การ คลอดที่ไม่ดี ส่งผลให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอด เองทางช่องคลอดในครรภ์ต่อไป⁴

นอกจากนี้การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ที่ไม่เหมาะสมของมารดาส่งผลเสียต่อทารกทั้ง

ระยะสั้นและระยะยาว ผลเสียต่อทารกระยะสั้น คือ หากมารดาถ่วงการเจ็บครรภ์มาก ร่างกาย มารดาหลังฮอร์โมน Catecholamines ทำให้ เส้นเลือดทั่วร่างกายหดรัดตัว เลือดไหลเวียนไปสู่รก และทารกลดลง ส่งผลให้ทารกในครรภ์มีภาวะ เลือดเป็นกรดและขาดออกซิเจนได้⁵ ส่วนผลเสีย ต่อทารกระยะยาว คือ หากมารดาไม่พึงพอใจกับ ประสบการณ์การคลอด ทำให้มารดาหลังคลอดมี ความเครียด มีอารมณ์เศร้า หรือมีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้มารดามีสัมพันธภาพกับบุตรไม่ดี ไม่ สามารถเลี้ยงดูบุตร ทำให้บุตรมีปัญหาทาง พฤติกรรม สร้างปัญหาให้กับสังคมได้⁶

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของ โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดในหญิง ตั้งครรภ์แรก พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีความกลัว การคลอดน้อยกว่า มีพฤติกรรมการเผชิญความ เจ็บปวดในระยะคลอดเหมาะสมกว่า และมีความ พึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่าหญิง ตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ⁷ ซึ่ง พฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดเป็น พฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรมหนึ่ง

Bandura กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล (ปัญญา อารมณ์ ร่างกาย) และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (สถานการณ์ สิ่งแวดล้อม) ซึ่งการรับรู้ความ สามารถของตนเอง (เป็นปัจจัยส่วนบุคคล) เป็น กระบวนการทางปัญญาที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมุ่งมั่น การรับรู้ ความสามารถของตนเองเป็นความคาดหวังของ บุคคลต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancy) และต่อความสามารถ ในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ (Efficacy expectancy)⁸ การศึกษานี้เลือกศึกษาปัจจัยส่วน บุคคล (Personal factor) คือ จำนวนครั้งของการ



คลอดในอดีต ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในอดีต เจตคติต่อการตั้งครรรค์ ความวิตกกังวลขณะตั้งครรรค์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอด และเลือกศึกษาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Environment factor) คือ การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรรค์ เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน

ซึ่ง Lowe ได้ประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura มาใช้ในผู้คลอด โดย Lowe กล่าวว่า หากหญิงตั้งครรรค์รับรู้ความสามารถของตนเองหรือเชื่อมั่นในตนเองว่าจะเผชิญกับการเจ็บครรรค์คลอดได้ จะสามารถเผชิญกับการเจ็บครรรค์คลอดได้อย่างเหมาะสม โดยการเรียนรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอด ประกอบด้วย ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancy) ของการเผชิญการเจ็บครรรค์ และความคาดหวังว่าตนเองจะปฏิบัติพฤติกรรม (Efficacy expectancy) การเผชิญการเจ็บครรรค์คลอดได้⁹

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยด้านจำนวนครั้งของการคลอดในอดีต ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในอดีต เจตคติต่อการตั้งครรรค์ การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวลมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอด ซึ่งการเรียนรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนครั้งของการคลอด¹⁰ ประสบการณ์การคลอดในอดีตที่ดี¹¹ เจตคติที่ดีต่อสถานการณ์นั้นๆ¹² และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม¹³ แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล¹⁴

จากการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอดที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ การศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในการคลอดในหญิงตั้งครรรค์แรก^{11,15} และครรรค์หลัง¹¹ การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอดระหว่างหญิงตั้งครรรค์แรกและครรรค์หลัง¹⁰ ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับการเรียนรู้ความสามารถของตนเองในการคลอดเฉพาะในหญิงตั้งครรรค์แรก¹⁶ แต่ผู้วิจัยยังไม่พบว่าประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอด และไม่พบว่ามีการศึกษาการเรียนรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอดในหญิงตั้งครรรค์หลังเช่นกัน ซึ่งหญิงตั้งครรรค์หลังบางรายอาจมีการรับรู้ว่าจะตนเองมีความสามารถต่ำในการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอดนำไปสู่การมีพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอดที่ไม่เหมาะสม (เช่น ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร โกรธหรือร้องไห้) นำไปสู่ผลลัพธ์ของการตั้งครรรค์ไม่ดี (เช่น คลอดยาวนาน คลอดยาก ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน อาจต้องผ่าตัดคลอด เป็นต้น)³ และนำไปสู่การมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่สูงขึ้น

ปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทั่วโลกมีอัตราสูงกว่าอัตราที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ร้อยละ 15 สาเหตุที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงเนื่องจากเหตุผลทางสูติกรรม ความต้องการผ่าตัดคลอดของมารดา (ที่เกิดจากความกลัวการเจ็บปวด คำนึงถึงความสะดวกและถูกขยยาม)¹⁷ ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 - 2559 ประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดคลอดเฉลี่ยร้อยละ 32.70¹⁸ โดยโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสถิติการผ่าตัดคลอดที่สูง คือ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลมหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ คิดเป็นร้อยละ 49.87¹⁹, 63.50²⁰ และ 57.05²¹ ตามลำดับ ซึ่งอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงนั้นอาจรวมถึงการที่ผู้คลอดครรรค์



หลังที่เคยคลอดเองทางช่องคลอด ไม่ประสงค์ที่จะคลอดทางช่องคลอดอีก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของปัจจัยด้านจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ในอดีต ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในอดีต เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์หลัง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้มีการรับรู้ที่เหมาะสมเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ (Pregnancy outcomes) ที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์หลัง
2. เพื่อศึกษาผลของปัจจัยด้านจำนวนครั้งของการคลอดในอดีต ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในอดีต เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์หลัง

สมมติฐานการวิจัย

จำนวนครั้งของการคลอดในอดีต ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในอดีต เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ ร่วมกันอธิบายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์หลัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ ได้มาจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura⁸ ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นกระบวนการทางปัญญาที่จะทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมุ่งมั่น ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการที่บุคคลมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancy) และมีความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Efficacy expectancy) โดยการศึกษานี้ได้เลือกศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล คือ จำนวนครั้งของการคลอดในอดีต ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในอดีต เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และเลือกศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสภาพแวดล้อม คือ การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์

จำนวนครั้งของการคลอดในอดีตมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด หญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการคลอดทางช่องคลอดหลายครั้ง มีแนวโน้มที่จะมีความเชื่อมั่นหรือมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดสูง¹⁰

ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในอดีตมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์การคลอดทางช่องคลอดที่ดีมีแนวโน้มที่พร้อมจะเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด¹¹



เจตคติมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อสถานการณ์ที่เผชิญ มีแนวโน้มที่จะมีความเชื่อมั่นหรือรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการเผชิญสถานการณ์นั้นสูง¹²

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ที่มีความวิตกกังวลสูง มีแนวโน้มที่จะมีความเชื่อมั่นหรือมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ¹⁴

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด มีแนวโน้มที่จะมีความมั่นใจในการเผชิญการเจ็บครรภ์สูง¹³

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research)

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์หลังที่รับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์หลังที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) อายุครรภ์ 34 - 40 สัปดาห์ 3) ตั้งครรภ์ทารกคนเดียว (Singleton) ทารกในครรภ์มีสุขภาพดี 4) ไม่เคยผ่าตัดคลอด 5) เคยผ่านการคลอดทางช่องคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง 6) ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง หรือตกเลือดก่อนคลอดขณะตั้งครรรภ์นี้ หรืออาจมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรรภ์ที่ไม่รุนแรง (เช่น เป็นเบาหวานขณะตั้งครรรภ์ชนิดรักษาด้วยการควบคุมอาหาร : GDM A1 เป็นพาหะธาลัสซีเมียชนิดที่ไม่รุนแรง) 7) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้คล่องทั้งอ่าน เขียน และพูด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.0.1²² โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางสำหรับสถิติ Multiple regression เท่ากับ 0.15²³ ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า .05 อำนาจการทดสอบ (Analysis power) เป็น .90 ได้กลุ่มตัวอย่าง 116 ราย และมีการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10²⁴ ได้กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้ จำนวน 128 ราย

การได้มาซึ่งแหล่งในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาล 3 โรงพยาบาลจากโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบบสะดวก (Convenience sampling) ได้แหล่งเก็บข้อมูล คือ แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 แห่งที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้มาจากการเลือกตามความสะดวก (Convenience sampling) ผู้วิจัยได้คำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจากประชากร²⁵ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ จำนวน 32, 32 และ 64 ราย ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึก ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วัดโดยแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยสอบถามหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับ อายุ ศาสนา วุฒิการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สมาชิกในครอบครัว รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนผู้วิจัยบันทึกจำนวนครั้งของการตั้งครรรภ์ จำนวนบุตรมีชีพ และอายุครรภ์



6. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด วัดโดยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด (Childbirth self-efficacy inventory : CBSEI) สร้างโดย Lowe¹⁰ แปลเป็นไทยด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ โดย กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ²⁹ แบบสอบถามนี้ถามการรับรู้ความสามารถของตนเองที่แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (Outcome expectancy ทั้งในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว [Active labor] และระยะที่ 2 ของการคลอด [Second stage]) และความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (Efficacy expectancy ทั้งในระยะ Active labor และ Second stage of labor) ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามทั้ง 2 องค์ประกอบ คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ และความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด แต่เลือกศึกษาเฉพาะระยะ Active labor แบบสอบถามนี้ถามหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด 14 ข้อที่เป็นแบบวัดชนิด Rating scale ให้ตอบ 10 ระดับ ตั้งแต่ วิธีนั้นไม่ช่วยในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดเลย (1 คะแนน) ถึง วิธีนั้นช่วยในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมากที่สุด (10 คะแนน) และถามเกี่ยวกับความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด 14 ข้อที่เป็นแบบวัดชนิด Rating scale ให้ตอบ 10 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถทำกิจกรรมนั้นได้ในขณะเจ็บครรภ์ (1 คะแนน) ถึง มั่นใจอย่างยิ่งว่าจะสามารถทำกิจกรรมนั้นได้ในขณะเจ็บครรภ์ (10 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามนี้ มีค่าอยู่ระหว่าง 28 - 280 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของ

ตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดสูง ซึ่งข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดแบ่งตามคะแนนเฉลี่ย (1 - 10) เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ กัลยา วาณิชย์บัญชา³⁰ คือ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1 - 3.99 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 4 - 6.99 คะแนน) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 7 - 10 คะแนน)

แบบสอบถามนี้มีการทดสอบความตรงของเนื้อหาเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยการหาความสัมพันธ์ของแบบสอบถามทั้งฉบับของต้นฉบับภาษาอังกฤษและฉบับแปลเป็นไทยกับแบบวัดที่มีแนวคิดตรงข้ามกัน (ในที่นี้ คือ แบบวัดความกลัวการคลอด) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของทั้งต้นฉบับและฉบับแปลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการคลอด ($p < .01$) สำหรับการทดสอบความเที่ยงในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ของวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของฉบับภาษาอังกฤษ ฉบับภาษาไทย และในการศึกษานี้เป็น 0.86, 0.89, และ 0.93 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามด้านความคาดหวังในการปฏิบัติพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของฉบับภาษาอังกฤษ ฉบับภาษาไทย และในการศึกษานี้เป็น 0.93,¹⁰ 0.92,²⁹ และ 0.95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย (ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลมหาสารคาม) ได้เตรียมผู้ช่วยนักวิจัย 2 คนที่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 1 คน (ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด) และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 1 คน (ทำหน้าที่เก็บรวบรวม



ข้อมูลที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์) โดยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และซักซ้อมเกี่ยวกับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับบุคลากรสุขภาพที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และการดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ตามคิว แล้วผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามไม่เกิน 30 นาที โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยอยู่บริเวณนั้นเพื่อให้คำอธิบายเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย 2 คน รวมเป็น 3 คน ได้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่เอกสารรับรอง 01-07-2561 รับรองเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2561 ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่เอกสารรับรอง MSKH_REC 16-02-042 รับรองระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่เอกสารรับรอง 055/2561 รับรองระหว่างวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2562 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่เอกสารรับรอง 035/2018E รับรองระหว่างวันที่

9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ขณะติดต่อผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย แล้วขอให้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยการใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด วิเคราะห์ด้วยความถี่ และร้อยละ ส่วนคะแนนดิบวิเคราะห์ด้วยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ปัจจัยด้านจำนวนครั้งของการคลอดในอดีต ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในอดีต เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ ที่ร่วมกันอธิบายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด วิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน (Standard multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของอายุ 29.47 ปี (SD = 6.44) จำนวนปีที่ศึกษา 9.65 ปี (SD = 3.74) รายได้ครอบครัวรายเดือน 14,812.50 บาท



(SD = 12,901.96) สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนตัว ร้อยละ 35.9 และ 39.1 มีสถานภาพ ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าความถี่ และ สมรสคู่ ร้อยละ 95.3 อยู่ในครอบครัวขยายร้อยละ ร้อยละ พบว่า กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ 51.6 มีบุตรมีชีพ 1 คน ร้อยละ 69.5 มีอายุครรภ์ ร้อยละ 99.2 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 64.1 ระหว่าง 37 - 40 สัปดาห์ ร้อยละ 68.8 ดังแสดง มีอาชีพแม่บ้าน และมีงานประจำ/ค้าขาย/ธุรกิจ ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 128)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)	Range = 20 - 48, M = 29.47, SD = 6.44	
20 - 34	96	75.0
≥ 35	32	25.0
ศาสนา		
พุทธ	127	99.2
อิสลาม	1	0.8
การศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา)	Range = 3 - 18, M = 9.65, SD = 3.74	
ประถมศึกษา	35	27.3
มัธยมศึกษา	82	64.1
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11	8.6
อาชีพ		
แม่บ้าน	46	35.9
มีงานประจำ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	50	39.1
รับจ้างรายวัน	25	19.5
เกษตรกร	7	5.5
รายได้ครอบครัว เฉลี่ยรายเดือน (บาท)	Range = 1,500 - 80,000, M = 14,812.50, SD = 12,901.96	
< 20,000	97	75.7
≥ 20,000	31	24.3
สถานภาพสมรส		
คู่	122	95.3
โสด/แยกกันอยู่/หม้าย	6	4.7
ชนิดของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	62	48.4
ครอบครัวขยาย	66	51.6
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	Range = 2 - 6, M = 2.49, SD = 0.74	
2	80	62.5
> 2	48	37.5



ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 128) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนบุตรมีชีพ (คน)	Range = 1 - 3, M = 1.35, SD = 0.57	
1	89	69.5
> 1	39	30.5
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	Range = 34 - 40, M = 37.38, SD = 1.82	
34 - 36	40	31.2
37 - 40	88	68.8

2. ข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปรต้นที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละตัวแปร พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยคลอดเฉลี่ย 1.37 ครั้ง (Range = 1 - 3, SD = 0.56) มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในอดีตเป็น 73.60 คะแนน (Range = 8 - 100, SD = 1.90) มีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการตั้งครรภ์เป็น 3.38 คะแนน (Range = 1 - 4, SD = 0.28) มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์เป็น 1.96 คะแนน (Range = 1 - 4, SD = 0.21) และมีค่าเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์เป็น 3.27 คะแนน (Range = 1 - 4, SD = 1.50) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาของตัวแปรต้นที่ศึกษา (n = 128)

ตัวแปรต้น	Possible range	Actual range	M	SD
จำนวนครั้งของการคลอดในอดีต	-	1 - 3	1.37	0.56
ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในอดีต	0 - 100	8 - 100	73.60	1.90
เจตคติต่อการตั้งครรภ์	1 - 4	1 - 4	3.38	0.28
- ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย	1 - 4	1 - 4	3.15	0.17
- ด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม	1 - 4	1 - 4	3.54	0.22
ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์	1 - 4	1 - 4	1.96	0.21
การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์	1 - 4	1 - 4	3.27	0.15
- ด้านข้อมูลข่าวสาร	1 - 4	1 - 4	3.32	0.08
- ด้านอารมณ์	1 - 4	1 - 4	3.34	0.15
- ด้านวัตถุสิ่งของ/แรงงาน	1 - 4	1 - 4	3.14	0.12
- ด้านการประเมินเพื่อให้ข้อมูล	1 - 4	1 - 4	3.35	0.13

3. ข้อมูลเชิงพรรณนาของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บ

ครรภ์คลอดอยู่ในระดับสูง (M = 7.11, Range = 1 - 10, SD = 0.56) โดยมีระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancy) สูง (M = 7.12, Range = 1 - 10, SD = 0.57) และมีระดับความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (Efficacy expectancy) สูง (M = 7.10, Range = 1 - 10, SD = 0.56) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาของตัวแปรตามที่ศึกษา (n = 128)

ตัวแปรตาม	Possible range	Actual range	M	SD	ระดับ
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด	1 - 10	1 - 10	7.11	0.56	สูง
- ความคาดหวังในผลลัพธ์ของวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด	1 - 10	1 - 10	7.12	0.57	สูง
- ความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด	1 - 10	1 - 10	7.10	0.56	สูง

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ด้วย Standard multiple regression analysis พบว่า ตัวแปรจำนวนครั้งของการคลอดในอดีต ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในอดีต เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ ร่วมกันอธิบายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด คิดเป็นร้อยละ 27.9 ($R^2 = .279$, $F_{5,122} = 9.46$, $p < .001$) แต่มีตัวแปรที่มีผลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 2 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ ($\beta = 0.37$, $t = 4.32$, $p < .001$) และความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ ($\beta = -0.26$, $t = -0.37$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (n = 128)

ตัวแปรต้น	B	Beta	t	p-value
จำนวนครั้งของการคลอดในอดีต	6.17	0.10	1.25	.22
ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในอดีต	0.96	0.05	0.65	.52
เจตคติต่อการตั้งครรภ์	0.26	0.03	0.28	.78
ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์	-1.04	-0.26	-3.17	< .01
การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์	1.46	0.37	4.32	< .001

intercept = 142.62, $R^2 = .279$, $F_{5,122} = 9.46$, $p < .001$

หมายเหตุ ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า จำนวนครั้งของการคลอດในอดีต ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอດในอดีต เจตคติต่อการตั้งครรรค์ ความวิตกกังวลขณะตั้งครรรค์ และการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรรค์ ร่วมกันอธิบายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอດของหญิงตั้งครรรค์หลัง แต่มีตัวแปรต้นเพียง 2 ตัว คือ การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรรค์ และความวิตกกังวลขณะตั้งครรรค์ ที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อตัวแปรตาม จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. จำนวนครั้งของการคลอດในอดีต

จำนวนครั้งของการคลอດในอดีต มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอດอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจอธิบายได้ว่า การคลอດเป็นการเผชิญกับความไม่แน่นอน³¹ ทำให้หญิงตั้งครรรค์ที่แม้จะผ่านการคลอດเพียงครั้งเดียวหรือหลายครั้ง ไม่มีผลต่อความมั่นใจว่าตนเองจะผ่านพ้นการเจ็บครรรค์คลอດไปได้ด้วยดี จึงส่งผลให้จำนวนครั้งของการคลอດไม่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอດ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่า ผู้คลอດครรรค์หลังมีความกลัวการคลอດต่ำกว่าผู้คลอດครรรค์แรก³² ซึ่งความกลัวการคลอດมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอດ¹⁵ จึงขัดแย้งกับผลการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรรค์หลังมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอດสูงกว่าหญิงตั้งครรรค์แรก¹⁰ แต่สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่พบว่า จำนวนครั้งของการคลอດไม่มีผลต่อการ

รับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอດ¹¹

2. ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอດในอดีต

ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอດในอดีต มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอດอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยมีบุตรมีชีวิตอย่างน้อย 1 คน และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอດในอดีตในภาพรวม 73.60 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ถือว่าหญิงตั้งครรรค์มีความพึงพอใจสูงต่อประสบการณ์การคลอດในภาพรวม อาจหมายถึงการมีประสบการณ์ที่ดีหลังคลอດบุตรมีชีพ การที่การศึกษาไม่ได้ถามกลุ่มตัวอย่างถึงความคิดเห็นในระยะคลอດโดยตรง ทำให้ประสบการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างตอบอาจไม่เกี่ยวเนื่องกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บครรรค์คลอດและการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอດเลย ส่งผลให้ตัวแปรนี้ไม่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะเผชิญกับการเจ็บครรรค์คลอດที่จะเกิดขึ้นในครรรค์นี้ ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดของ Bandura ที่กล่าวว่า การประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในอดีตทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นหรือรับรู้ความสามารถของตนเองสูง⁸ และขัดแย้งกับผลการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรรค์ที่มีประสบการณ์การคลอດในอดีตดี มีแนวโน้มที่จะรับรู้ความสามารถของตนเองสูงเกี่ยวกับการคลอດครั้งถัดไป¹¹

3. เจตคติต่อการตั้งครรรค์

เจตคติต่อการตั้งครรรค์ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรรค์คลอດอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจอธิบายได้ว่า การมี



เจตคติที่ดีต่อการตั้งครุฑในการศึกษานี้ หมายถึง การมีเจตคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตสังคมขณะตั้งครุฑที่ไม่เกี่ยวข้องและ เฉพาะเจาะจงกับการเจ็บครุฑตลอดเลย จึงส่งผล ให้เจตคติต่อการตั้งครุฑไม่มีผลต่อการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บ ครุฑตลอด ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดของ Bandura ที่ กล่าวว่า การมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพใดๆ จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง หรือมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ⁸ และ ขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่า เจตคติที่ดีต่อวิชา คณิตศาสตร์มีความสัมพันธ์กันสูงกับการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการประสบความสำเร็จ ในการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ในนักเรียนมัธยมต้น³³ หรือในนักเรียนมัธยมปลาย¹²

4. ความวิตกกังวลขณะตั้งครุฑ

ความวิตกกังวลขณะตั้งครุฑ มีผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการเผชิญการเจ็บครุฑตลอด เป็นไป ตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่ม ตัวอย่างหญิงตั้งครุฑหลังมีความวิตกกังวลใน ระดับต่ำ (Range = 1 - 4, M = 1.96, SD = 0.21) เนื่องจากหญิงตั้งครุฑร้อยละ 75 มีอายุระหว่าง 20 - 34 ปี และร้อยละ 68.8 มีอายุครุฑครบ กำหนด จึงมีความพร้อมทั้งวุฒิภาวะทางด้าน ร่างกายและจิตใจต่อการคลอและการมีบุตร อีกทั้งหญิงตั้งครุฑทั้งหมดเคยมีบุตรมีชีวิตร้อยละ 1 คน ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดี มี กำลังใจดี มีจิตใจมั่นคง ส่งผลให้มีความมั่นใจต่อการเผชิญการเจ็บครุฑตลอดครั้งนี้ สอดคล้องกับ แนวคิดของ Nilsson และ Lundgren ที่กล่าวว่า หากหญิงตั้งครุฑมีความวิตกกังวลต่ำจะมีความ ทนทานต่อความเครียดสูง ทำให้ไม่กลัวการคลอ และเกิดความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถเผชิญกับ การเจ็บครุฑตลอดได้³⁴ และสอดคล้องกับผล

การศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีความวิตกกังวลต่ำมี แนวโน้มที่จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง หรือมีความเชื่อมั่นต่อการประสบผลสำเร็จในการ เรียน ในนักเรียนมัธยมปลาย³⁵ ในนักเรียนระดับ ปริญญาตรี^{36,37} ในผู้เรียนหลักสูตรเวชกิจฉุกเฉิน¹⁴ หรือในผู้เรียนระดับปริญญาเอก³⁸

5. การสนับสนุนทางสังคมขณะ ตั้งครุฑ

การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครุฑ มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการรับรู้ความ สามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครุฑตลอด เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครุฑหลังได้รับการสนับสนุน ทางสังคมโดยรวมและรายด้านในระดับสูง (โดยรวม M = 3.27, รายด้าน M = 3.14 - 3.35, Possible range = 1 - 4) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 95.3) อยู่ใน ครอบครัวขยาย (ร้อยละ 51.6) และมีงานทำ (ร้อยละ 64.1) จึงอาจได้รับการดูแลช่วยเหลือจาก คู่ชีวิต ครอบครัว เพื่อน บุคลากรสุขภาพ หรือการ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่การเป็นมารดา การดูแล ตนเองขณะตั้งครุฑ การได้รับคำแนะนำเมื่อมี ปัญหาสุขภาพ) การสนับสนุนทางสังคมด้าน อารมณ์ (คือ รับรู้ว่ามีคนไว้ที่ใจได้ มีคนเข้าใจ คอยรักใคร่ ดูแล เอาใจใส่ รับฟังการระบาย ความรู้สึก ปลอบโยน และให้กำลังใจ) การ สนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของและแรงงาน (คือ มีคนช่วยเตรียมหรือจัดหาอาหาร/ของใช้ สำหรับการคลอ มีผู้คอยช่วยเหลือดูแลค่าใช้จ่าย และเมื่อมีปัญหาสุขภาพมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ หรือพาไปพบแพทย์) และการสนับสนุนทางสังคม ด้านการประเมินเพื่อให้ข้อมูล (คือ มีผู้คอยดูแล เกี่ยวกับการพักผ่อน การรับประทานยาบำรุง ครุฑ และการรับบริการฝากครุฑตามนัด) ทำให้



หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอึดอัด มีความเข้มแข็งทางอารมณ์ มีความมั่นใจที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ รวมถึงการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด สอดคล้องกับแนวคิดของ House ที่กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของ/แรงงาน และด้านการประเมินเพื่อให้ข้อมูล ทำให้บุคคลมีความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหา³⁸ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง มีแนวโน้มที่จะมีความมั่นใจสูงต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด¹³

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้

จากการศึกษา พบว่า มีปัจจัยเพียง 2 ปัจจัย คือ การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ และความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ มีผลต่อการรับรู้

เอกสารอ้างอิง

1. Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? *Am J Perinatol* 2012;29(1):7-18.
2. Murray SM, McKinney ES. *Foundations of maternal-newborn nursing*. 4th ed. New York: Lippincott; 2005.
3. Lowdermilk DL, Perry SE. *Maternity nursing*. 7th ed. St Louis, MO: Mosby; 2006.
4. Nilsson C, Bondas T, Lundgren I. Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010;9(3):298-309.
5. Dick-Read G. *Childbirth without fear*. 5th ed. New York: Harper & Row; 1984.
6. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004;46(2):212-9.
7. Permsup N, Sawatphanit W, Deoisres W. Labor pain coping behaviors, and satisfaction with childbirth experience in primiparous at a hospital under the jurisdiction of Royal Thai Navy. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2017;44(2):55-72. (in Thai).
8. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman; 1997.
9. Lowe NK. Critical predictors of sensory and affective pain during four phases of labor. *JPOG* 1991;12(3):193-208.

ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ดังนั้นพยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างโปรแกรมที่ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ลดความวิตกกังวล อันจะส่งผลต่อการมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด นำไปสู่ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ดี

≡ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้ง ต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาระยะยาว เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงเกี่ยวกับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

10. Lowe NK. Maternal confidence for labor: development of the childbirth self-efficacy inventory. *Res Nurs Health* 1993;16(2):141-9.
11. Drummond J, Rickwood D. Childbirth confidence: calidating the childbirth self-efficacy inventory in an Australian sample. *J Adv Nurs* 1997;26(3):613-22.
12. Kundu A, Ghose A. The relationship between attitude and self-efficacy in mathematics among higher secondary students. *IOSR-JHSS* 2016;21(4):25-31.
13. Schwartz L, Toohill J, Creedy DK, Baird K, Gamble J, Fenwick J. Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015 Feb 13;15:29. doi: 10.1186/s12884-015-0465-8.
14. Asayesh H, Hosseini AM, Sharififard F, Kharameh TZ. The relationship between self-efficacy and test anxiety among the paramedical students of Qom University of Medical Sciences. *JAMED* 2016;1(3):14-21.
15. Salomonsson B, Gullberg M, Alehagen S, Wijma K. Self-efficacy, beliefs, and fear of childbirth in nulliparous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2013;34(3):116-21.
16. Kuttasing S. Factors related to perceived childbirth self-efficacy in primiparous women. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2018. (in Thai).
17. World Health Organization. Statement on caesarean section rates. [Internet]. [cited 2018 January 2]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=F79F96CBF4D3306882206D641432C16C?sequence=1.
18. UNICEF Thailand Country Office and National Statistical Office. Thailand multiple indicator cluster survey 2015-2016. [Internet]. [cited 2018 January 5]. Available from: https://www.unicef.org/thailand/sites/unicef.org.thailand/files/2018-06/Thailand_MICS_Full_Report_EN_0.pdf.
19. Mahasarakham Hospital. Birth report 2016-2017. Mahasarakham: Mahasarakham Hospital; 2017. (in Thai).
20. Roied Hospital. Birth report 2016-2017. Roied: Roied Hospital; 2017. (in Thai).
21. Kalasin Hospital. Birth report 2016-2017. Kalasin: Kalasin Hospital; 2017. (in Thai).
22. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009;41(4):1149-60.
23. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavior sciences*. 2nd ed. NJ: Lawrence Erlbaum; 1988.
24. Maharatsakul P. *Principles and strategies of writing research papers*. Bangkok: Punyachon; 2013. (in Thai).
25. Thato R. *Nursing research: concepts to application*. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2009. (in Thai).



26. Klomyong S. Factors influencing antenatal care visit among pregnant adolescents. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2019. (in Thai).
27. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the state-trait anxiety inventory. CA: Consulting Psychologists; 1983.
28. Tachasukri T, Siriarunrat S, Suppasri P, Suppaseemanont W, Boonnate N, Kwannate C. Causal model for quality of life among pregnant women. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(1):28-46. (in Thai).
29. Tanglakmankhong K, Perrin NA, Lowe NK. Childbirth self-efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: psychometric properties of Thai language versions. J Adv Nurs 2011;67(1):193-203.
30. Vanichbuncha K. Statistics research. 12th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Book Centre; 2018. (in Thai).
31. Borrelli SE, Walsh D, Sphiby H. First-time mothers' expectations of the unknown territory of childbirth: Uncertainties, coping strategies and 'going with the flow'. Midwifery 2018 Aug;63:39-45.
32. Toohill J, Jennifer F, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Ryding E. Psycho-social predictors of childbirth fear in pregnant women: an Australian study. OJOG 2014;4(9):531-43.
33. Recber S, Isiksal M, Koc Y. Investigating self-efficacy, anxiety, attitudes and mathematics achievement regarding gender and school type. Anales de Psicologia 2018;34(1):41-51.
34. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. Midwifery 2009;25(2):1-9.
35. Tahmassian K, Moghadam JN. Relationship between self-efficacy and symptoms of anxiety, depression, worry, and social avoidance in a normal sample of students. Iran J Psychiatry Behav Sci 2011;5(2):91-8.
36. Stewart G, Seifert AT, Rolheiser C. Anxiety and self-efficacy relationship with undergraduate students' perceptions of the use of metacognitive writing strategies. Can J Scholarsh Teach Learn 2015;6(1):1-17.
37. Barrows J, Dunn S, Lloyd AC. Anxiety, self-efficacy, and college exam grades. Unvers J Educ Res 2013;1(3):204-8.
38. Razavi AS, Shahrabi A, Siamian H. The relationship between research anxiety and self-efficacy. Mater Sociomed 2017;29(4):247-50.
39. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.