



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก

บุญมี ภู่อานวัจ ปร.ด.*

จิตาภา ผูกพันธ์ พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการได้รับการสนับสนุนกับการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ และคลินิกเอกชน ในจังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความรู้ แบบประเมินความคิดเห็น และแบบประเมินการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 304 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ด้วย การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ตารางการถ้อย

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แต่ระดับความคิดเห็นหรือทัศนคติ และการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ข้อเสนอแนะจากการศึกษา คือ โรงพยาบาลควรควรประเมินและตระหนักต่อทัศนคติและการได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง รวมถึงเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีและเกิดความมั่นใจต่อการคลอดทางช่องคลอดมากขึ้น

คำสำคัญ : ความรู้ ทักษะ การได้รับการสนับสนุน การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หญิงตั้งครรภ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีมากขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลาย ๆ ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (elective cesarean section) หรือตามการร้องขอของหญิงตั้งครรภ์ (cesarean delivery on maternal request)²⁻⁵ สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ทั้งนี้ ในหลายประเทศ รวมถึง

ประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่สูงกว่าองค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือ ไม่ควรเกินร้อยละ 15 อัตราที่สูงกว่านี้ไม่ได้ทำให้อัตราการตายของมารดาและทารกปรกติกำเนิดลดลง แต่เป็นการผ่าตัดที่เกินความจำเป็น^{6,7} ดังเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2009 พบว่า มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในอัตราที่สูงขึ้นโดยหญิงตั้งครรภ์มากกว่า 1.3 ล้านคนที่คลอดด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 32.9 ของการคลอดทั้งหมด และเป็นการผ่าตัดตามการร้องขอของหญิงตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 2.5 ของการคลอดทั้งหมด⁵ ประเทศในแถบเอเชียมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ร้อยละ 15.9 โดยประเทศจีน ฮังกง และเลบานอน มีอัตราสูงที่สุดในเอเชีย คือ ประมาณร้อยละ 40.5, 27.4 และ 23.3 ตามลำดับ⁷ สำหรับประเทศไทยมีอัตราประมาณร้อยละ 20-25 แต่ในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งอาจสูงกว่าร้อยละ 50⁶

อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัย นอกจากปัจจัยตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์แล้ว ปัจจัยจากความต้องการของผู้รับบริการในการขอรับการผ่าตัดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ยังเป็นอีกปัจจัยที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แม้ยังไม่เป็นที่ยอมรับในเชิงจริยธรรม และในทางคลินิก^{2,3,4,6} ขณะเดียวกันบุคลากรทางด้านสุขภาพก็พยายามหลีกเลี่ยงการฟ้องร้อง เนื่องจากคดีฟ้องร้องมักจะเกิดกับการคลอดทางช่องคลอดที่ไม่ได้ตามมาตรฐานมากกว่า ปัญหาจากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการฝากครรภ์พิเศษโดยหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์พิเศษกับสูติแพทย์ (private case) มีโอกาสได้รับการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น 2-3 เท่า^{6,8} ดังนั้น หลายการศึกษาได้เสนอแนวทางในการควบคุมและลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้แก่ ควรผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ที่มีเกณฑ์มาตรฐาน การลดอัตราการผ่าตัดคลอดครั้งแรก โดยการให้ความรู้และเปลี่ยนทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางด้านสุขภาพ และสังคม หรือสาธารณชน ให้เห็นถึงประโยชน์และความสำคัญของการคลอดโดยวิธีธรรมชาติ รวมถึงการมีผลเสียมากกว่าผลดีในกรณีผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น^{6,9} โดยเชื่อว่าการได้รับข้อมูล หรือการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง มีผลต่อทัศนคติหรือการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อย่างไรก็ตาม มีหลายปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ที่ควรศึกษาเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในหญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอดและต้องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนหรือเป็นความต้องการส่วนบุคคล ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นส่งผลให้อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น จากความสำคัญดังกล่าว พยาบาลผดุงครรภ์เป็นบุคคลสำคัญในการให้การผดุงครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดการคลอดที่

ปลอดภัย ตามนโยบายาลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินการเตรียมตัวคลอดของหญิงตั้งครรภ์ให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ค่านิยม สังคม วัฒนธรรมต่อวิธีการคลอด เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้การผดุงครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในด้านการให้ความรู้ การให้ข้อมูลและคำแนะนำ เป็นต้น อันอาจช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้

ทีมผู้วิจัยมีความเชื่อว่าหากหญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง มีความรู้ มีทัศนคติหรือการรับรู้ที่ดีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ย่อมมีแนวโน้มที่หญิงตั้งครรภ์จะตัดสินใจเลือกในสิ่งนั้น ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ และการได้รับการสนับสนุนกับการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ และคลินิกเอกชน โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ และให้การผดุงครรภ์เพื่อเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ต่อการคลอด รวมถึงเป็นประโยชน์ในการวิจัย และการจัดการเรียนการสอนแก่นิสิต นักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการได้รับการสนับสนุนกับการเลือกตัดสินใจ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) แบบการศึกษาเชิงสำรวจ ด้วยวิธี Cross-sectional studies ประชากรคือ หญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกเอกชนของสูติแพทย์จำนวน 5 แห่งในจังหวัดมหาสารคาม และจำนวน 6 แห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 304 คน เลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การ



คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก ไม่มีประวัติการทำแท้งหรือขูดมดลูก สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง และสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ทีมวิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบข้อคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดและวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ มีลักษณะข้อคำถามทั้งแบบให้เลือกตอบ และแบบปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยอย่างมาก และเห็นด้วยมากที่สุด กำหนดคะแนน 1-5 คะแนน จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 5 แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน 14 ข้อ

ทีมผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว เสนอผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการศึกษาพยาบาล และทางด้านการบริการพยาบาลจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามหลักภาษา ความครอบคลุมชัดเจนของเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยผู้วิจัยถือเกณฑ์ 2 ใน 3 ท่าน ของจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อปรับเปลี่ยนสำนวนหรือเพิ่มเติมข้อความให้ครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้น หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับตัวอย่าง รวมจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยคำนวณค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแต่ละส่วน คือ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่วนที่ 4 แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และส่วนที่ 5 แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ เท่ากับ 0.74; 0.73 และ 0.91 ตามลำดับ สำหรับส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้หาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบโดยใช้สูตรของคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) เนื่องจากแบบประเมินความรู้นั้นมีระดับความยากของข้อสอบแต่ละข้อใกล้เคียงกัน จึงคำนวณโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง เท่ากับ 0.62

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ชี้แจงรายละเอียดให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและโดยวาจา และกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้และผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างแต่ประการใด และการให้ข้อมูลผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องระบุชื่อและนามสกุล การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ช่วยวิจัย ซึ่งได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการฝึกสัมภาษณ์ก่อนเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดและวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ นำมาสรุปเป็นประเด็นจัดหมวดหมู่ แจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ และวิเคราะห์เนื้อหา ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์กับการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยการวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจร (contingency coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ ($n = 155$) ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรก ร้อยละ 69 มีอายุระหว่าง 15-20 ปี ร้อยละ 45.2 และรองลงมา คือ อายุระหว่าง 21-25 ปี ร้อยละ 31.6 อายุครรภ์ส่วนใหญ่ระหว่าง 33 -37 สัปดาห์ ร้อยละ 26.5 และรองลงมา คือ อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ ร้อยละ 16.1 สถานภาพสมรสของหญิงตั้งครรภ์กับสามี โดยส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 92.9 และร้อยละ 83.2 ไม่ได้ฝากครรภ์พิเศษกับสูติแพทย์ กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิในการรักษา คือ บัตร 30 บาท หรือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 64.5 รองลงมา คือ บัตรผู้ประกันตน (ปกส.) ร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 41.9 มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 32.9 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 23.9 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 2,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 44.5 รองลงมา คือ ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 23.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 81.9 และมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 18.1 ได้แก่ ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 60.9 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด ($n = 28$) รองลงมา คือ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละเท่ากัน คือ 8.7 และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 74.8 มีเพียงร้อยละ 25.2 ($n = 39$) ที่เคยได้รับข้อมูล ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 28.2 รองลงมา คือ จากเพื่อนและญาติ ร้อยละเท่ากัน คือ 20.5

หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในคลินิกเอกชน ($n = 149$) ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรก ร้อยละ 68.5

มีอายุระหว่าง 21-25 ปี ร้อยละ 32.2 และรองลงมา คือ อายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 30.9 อายุครรภ์ส่วนใหญ่ระหว่าง 33 -37 สัปดาห์ ร้อยละ 18.1 และรองลงมา คือ อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ ร้อยละ 17.4 สถานภาพสมรสของหญิงตั้งครรภ์กับสามี โดยส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 96 ส่วนใหญ่ฝากครรภ์พิเศษกับสูติแพทย์ ร้อยละ 95.3 กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิในการรักษา คือ ชำระเงินเอง ร้อยละ 62.4 รองลงมา คือ บัตรผู้ประกันตน (ปกส.) ร้อยละ 28.2 ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 26.8 รองลงมา คือ อาชีพลูกจ้าง หรือพนักงานบริษัท ร้อยละ 21.5 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 22.8 รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี และมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 21.5 และ 20.1 ตามลำดับรายได้ของครอบครัวต่อเดือน โดยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 32.2 รองลงมา คือ ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 20.8 โดยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 87.9 และมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 12.1 ได้แก่ ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 66.7 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด ($n = 18$) รองลงมาคือ ภาวะรกเกาะต่ำ ร้อยละ 11.1 และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 57.7 และเคยได้รับข้อมูล ร้อยละ 42.3 ($n = 63$) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากเพื่อน ร้อยละ 28.6 รองลงมา คือ จากญาติ และแพทย์หรือพยาบาล ร้อยละ 27 และ 12.7 ตามลำดับ

2. ความต้องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ไม่ต้องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 78.6 เมื่อแยกพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ และคลินิกเอกชน พบว่า โดยส่วนใหญ่ไม่ต้องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 82.6 และ 74.5 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลของรัฐ และคลินิกเอกชน ร้อยละ 17.4 และ 25.5 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในคลินิกเอกชนมีความต้องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งนี้ เหตุผลสำคัญที่สุดของหญิงตั้งครรภ์ที่



ต้องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือ ไม่ต้องการเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด กลัวคลอดทางช่องคลอดไม่ได้ และรับรู้ว่าเป็นวิธีการคลอดที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับทารกในครรภ์ ร้อยละ 38.5, 24.6 และ 23.1 ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการได้รับการสนับสนุนของหญิงตั้งครรภ์แรกกับการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอยู่ในระดับน้อย (0 – 8 คะแนน) ร้อยละ 94.1 และมีความรู้อยู่ในระดับมาก (9-15 คะแนน) เพียงร้อยละ 5.9 อย่างไรก็ตามเมื่อแยกพิจารณาในกลุ่มที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ และคลินิกเอกชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอยู่ในระดับมาก มีจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ในคลินิกเอกชน ร้อยละ 7.1 และ 4.7 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาโดยภาพรวม พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น ร้อยละ 56.3

สำหรับความคิดเห็นหรือทัศนคติเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.6 เมื่อแยกพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐและคลินิกเอกชน พบว่า กลุ่มมีทัศนคติในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.6 และ 86.6 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาโดยภาพรวม พบว่า ข้อที่หญิงตั้งครรภ์เห็นด้วยมากที่สุด คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทำให้ไม่เสียเวลาในการเจ็บครรภ์คลอดนาน (Mean = 3.57, SD = 1.14) การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นวิธีที่นิยมในปัจจุบันเพราะมีเครื่องมือที่ทันสมัยมากกว่าในอดีต (Mean = 3.47, SD = 0.95) การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทำให้ช่องคลอดไม่หย่อนยาน (Mean = 3.43, SD = 1.07) และสามารถตัดสินใจเลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ด้วยตนเอง (Mean = 3.14, SD = 1.19) ตามลำดับ และข้อที่หญิงตั้งครรภ์เห็นด้วย

น้อยที่สุด คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทำให้เกิดความผูกพันระหว่างแม่กับลูกมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด (Mean = 2.20, SD = 0.99)

การได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.6 เมื่อแยกพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ และคลินิกเอกชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.3 และ 59.1 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกเอกชนได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่า เมื่อพิจารณาโดยภาพรวม พบว่า ข้อที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด คือ หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของสูติแพทย์ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Mean = 3.57, SD = 1.00) และมีความมั่นใจในวัสดุ อุปกรณ์ของโรงพยาบาลที่ตัดสินใจผ่าตัดคลอด (Mean = 3.32, SD = 1.04) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรกกับการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่า ระดับความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่ระดับความคิดเห็นหรือทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์ต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และระดับการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 1)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระดับน้อย และระดับความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือก



ตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท และวิภาดา เชื้อศุภโรบล¹⁰ ที่พบว่ากลุ่มระดับความรู้ที่มีคะแนนสูงกว่าจะมีทัศนคติโน้มเอียงไปทางการเลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด แต่ผลการศึกษาสอดคล้องกันในกลุ่มที่มีระดับความรู้คะแนนน้อยกว่าจะมีทัศนคติต้องการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่า ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และ 6 โดยความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นความรู้ที่ลึกซึ้งเฉพาะด้าน เนื้อหาส่วนใหญ่จะบรรจุในหลักสูตรของนักศึกษา แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข อีกทั้ง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง อาจไม่เพียงพอ ตลอดจนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคลอด ข้อดีข้อเสียของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กระบวนการคลอดทางช่องคลอด และการเตรียมตัวก่อนคลอดจากแพทย์หรือพยาบาลอาจไม่ทั่วถึงหรือไม่ครอบคลุมในหญิงตั้งครรภ์ทุกคน

นอกจากนี้ พบว่าโดยส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าคุณค่าที่เป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการคลอดของตนเอง คือ สูติแพทย์ผู้ดูแล เพราะสูติแพทย์เป็นผู้ทำคลอด จึงพิจารณาได้ว่าตนจะสามารถคลอดทางช่องคลอดได้หรือไม่ รองลงมา คือ ตัวหญิงตั้งครรภ์เองที่จะประเมินสภาวะหรือสุขภาพ ตลอดจนความสามารถของตนเองที่จะคลอดทางช่องคลอดได้หรือไม่ ซึ่งอาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพราะการดูแลรักษาให้ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของสูติแพทย์ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ถือว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการศึกษาครั้งนี้พบว่า เหตุผลสำคัญที่สุดของหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือ ไม่ต้องการเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด กลัวคลอดทางช่องคลอดไม่ได้ และรับรู้ว่าเป็นวิธีการคลอดที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับทารกในครรภ์ ร้อยละ 38.5; 24.6 และ 23.1 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hopkins¹¹ ในหญิงตั้งครรภ์ชาวบราซิล ที่เลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการคลอดทางช่องคลอด รวมทั้งการผ่าตัด

คลอดทำได้รวดเร็ว และไม่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ในอนาคต และการศึกษาของ Yamasmit and Chaithongwongwatthana³ ที่พบว่าความกลัวการเจ็บครรภ์คือเหตุผลที่พบบ่อยที่สุดของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ขอการคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การศึกษาของ Handelzalts et al.¹² ที่พบว่าความกลัวต่อการคลอดบุตร (fear of childbirth) เป็นเหตุผลสำคัญต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ของหญิงตั้งครรภ์ ครั้งแรก และการศึกษาของ Torloni et al.⁵ ที่พบว่าความกลัวต่อความปวด ความสะดวกในการกำหนดช่วงเวลาของการคลอดด้วยตนเอง และการรับรู้ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อทารกน้อยกว่าการคลอดทางช่องคลอด เป็นเหตุผลสำคัญของหญิงตั้งครรภ์ชาวอิตาลีที่ตัดสินใจขอการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง การรับรู้ความกลัวต่อการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่สำคัญอันมีอิทธิพลต่อการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นหรือทัศนคติเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.6) และพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ($p < 0.05$) โดยการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นเด่นชัดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติที่ดีต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระดับปานกลางและในระดับที่ดีมีแนวโน้มในการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ พนา พวงมะลิ¹³ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีค่านิยมเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระดับปานกลาง การศึกษาของ พิลลรัตน์ โพธิ์ทอง¹⁴ ที่พบว่าทัศนคติต่อการคลอดปกติที่มีค่าคะแนนในระดับต่ำ และค่านิยมต่อการคลอดปกติในระดับต่ำ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาครั้งแรก และการศึกษาของ Yamasmit and Chaithongwongwatthana³ ที่พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระดับสูงมีการตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูง



กว่ากลุ่มที่มีคะแนนการรับรู้ดังกล่าวในระดับต่ำ 2.36 เท่า (OR = 2.36) ดังนั้น ค่านิยม การรับรู้ หรือทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจึงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์

ระดับการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ของหญิงตั้งครรภ์เป็นอีกปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ($p < 0.05$) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ในระดับน้อยจะมีความต้องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระดับน้อยเช่นกัน แต่ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ในระดับมาก มีแนวโน้มในการตัดสินใจต้องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระดับสูง โดยการได้รับการสนับสนุนอาจได้ข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาล รวมถึงการตัดสินใจร่วมกันระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามีหรือญาติ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พิลล์ตัน โพธิ์ทอง¹⁴ ที่พบว่าคำแนะนำทางด้านลบต่อการคลอดปกติที่แพทย์ให้กับมารดาเป็นปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาครรภ์แรก อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Handelzalts et al.¹² ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก แต่พบว่าเหตุผลสำคัญที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจดังกล่าวคือ ความกลัวการคลอดของหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้สะท้อนข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเหตุผลของการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก อันมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อวิธีการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ต่อการคลอดทางช่องคลอดว่าเป็นสิ่งที่น่ากลัว เจ็บปวดทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด แต่รับรู้ว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นวิธีการคลอดที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับทารกในครรภ์ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินทัศนคติต่อวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ให้ครอบคลุมทั้งการรับรู้หรือความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด ตลอดจนมีแนวทางในการให้ข้อมูลและแนวทางเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดที่ชัดเจนและควรปรับบทบาทโดยใช้หลักการของความเป็นหุ้นส่วนการผดุงครรภ์ (Midwifery partnership)
2. ควรสอดแทรกเหตุผลและประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ตัดสินใจคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อให้ให้นิสิตนักศึกษาตระหนักต่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์
3. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณเงินรายได้ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Pinchaleaw D. Nursing for mother who received a cesarean section, forceps extraction and vacuum extraction. Nonthaburi: SPS Printing; 2004.
2. Yamasmit W. Cesarean delivery on maternal request. In: Phupong V, editor, Management of common problems in obstetrics. Samut Sakhon: Pimdee; 2012.
3. Yamasmit W, Chaithongwongwatthana S, Attitude and preference of Thai pregnant women towards mode of delivery. J Med Assoc Thai 2012; 95(5): 619-24.
4. American College of Obstetricians and Gynecologist. Cesarean delivery on maternal request. ACOG Committee Opinion No. 559. Obstet Gynecol 2013; 121: 904-7.
5. Torloni MR, Betrian AP, Montilla P, Scolaro E, Seuc A, Mazzoni A, et al. Do Italian women prefer cesarean section? Result from a survey on mode of delivery preference. BMC Pregnancy Childbirth 2013; 13(78): 1-8.



6. Tongprasert F. Cesarean section. In: Tongsong T, editor, *Obstetric*. 5th ed. Bangkok: Luksameerung; 2012.
7. Betan AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of cesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediat Perinat Epidemiol* 2007; 21: 98-113.
8. Suwansujarid T. *Nursing for mother who received a cesarean section*. 2nd ed. Bangkok: P. Press; 2004.
9. พิกพ เอี้ยวสกุล. ข้อมูลการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสตูล. *วารสารวิชาการเขต 12* 2546; 14(1): 57-61.
10. ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท วิภาดา เชื้อสุขโรบล. ความรู้ทัศนคติ เกี่ยวกับการเลือกวิธีการคลอดของสตรี ตั้งครรภ์ที่รับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลโยธร. *ยโสธรเวชสาร* 2543; 2(2): 70-6.
11. Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(5): 430-6.
12. Handelzalts JE, Fisher S, Lurie S, Shalev A, Golan A, Sadan O. Personality, fear of childbirth and cesarean delivery on demand. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91(1): 16-21.
13. Puangmali P. The value of cesarean section to pregnant women. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1998.
14. Pothong P. Factors affecting elective cesarean section among nulliparous women. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2002.

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ระดับทัศนคติ และระดับการได้รับการสนับสนุนกับการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลรัฐ และคลินิกเอกชน

ตัวแปร	ไม่ต้องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (n = 239)		ต้องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (n = 65)		ค่า X ²
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง					
ระดับความรู้น้อย (0 – 8 คะแนน)	227	95.0	59	90.8	0.163 (NS)*
ระดับความรู้มาก (9 – 15 คะแนน)	12	5.0	6	9.2	
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง					
เห็นด้วยมาก / ทัศนคติดี	5	2.2	4	6.2	0.003 (S)
เห็นด้วยปานกลาง / ทัศนคติปานกลาง	193	84.6	61	93.8	
เห็นด้วยน้อย / ทัศนคติไม่ดี	30	13.2	0	0.0	
	Missing 11				
ระดับการได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง					
ได้รับการสนับสนุนมาก	5	2.1	5	7.7	0.000 (S)
ได้รับการสนับสนุนปานกลาง	122	51.0	47	72.3	
ได้รับการสนับสนุนน้อย	112	46.9	13	20.0	

หมายเหตุ: S = significance, NS = non significance or no statistical significance * ใช้ Fisher's Exact test



The Relationships among Knowledge Attitude and The Social Support for Decision Making to Cesarean Section of Primigravidarums

Boonmee Phoodaangau PhD*

Jidapa Poogpan M.N.S.**

Abstract

The objective of this descriptive research was to study the relationships among knowledge, attitude and the social support for decision making to cesarean section of the primigravidarums. The samples consisted of the 304 first pregnant women who received prenatal care services in public hospitals and private clinics in Mahasarakham province and Kalasin province. The data was collected by the questionnaires related to knowledge, attitude and social support questions about cesarean section. The statistics in analyzing the data were frequency, percentage, mean, standard deviation and contingency coefficient.

The results showed that level of knowledge was not associated with the decision for cesarean section of pregnant women. However, the level of attitude and the social support for decision making to cesarean section were associated significantly with the cesarean delivery of the pregnant women ($p \leq 0.05$). These findings suggested that nurses should assess and recognize the attitude and social support which can influence on the decision for delivery method of pregnant women. Midwives have to make sure that they provide enough an accurate information about the cesarean section. Moreover, the pregnant women should be encouraged necessarily for empowerment. Finally, they should be enhanced the positive attitude and would be established the additional self-confidence in giving birth naturally.

Keywords : knowledge, attitude, social support, cesarean section, pregnant women

* Lecturer, Family Nursing Divisions, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

** Assistant Professor, Pediatric Nursing Divisions, Faculty of Nursing, Mahasarakham University