

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของมารดาครรภ์แรกในระยะรอคลอด:
การศึกษาแบบภาคตัดขวาง

Factors Associated with Anxiety among Primigravid Mothers
during the Latent Phase of Labor: A Cross-Sectional Study

ชลธิชา เมฆนिति พย.บ.

Cholticha Makniti B.N.S

โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

Lang Suan Hospital, Chumphon province

Corresponding author Email: Poomakniti@gmail.com

Received: 2025 Nov 13

Revised: 2025 Dec 12

Accepted: 2025 Dec 17

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความวิตกกังวลของมารดาครรภ์แรกในระยะรอคลอด กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรก จำนวน 138 ราย ที่เข้ารับบริการในห้องรอคลอด ณ โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล (STAI) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด แบบวัดทัศนคติต่อการคลอด แบบวัดความคาดหวังต่อการคลอด และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Pearson's product correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลอยู่ที่ 42.75 (SD = 8.60) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.60 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ($r = -0.343, p\text{-value} < 0.001$) ทัศนคติต่อการคลอด ($r = -0.318, p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = -0.447, p\text{-value} < 0.001$) และความคาดหวังต่อการคลอด ($r = -0.421, p\text{-value} < 0.001$)

ผลการศึกษาสรุปได้ว่า มารดาครรภ์แรกมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง และปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการคลอด ทัศนคติต่อการคลอด การสนับสนุนทางสังคม และความคาดหวังเกี่ยวกับการคลอดเป็นปัจจัยสำคัญต่อความวิตกกังวล ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยเหล่านี้อย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจของมารดาครรภ์แรกในระยะรอคลอด รวมทั้งควรจัดทำคู่มือให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: มารดาครรภ์แรก, ความวิตกกังวล, ระยะรอคลอด

Abstract

This study aimed to examine the level of anxiety and factors associated with anxiety among primigravid women during the latent phase of labor. The sample consisted of 138 first-time pregnant women attending the delivery waiting room at Lang Suan Hospital, Chumphon Province. The Research instruments included a demographic questionnaire, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), a knowledge regarding childbirth questionnaire, a measurement questionnaire of attitude toward childbirth a questionnaire of expectation toward childbirth and a social support questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The results revealed that the sample had a mean anxiety score of 42.75 (SD = 8.60), indicating a moderate level of anxiety at 53.60%. Factors significantly associated with anxiety levels included knowledge about birth ($r = -0.343$, p -value < 0.001), attitude toward birth ($r = -0.318$, p -value < 0.001), social support ($r = -0.447$, p -value < 0.001), and birth expectancy ($r = -0.421$, p -value < 0.001).

The findings of this study concluded that primigravid women experienced moderate to high levels of anxiety. Childbirth knowledge, attitudes toward childbirth, social support, and childbirth expectations were significant factor for anxiety. These results highlight the necessity of systematically examining these factors to establish an evidence-based foundation for developing mental health promotion strategies for primigravid mothers during the latent phase of labor. Furthermore, the development of an educational manual tailored to reducing maternal anxiety is recommended to enhance psychological well-being and support effective preparation for childbirth.

Keywords: Primigravid women, Anxiety, Latent phase of labour

บทนำ

การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรเป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิตของผู้หญิง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่มีบุตรคนแรก หรือมารดาครรภ์แรก (primigravida) ซึ่งต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอน ความกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ความเจ็บปวด ความปลอดภัยของทารก ตลอดจนความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว ความวิตกกังวลเหล่านี้ หากไม่ได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม อาจส่งผลต่อสภาวะทางจิตใจ ทำให้การคลอดเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ระยะเวลาคลอดที่ยาวนาน การใช้หัตถการเกินความจำเป็น การผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น รวมถึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารก ระหว่างรอคลอดและหลังคลอดได้^(1,2)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) รายงานว่า ความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 10 ของหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกมีภาวะวิตกกังวลในระดับสูง⁽³⁾ และในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง อาจพบสูงถึงร้อยละ 15-20 ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และสุขภาพของทารกในระยะยาว⁽⁴⁾ จากสถิติของโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร มารดาครรภ์แรกที่มาใช้บริการคลอดในปี พ.ศ. 2566 ถึง ปี พ.ศ. 2568 เท่ากับ 1,210 ราย 1,143 ราย และ 1,110 ราย ตามลำดับ และในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่องเกี่ยวกับความวิตกกังวลของมารดาครรภ์แรก que เข้ามารอคคลอดที่ห้องคลอดของโรงพยาบาลหลังสวน โดยใช้การสอบถามว่ามีความกังวลเกี่ยวกับการคลอดมากน้อยเพียงใด (ไม่กังวลเลย ถึง กังวลมาก) โดยถามจากมารดาคลอด 15 ราย พบว่า มารดาที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 68 รองลงมามารดาที่มีความวิตกกังวลมาก ร้อยละ 29 เกี่ยวกับการคลอดของตนเอง อย่างไรก็ตาม การศึกษานำร่องยังไม่สามารถระบุสาเหตุของความวิตกกังวลได้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับความวิตกกังวลของมารดา โดยมีการศึกษาของ Räisänen et al. ในปี 2014 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดมักพบในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ไม่มีประสบการณ์ และมีความไม่มั่นใจในตนเอง รวมถึงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด⁽²⁾ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาต่อเชิงลึกเพื่อค้นหาสาเหตุและออกแบบการดูแลเฉพาะกลุ่ม เพื่อลดความวิตกกังวล และส่งเสริมการคลอดอย่างมีคุณภาพ

นอกจากนี้ ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาอัตราการเกิดใหม่ของทารกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติพบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเกิดอยู่ในระดับต่ำมากกว่าค่าเฉลี่ยโลก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากรในระยะยาว การส่งเสริมสุขภาพของมารดาตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ทารกมีพัฒนาการที่สมวัย เติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งช่วยรักษาเสถียรภาพด้านประชากรของประเทศ⁽⁵⁾ จาก การทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลากหลายปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาครรภ์แรก ซึ่งยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอดและมักเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง หนึ่งในปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญคือ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ซึ่งประกอบด้วยความเข้าใจเกี่ยวกับ

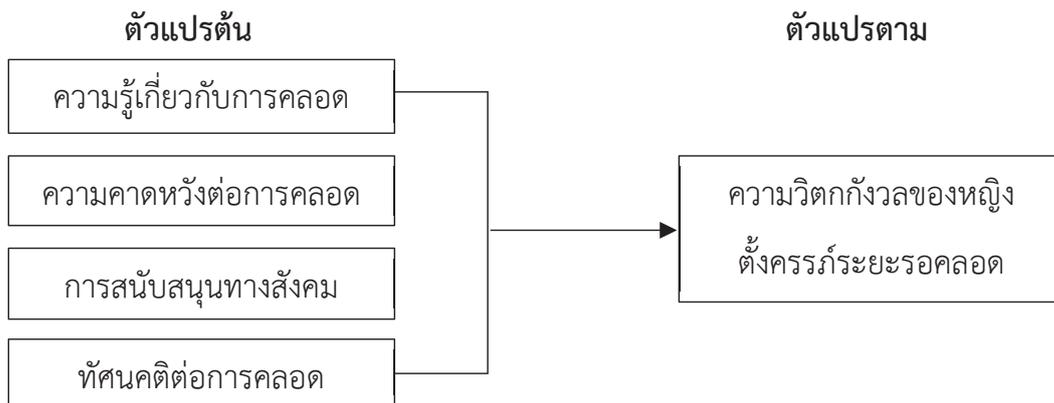
สมมติฐานของการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ความคาดหวังต่อการคลอด การสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติต่อการคลอด มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลของมารดาครรภ์แรกในระยะรอคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิด Transactional Model of Stress and Coping ของ Lazarus และ Folkman ในปี 1984 โดย Lazarus และ Folkman กล่าวว่าระดับความวิตกกังวลของบุคคลเกิดจากกระบวนการประเมินสถานการณ์และการรับรู้ทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อตอบสนองต่อความเครียด โดยจากการศึกษานี้มีปัจจัยด้านทัศนคติต่อการคลอดและความคาดหวังเกี่ยวกับการคลอดเป็นตัวแปรที่สอดคล้องกับทฤษฎีในส่วนของ การประเมินขั้นต้น (primary appraisal) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มารดาครรภ์แรกตีความเหตุการณ์คลอดว่าเป็นภัยคุกคาม ความเสี่ยง หรือเป็นเหตุการณ์ที่สามารถจัดการได้ หากทัศนคติหรือความคาดหวังเป็นเชิงลบ สถานการณ์จะถูกมองว่าคุกคามมากขึ้น และทำให้ระดับความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น ในทางตรงกันข้ามความรู้เกี่ยวกับการคลอดสอดคล้องกับทฤษฎีในส่วนของ การประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่ามีข้อมูล ความสามารถ และกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการรับมือกับเหตุการณ์คลอด ซึ่งช่วยลดความรู้สึกไร้การควบคุมและลดระดับความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมสอดคล้องโดยตรงกับองค์ประกอบของ coping resources ในโมเดล ซึ่ง Lazarus และ Folkman อธิบายว่าเป็นทรัพยากรสำคัญทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูล และความช่วยเหลือที่บุคคลใช้เพื่อลดผลกระทบจากความเครียด การมีเครือข่ายสนับสนุนจากคู่สมรส ครอบครัว หรือบุคลากรทางสุขภาพช่วยเสริมพลังให้มารดารับรู้ว่าคุณไม่ได้เผชิญสถานการณ์ตามลำพัง จึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการเผชิญปัญหา และลดความวิตกกังวลในระยะรอคลอดโดยตรง เมื่อพิจารณาโดยรวม ปัจจัยทั้งสี่จึงสอดคล้องกับองค์ประกอบหลักของโมเดล Transactional Model of Stress and Coping อย่างครบถ้วน ทั้งในด้านกระบวนการประเมินสถานการณ์และการรับรู้ทรัพยากรในการเผชิญปัญหา ซึ่งสามารถอธิบายกลไกการเกิดความวิตกกังวลของมารดาครรภ์แรกได้อย่างมีเหตุผล และเป็นระบบตามแนวคิดทฤษฎี⁽¹²⁾ ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ความคาดหวังต่อการคลอด การสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติต่อการคลอด มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional design) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นมารดาครรภ์แรก ในระยะรอคลอดที่มารอคคลอด ณ โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาครรภ์แรกในระยะรอคลอดที่มารอคคลอด ณ โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวนทั้งสิ้น 138 ราย ซึ่งผ่านการคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive random sampling) จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเลือก

1. อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป
2. เป็นครรภ์แรก (ไม่เคยมีประสบการณ์คลอดมาก่อน)
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์หรือภาวะจิตใจ
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน
5. มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและให้ข้อมูลโดยสมัครใจ

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกในระยะรอคลอดที่เข้ารับการดูแลในห้องคลอด โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวนทั้งสิ้น 138 ราย ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.4 ซึ่งพัฒนาโดย Faul และคณะ⁽¹³⁾ ผู้วิจัยเลือกการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate normal model) ความสัมพันธ์ของตัวแปรศึกษาแบบสองทางโดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ระดับปานกลาง 0.3 ตามเกณฑ์ของ

Cohen⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.95 ผลการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 138 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ อายุครรภ์ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ อ้างอิงจากแนวคิดของ House ในปี 1981⁽¹⁵⁾ ซึ่งแบ่งการสนับสนุนออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การประเมินค่าข้อมูล และทรัพยากร รวมทั้งหมด 23 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert 5 ระดับ (1 = ไม่จริงเลย ถึง 5 = เป็นจริงมากที่สุด) แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยมีค่าความเที่ยงวัดด้วย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89

3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ใช้ในการวิจัยนี้ ใช้แบบสอบถามของ กิ่งดาว แสงจินดา และคณะ⁽¹⁶⁾ ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แบบสอบถามนี้มี 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย 3 ข้อ การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม 2 ข้อ และการดูแลขณะตั้งครรภ์ 10 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบปรนัย โดยให้เลือกตอบ “ไม่แน่ใจ” “ไม่ใช่” หรือ “ใช่” คำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–15 คะแนน แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยมีความเที่ยงวัดด้วย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89

4. แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ที่ใช้ในการวิจัยนี้ ใช้แบบสอบถามของ กิ่งดาว แสงจินดา และคณะ⁽¹⁶⁾ แบบสอบถามมี 10 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด แบ่งเป็นข้อความเชิงบวก 5 ข้อ และข้อความเชิงลบ 5 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตสังคม ความรู้สึกต่อทารกในครรภ์ และภาพลักษณ์จากการตั้งครรภ์ ใช้มาตราส่วน Likert 5 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วย ถึง 5 = เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10–50 คะแนน แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยมีความเที่ยงวัดด้วย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.83

5. แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ใช้ในการวิจัยนี้ ใช้แบบสอบถามของ นิจสากร นังคลา⁽¹⁷⁾ ประกอบด้วย 25 ข้อ แบ่งเป็นข้อความเชิงบวก 15 ข้อ และข้อความเชิงลบ 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert 5 ระดับ (1 = ไม่จริงเลย ถึง 5 = เป็นความจริงมากที่สุด) โดยให้คะแนนตามลำดับในข้อบวก และกลับคะแนนในข้อลบ การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ หากคะแนนเท่ากับหรือมากกว่าค่าเฉลี่ย ถือว่ามีการรับรู้เชิงบวกต่อประสบการณ์การคลอด หากน้อยกว่าค่าเฉลี่ยถือว่าเป็นการรับรู้เชิงลบ แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยมีความเที่ยงวัดด้วย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84

6. แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety: STAI Form Y-1) ที่ใช้ในการวิจัยนี้ พัฒนาโดย Spielberger et al.⁽¹⁸⁾ และได้รับอนุญาตจาก Mind Garden, Inc. ฉบับภาษาไทยประกอบด้วย 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อความเชิงบวก 10 ข้อ และข้อความเชิงลบ 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert 4 ระดับ (1 = ไม่มีเลย ถึง 4 = มีมากที่สุด) โดยข้อความเชิงบวกให้คะแนนเรียงจาก 1 ถึง 4 และข้อความเชิงลบ

ให้คะแนนกลับทิศ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20–80 คะแนน หากคะแนนอยู่ในช่วง 20-39 คะแนน (ระดับต่ำ) 40 – 59 คะแนน (ระดับปานกลาง) และ 60 – 80 คะแนน (ระดับสูง)⁽¹⁹⁾ แบบสอบถามฉบับนี้ ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง และได้ตรวจสอบความชัดเจนและความเหมาะสมของข้อความ ส่วนแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคลอด แบบประเมินความคาดหวังต่อการคลอด แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดทัศนคติต่อการคลอด และแบบวัดความวิตกกังวล ได้ผ่านการเห็นชอบและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และผู้วิจัยไม่ได้มีการตัดแปลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาจากเครื่องมือต้นฉบับ จึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาซ้ำ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด แบบประเมินความคาดหวังต่อการคลอด แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดทัศนคติต่อการคลอด และแบบวัดความวิตกกังวล ไปทดลองใช้กับมารดาขณะรอคลอด ที่แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลหลังสวน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ระบุไว้ จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.80, 0.89, 0.89, 0.80 และ 0.70 ตามลำดับ โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ 0.70⁽²⁰⁾

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2568 ณ ห้องรอคลอด โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นแรก ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากห้องคลอดในการคัดเลือกมารดาครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งอยู่ในระยะรอคลอด โรงพยาบาลหลังสวน โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก และยินยอมลงลายมือชื่อในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการศึกษาวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นทางการ ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดต่าง ๆ ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคลอด แบบสอบถามทัศนคติต่อการคลอด แบบสอบถามความคาดหวังต่อการคลอด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยจัดเก็บข้อมูลในห้องพักรอคลอด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างสะดวกและเป็นส่วนตัวเมื่อเก็บข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวล และวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความครบถ้วนและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด จากนั้นสร้างรหัสกำกับข้อมูล และทำการลงรหัสข้อมูลอย่างเป็นระบบ ก่อนนำข้อมูลเข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และดำเนินการวิเคราะห์ตามขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น
2. การวิเคราะห์ระดับความวิตกกังวล วิเคราะห์ระดับความวิตกกังวลของมารดาครรภ์แรกในระยะรอคลอด โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความวิตกกังวลกับ ปัจจัยที่คัดสรร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ทักษะคิดต่อการคลอด ความคาดหวังต่อการคลอด และการสนับสนุนทางสังคม ใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ โดยข้อมูลของตัวแปรทั้งหมดเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 85/2568 ลงวันที่ 20 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ มารดาครรภ์แรก จำนวนทั้งสิ้น 138 คน มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 18-35 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.4 ปี (SD = 4.2) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง (100%) ในด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 83 คน (ร้อยละ 60.1) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี จำนวน 41 คน (ร้อยละ 29.7) และต่ำกว่ามัธยมศึกษา จำนวน 14 คน (ร้อยละ 10.2) อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 69 คน (ร้อยละ 50) รองลงมาคือรับราชการ จำนวน 41 คน (ร้อยละ 29.7) และค้าขาย จำนวน 28 คน (ร้อยละ 20.3) ในด้านรายได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 97 คน (ร้อยละ 70.3) มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน และในด้านรูปแบบการอยู่อาศัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 คน (ร้อยละ 60.1) อาศัยอยู่กับสามี สำหรับคะแนนความวิตกกังวลของมารดาครรภ์แรก ดังตารางที่ 1 และระดับความวิตกกังวลของมารดาครรภ์แรก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คะแนนความวิตกกังวลของมารดาครรภ์แรก

รายการ	คะแนนที่เป็นไปได้ (คะแนน)	คะแนนที่ได้จริง (ค่าเฉลี่ย)	Min	Max	SD	แปลผล
ความวิตกกังวลของมารดาครรภ์แรก	20-80	42.75	24	66	8.6	ระดับปานกลาง (53.60%)

ตารางที่ 2 ร้อยละและระดับความวิตกกังวลของมารดาครรภ์แรก (n = 138)

ระดับความวิตกกังวล	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (คะแนน 20-39)	25	18.10
ปานกลาง (คะแนน 40-59)	74	53.60
สูง (คะแนน 60-80)	39	28.3
รวม	138	100

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการคลอด ทักษะคิดต่อการคลอด การสนับสนุนทางสังคม และความคาดหวังต่อการคลอด มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความวิตกกังวลของมารดาครรภ์แรกในระยะรอคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยความรู้เกี่ยวกับการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง ($r = -0.343$) ทักษะคิดต่อการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง ($r = -0.318$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง ($r = -0.447$) และความคาดหวังต่อการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง ($r = -0.421$)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p -value
ความรู้เกี่ยวกับการคลอด	-0.343	< 0.001
ทักษะคิดต่อการคลอด	-0.318	< 0.001
การสนับสนุนทางสังคม	-0.447	< 0.001
ความคาดหวังต่อการคลอด	-0.421	< 0.001

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของมารดาครรภ์แรกในระยะรอคลอด: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีประเด็นที่สำคัญในการอภิปราย ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า มารดาครรภ์แรก ร้อยละ 53.60 มีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และระดับความวิตกกังวลเฉลี่ย 42.75 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางก่อนไปทางสูง ซึ่งอาจสะท้อนถึงความจำเป็นในการให้การดูแลด้านจิตใจและข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ

ในการตั้งครุฑของมารดาครุฑแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีรายได้น้อยหรือการศึกษาต่ำ ซึ่งอาจมีความเปราะบางทางอารมณ์มากกว่ากลุ่มอื่น

ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ($r = -0.343, p\text{-value} < 0.001$) มีระดับความสัมพันธ์ปานกลาง พบว่า มารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดมากขึ้นจะมีระดับความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสะท้อนว่าเมื่อเข้าใจสิ่งที่จะเกิดขึ้น มารดาจะสามารถเตรียมตัวและลดความกลัวสิ่งที่ไม่แน่นอนได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ Stoll และ Hall ที่พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับการคลอดอย่างเพียงพอช่วยลดความวิตกกังวลในหญิงตั้งครุฑครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽²¹⁾

ด้านทัศนคติต่อการคลอด ($r = -0.318, p\text{-value} < 0.001$) ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกเกี่ยวกับการคลอด มักมีระดับความวิตกกังวลต่ำ เนื่องจากการมองโลกในแง่ดีช่วยเสริมพลังใจ และส่งผลต่อการจัดการอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับงานของ Fenwick et al. ที่ชี้ว่าทัศนคติด้านลบมีความสัมพันธ์กับความกลัวและความวิตกกังวลก่อนคลอดอย่างมีนัยสำคัญ⁽²²⁾

การสนับสนุนทางสังคม ($r = -0.447, p\text{-value} < 0.001$) ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง พบว่า มารดาที่ได้รับการดูแลสนับสนุน และให้กำลังใจจากคู่สมรส ครอบครัว หรือบุคลากรทางสุขภาพจะมีความวิตกกังวลน้อยลงอย่างชัดเจน ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาของ Razurel et al. ซึ่งระบุว่า การมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพจิต และลดระดับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครุฑ⁽²³⁾

ความคาดหวังต่อการคลอด ($r = -0.421, p\text{-value} < 0.001$) ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ซึ่งหากมารดาที่มีความคาดหวังในทางลบ เช่น กลัวความเจ็บปวดหรือภาวะแทรกซ้อน มักจะเกิดความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มที่มีความคาดหวังในเชิงบวก โดยงานวิจัยของ Slade et al. สนับสนุนว่า ความคาดหวังที่ไม่ดีเกี่ยวกับการคลอดสัมพันธ์กับความกลัวและความวิตกกังวลก่อนคลอด และอาจส่งผลต่อประสบการณ์การคลอดโดยรวมในทางลบ⁽²⁴⁾

โดยสรุป ปัจจัยทั้งสิ้นล้วนเป็นปัจจัยเชิงจิตสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดระดับความวิตกกังวลของมารดาครุฑแรก ดังนั้น การส่งเสริมองค์ประกอบเหล่านี้ในโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครุฑจะช่วยลดภาวะเครียด และสนับสนุนการคลอดอย่างมั่นใจและปลอดภัย เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการคลอดของมารดาครุฑแรก และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับมารดาและทารก ระหว่างรอคลอดและหลังคลอด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตใจของมารดาครุฑแรกในระยะรอคลอด ควรจัดทำคู่มือให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวล โดยเน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้อง และเข้าใจง่าย เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การปรับทัศนคติเชิงบวกเพื่อลดความเครียดและวิตกกังวล การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการช่วยเหลือมารดาประเมินและปรับความคาดหวังให้สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สำคัญ จึงควรนำมาเป็นแกนหลักในการออกแบบเนื้อหาของคู่มือ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000;21(4):219–24. doi: 10.3109/01674820009085591
2. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010. *Bjog* 2014;121(8):965–70. doi: 10.1111/1471-0528.12599
3. World Health Organization. Mental health of women during pregnancy and postpartum. Geneva: WHO; 2022.
4. Gausia K, Fisher C, Ali M, Oosthuizen J. Antenatal depression and suicidal ideation among rural Bangladeshi women: a community-based study. *Arch Womens Ment Health* 2009;12(5):351–8. doi: 10.1007/s00737-009-0080-7
5. United Nations. World population prospects 2022: summary of results. New York: UN DESA; 2022.
6. Littleton HL, Bye K, Buck K, Amacker A. Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2010;31(4):219–28. doi: 10.3109/0167482X.2010.518776
7. Mueller CG, Webb PJ, Morgan S. The effects of childbirth education on maternity outcomes and maternal satisfaction. *J Perinat Educ* 2020;29(1):16–22. doi: 10.1891/1058-1243.29.1.16
8. Ip WY, Chung TK, Tang CS. The Chinese childbirth self-efficacy inventory: the development of a short form. *J Clin Nurs* 2008;17(3):333–40. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01919.x
9. Conrad MS, Trachtenberg E. Personality traits, childbirth expectations, and childbirth experiences: a prospective study. *J Reprod Infant Psychol* 2023;41(4):403–16. doi: 10.1080/02646838.2021.2009451
10. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health* 2021;18(1):162. doi: 10.1186/s12978-021-01209-5
11. Alhusen JL, Bower KM, Epstein E, Sharps P. Racial discrimination and adverse birth outcomes: an integrative review. *J Midwifery Womens Health* 2016;61(6):707–20. doi: 10.1111/jmwh.12490

12. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
13. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007;39(2):175–91. doi: 10.3758/bf03193146
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
15. House JS. Work stress and social support. Englewood Cliffs: Addison-Wesley Publishing Company; 1981.
16. กิ่งดาว แสงจินดา, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม* 2560;18(34):6–20.
17. นิจสากร นังคลา. ผลการเตรียมเพื่อการคลอดต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของสตรีครรภ์แรกและผู้ช่วยเหลือ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสตรี] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
18. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the state-trait anxiety inventory (Form Y1-Y2). Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1983.
19. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research* 2011;63(S11):S467–S72. <https://doi.org/10.1002/acr.20561>
20. บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เมืองอักษร; 2553.
21. Stoll K, Hall WA. Attitudes and preferences of young women with low and high fear of childbirth. *Qual Health Res* 2013;23(11):1495–505. doi: 10.1177/1049732313507501
22. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *J Clin Nurs* 2009;18(5):667–77. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x
23. Razurel C, Kaiser B, Sellenet C, Epiney M. Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature. *Women Health* 2013;53(1):74-99. doi: 10.1080/03630242.2012.732681

24. Slade P, Balling K, Sheen K, Houghton G. Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19(1):96 doi: 10.1186/s12884-019-2241-7