

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด ของสตรีตั้งครรภ์แรก*

Factors influencing elective cesarean section intention among primigravida women

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2560

Volume 40 No.1 (January-March) 2017

สาวิกา ไบบริสสุตติกุล พย.ม.** พิริยา ศุภศรี วท.ม.*** ตติรัตน์ เตชะสุกศรี Dr.P.H.****

Savika Jaiborisuttikul M.N.S** Piriya Suppasri M.Sc*** Tatirat Tachasuksri Dr.P.H.****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และแบบสอบถามความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 16.2 ($\beta = .403, F_{1,118} = 22.851, p < .001$) ดังนั้น พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรหากลยุทธ์ในการส่งเสริมให้กลุ่มบุคคลอ้างอิงให้ตระหนักถึงประโยชน์ของวิธีการคลอดเอง เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์แรกมีความตั้งใจคลอดบุตรด้วยตนเองมากกว่าการผ่าตัดคลอด

คำสำคัญ : ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความตั้งใจเลือกผ่าตัดคลอด

Abstract

This predictive research aimed to examine factors influencing of elective cesarean section intention among primigravida women. Study was primigravidarum receiving antenatal care at Nopparatrajathanee hospital. The sample was 120 primigravidarum. Data were collected from April to June 2016. Research instruments included a demographic record form, the attitude towards cesarean section questionnaire, the subjective norms of choosing cesarean section questionnaire, the childbirth self-efficacy questionnaire and the intention of selecting cesarean section questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics and standard multiple regression analysis.

*Thesis of Master of Nursing in Advanced Midwifery, Burapha University,

**Student Master of Nursing in Advanced Midwifery, Burapha University,

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University,

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

Results revealed that only the subjective norms of choosing cesarean section significant predict elective cesarean section intention among primigravida women, explaining 16.2% of variance ($\beta = .403$, $F_{1,118} = 22.851$, $p < .001$). Therefore, nurses an antenatal care should find strategy promote family and personal group-health have to realize their values in normal labor for support primigravida women have vaginal delivery intention more than elective cesarean section intention.

keywords : attitude, subjective norms, childbirth self-efficacy, intention for cesarean-section

บทนำ

สถานการณ์คลอดในปัจจุบัน พบว่า มีอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดทั่วโลกสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดในอัตราไม่เกินร้อยละ 15 ของการคลอดทั้งหมด¹ จากการสำรวจอัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2013 พบว่า มีหลายประเทศที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูง เช่น ตุรกี เม็กซิโก อิตาลี เกาหลีใต้ และโปแลนด์ เป็นร้อยละ 50.4, 45.2, 36.1, 34.6 และ 32.5 ตามลำดับ² จากการสำรวจอัตราการผ่าตัดคลอดในทวีปเอเชีย ค.ศ. 2007 ถึง ค.ศ.2008 พบว่า ประเทศจีน เวียดนาม และไทย เป็นร้อยละ 46.2, 35.6 และ 34.1 ตามลำดับ³ จากการสำรวจอัตราผ่าตัดคลอดในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูง ร้อยละ 32 และ พบว่า กรุงเทพมหานคร มีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 42.6 ซึ่งเป็นอัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่าภาคอื่น ๆ⁴

แม้ว่าการผ่าตัดคลอดจะเป็นวิธีการช่วยคลอดที่มีประสิทธิภาพ แต่ก็ใช่วิธีที่เหมาะสมเฉพาะสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น ซึ่งองค์การอนามัยโลก พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงกว่าร้อยละ 10 ไม่สัมพันธ์กับการลดอัตราการตายของมารดาและทารก¹ นอกจากนี้ในการผ่าตัดคลอดจะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกทั้งในระยะสั้น และระยะยาว เช่น เพิ่มโอกาสเกิดการแตกของมดลูก เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด⁵ ความผิดปกติเกี่ยวกับการฝังตัวของรกในครรภ์ต่อไป มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่าสตรีที่คลอดเอง ทารกมีภาวะแทรกซ้อนจากระบบทางเดินหายใจ⁶ ทารกเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบ⁷ และทารก

เสี่ยงต่อภาวะได้รับรอยแผล บาดแผล จากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยเหลือนำทารกขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง⁸ ดังนั้น การผ่าตัดคลอดควรทำเฉพาะในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น

สาเหตุที่ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดสูง เกิดจากความตั้งใจในการร้องขอผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์^{7,9} ซึ่งเป็นสาเหตุนอกเหนือจากที่ได้ระบุไว้ในข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์นั้น เป็นความคิดที่เกิดจากภายในจิตใจที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดเป็นพฤติกรรมที่สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ที่ว่า พฤติกรรม ส่วนใหญ่ของบุคคลจะอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจของแต่ละบุคคล จะเป็นตัวกำหนดให้กระทำ หรือไม่กระทำ พฤติกรรมนั้น ๆ¹⁰ ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดจาก 3 ปัจจัย คือ 1) ทักษะติดต่อพฤติกรรม ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีทักษะติดต่อการผ่าตัดคลอดในเชิงบวก เช่น เป็นวิธีการคลอดที่สามารถกำหนดวันคลอดได้ตามฤกษ์ยาม ไม่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด อวัยวะสืบพันธุ์หรือช่องทางคลอดไม่ได้รับความเสียหาย¹¹ และเป็นวิธีการคลอดที่ไม่น่ากลัวก็จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความตั้งใจในการเลือกวิธีการผ่าตัดคลอด¹² 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง พบว่า กลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ สามีน มารดา เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์จะมีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์¹¹⁻¹³ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม พบว่า สตรีส่วนใหญ่ร้อยละ

50 ที่ตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถที่จะควบคุมตนเองในขณะคลอดต่ำ⁹

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า สถิติการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งการผ่าตัดคลอดมีความจำเป็นสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก และเลือกศึกษาวิจัยที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อใช้เป็นกรณีศึกษา เนื่องจากมีอัตราการผ่าตัดคลอดในปีงบประมาณ 2558 ร้อยละ 33.85¹⁴ เป็นอัตราที่สูงเกินกว่าองค์การอนามัยโลกกำหนด และตั้งอยู่เขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเขตที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุดในประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ได้แก่ ทศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

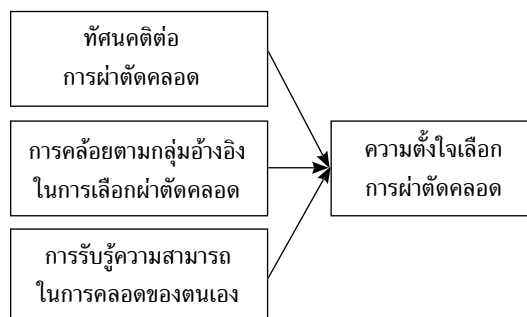
ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen¹⁰ ร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอธิบายว่าความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่เกิดจากปัจจัยขึ้น 3 ประการ ได้แก่ 1) ทศนคติต่อพฤติกรรม 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ดังนี้

1. ทศนคติต่อการผ่าตัดคลอด เป็นความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อวิธีการคลอด ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้มีแนวโน้มที่จะ

แสดงออกในทางสนับสนุนหรือปฏิเสธการคลอดด้วยตนเอง

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด เป็นอิทธิพลของบุคคล หรือ ที่มีผลต่อการชักนำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการคล้อยตามความเชื่อ และแรงจูงใจ ที่จะเลือกวิธีการคลอดตามความคิดของกลุ่มอ้างอิงนั้น ซึ่งจะต้องมีความใกล้ชิด ที่สร้างความไว้วางใจ มีประสบการณ์ในการคลอด ให้กับสตรีตั้งครรภ์

3. การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง เป็นความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์ ที่มีต่อความสามารถในตนเองที่จะเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด และความกลัวการคลอด สตรีที่มีการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองต่ำ จะมีความกลัวในการคลอดเองสูง จึงทำให้เลือกวิธีการผ่าตัดคลอด ซึ่งสามารถเขียนสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดัง ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นสตรีตั้งครรภ์แรก ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะ ดังนี้ 1) อายุ 19-34 ปี 2) อายุครรภ์ 32-40 สัปดาห์ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม ที่เป็นข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการผ่าตัดคลอด 4) ตั้งใจเลือกผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ 5) สัญชาติไทย สามารถสื่อสาร พูด ฟัง อ่าน เขียน ด้วยภาษาไทย ได้ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรของ กรีน¹⁵ เนื่องจากเป็นสูตรที่ใช้คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทำนายผลจากค่าตัวแปร และใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรผลลัพธ์กับตัวแปรต้นแต่ละตัวได้ สูตรคำนวณคือ $N \geq 104 + m$ ซึ่ง N คือขนาดตัวอย่าง m คือจำนวนตัวแปรต้น เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับ 107 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และค่าผิดปกติ (outlier) ของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10^{16} จะได้เท่ากับ 118 คน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 120 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบโดยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด มาเรียงลำดับตามบัตรคิวที่มารับบริการฝากครรภ์ แล้วทำการสุ่มแบบคนเว้นคนในแต่ละวัน จนครบจำนวนตามที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ อายุครรภ์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และลักษณะครอบครัว

2. แบบสอบถามทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามทัศนคติต่อการเลือกวิธีการคลอดของ Tai¹³ โดยใช้เฉพาะส่วนข้อคำถามที่เกี่ยวกับทัศนคติต่อการเลือกผ่าตัดคลอด ปรับคำถามให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมากเท่ากับ 4 คะแนน ไม่แน่ใจเท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยเท่ากับ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 8-40 คะแนน การแปลความหมาย ใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด และแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 8.00 - 18.66 หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการผ่าตัดคลอดระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 18.67 - 29.33 หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการผ่าตัดคลอดระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 29.34 - 40.00 หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการผ่าตัดคลอดระดับสูง

3. แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ในการเลือกผ่าตัดคลอด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ความเชื่อของกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด จำนวน 3 ข้อ และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน มากเท่ากับ 4 คะแนน ไม่แน่ใจเท่ากับ 3 คะแนน น้อยเท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-30 คะแนน การแปลความหมาย ใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด และแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 6.00 - 12.00 หมายถึง สตรีมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 12.01 - 18.00 หมายถึง สตรีมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 18.01 - 24.00 หมายถึง สตรีมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดระดับสูง

4. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง ของ Lowe¹⁷ ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ¹⁸ จำนวน 30 ข้อ แบบสอบถามนี้ผ่านการหาความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 7 คน คือ พยาบาลวิชาชีพด้านผดุงครรภ์ไทย 4 คน และพยาบาลไทยที่

เชี่ยวชาญเรื่องการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง 3 คน และนำไปหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ .86 ซึ่งแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือความคาดหวังในผลลัพธ์ จำนวน 15 ข้อ และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ คือ ไม่มั่นใจเลยให้ 1 คะแนน และมั่นใจมากที่สุดให้ 10 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30-300 คะแนน การแปลความหมาย ใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด และแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 30.00 – 120.00 หมายถึง สตรีมีการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 120.01 – 210.00 หมายถึง สตรีมีการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 210.01 – 300.00 หมายถึง สตรีมีการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองระดับสูง

5. แบบสอบถามความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย การคาดการณ์ด้วยตนเอง ความต้องการที่จะกระทำ และความตั้งใจที่จะกระทำ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน มากเท่ากับ 4 คะแนน ปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน น้อยเท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 3-15 คะแนน การแปลความหมาย ใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด และแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.00 – 7.00 หมายถึง สตรีมีความตั้งใจเลือกผ่าตัดคลอดระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 7.01 – 11.00 หมายถึง สตรีมีความตั้งใจเลือกผ่าตัดคลอดระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 11.01 – 15.00 หมายถึง สตรีมีความตั้งใจเลือกผ่าตัดคลอดระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่สนคิตต่อการผ่าตัดคลอด แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และแบบสอบถามความตั้งใจเลือกผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ สูติแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขามารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ 4 คน ตรวจสอบความตรงเนื้อหา พร้อมทั้งนำไปหาความตรงตามเนื้อ (content validity) เท่ากับ .81, .80 และ 1.00 ตามลำดับ และแบบสอบถามทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และแบบสอบถามความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) เท่ากับ .72, .70, .95 และ .87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และแบบสอบถามความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด ภายหลังได้รับการบริการฝากครรภ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยจัดสถานที่ในการตอบแบบสอบถามที่มีความเป็นส่วนตัว โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อ่าน และตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล เดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่า

เฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยวิธีถดถอยพหุคูณ แบบมาตรฐาน (Standard multiple regression analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 07-02-2559 และได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ 20/2559

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 24.64 ปี มีอายุอยู่ระหว่าง 19-22 ปี มากที่สุดร้อยละ 45 ประกอบอาชีพรับจ้างหรือพนักงานบริษัทมากที่สุด ร้อยละ 44.17 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มากที่สุดร้อยละ 55.83 เป็นครอบครัวขยาย มากที่สุดร้อยละ 54.17 ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 32-36 สัปดาห์ ร้อยละ 68.33 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 96.67 และรายได้รวมระหว่างสามีและภรรยาอยู่ในช่วง 10,001-50,000 บาท ร้อยละ 75.83

2. ทศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดในระดับปานกลาง ($Mean = 24.95, SD = 4.69$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดในระดับปานกลาง ($Mean = 13.87, SD = 3.63$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองในระดับสูง ($Mean = 232.05, SD = 44.73$) และค่าเฉลี่ยคะแนน

ความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดในระดับต่ำ ($Mean = 6.30, SD = 2.62$) (ตารางที่ 1)

3. ปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .364; F_{3,116} = 8.892, p < .001$) ส่วนปัจจัยด้านทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด และปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง ไม่สามารถทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด พบว่า สามารถใช้ทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ร้อยละ 16.2 ($\beta = .403; F_{1,118} = 22.851, p < .001$) (ตารางที่ 2)

ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$C/S = 2.267 + .291(SN)$$

สมการในรูปของคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{C/S} = .403(Z_{SN})$$

เมื่อ C/S = ความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกที่ประมาณค่าได้

$Z_{C/S}$ = ค่าของความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกที่ประมาณค่าได้ในรูปของคะแนนมาตรฐาน

SN = คะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการคลอด

Z_{SN} = คะแนนมาตรฐานของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการคลอด

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ($n = 120$)

ตัวแปร	Range		Mean	SD	ระดับ
	Possible	Actual			
ทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด	8-40	12-38	24.95	4.69	ปานกลาง
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด	6-30	7-26	13.87	3.63	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง	30-300	96-300	232.05	44.73	สูง
ความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด	3-15	3-15	6.30	2.62	ต่ำ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ($n=120$)

ตัวแปรที่ใช้พยากรณ์	B	Std. Error	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	2.340	1.566		1.494	.138,
ทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด	.077	.051	.138	1.533	.128,
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.263	.063	.364	4.152	< .001***
การรับรู้ความสามารถในการคลอด	-.007	.005	-.123	-1.426	.1571
$F_{3,116} = 8.892$, $R = .432$, $R^2 = .187$, Adjusted $R^2 = .166$					
ค่าคงที่	2.267	.874		2.595	.011
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.291	.061	.403	4.780	<.001***
$F_{1,118} = 22.851$, $R = .403$, $R^2 = .162$, Adjusted $R^2 = .155$					

*** $p < .001$

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่สามารถใช้พยากรณ์ความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ คือ ปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แต่ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด และปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง ไม่สามารถใช้พยากรณ์ความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

1. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด สามารถใช้พยากรณ์ความตั้งใจเลือกการ

ผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถใช้พยากรณ์ความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ร้อยละ 16.2 ($\beta = .403$; $F_{1,118} = 22.851$, $p < .001$) ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า เป็นตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน¹⁰ ซึ่งกลุ่มบุคคลอ้างอิงเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญในการทำให้เกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรา วิชัยดิษฐ์¹⁹ และ อีระ สินเดชารักษ์และคณะ⁷ ที่พบว่ากลุ่มบุคคลใกล้ชิดสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ สามเณร มารดาตนเอง เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ มีอิทธิพลต่อ

การเลือกวิธีการผ่าตัดคลอด ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 54.17 ซึ่งตามวัฒนธรรมไทยที่มีเครือญาติอยู่ร่วมเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน จะมีการถ่ายทอดค่านิยมความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม ประสพการณ์ต่าง ๆ ให้กับตัวบุคคล²⁰ จึงทำให้กลุ่มบุคคลอ้างอิงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกการผ่าตัดคลอด ดังนั้น กลุ่มบุคคลอ้างอิงจึงมีความสำคัญมากที่จะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการคลอด เนื่องจากกลุ่มบุคคลอ้างอิงนั้นมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจ และการคล้อยตามในการเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของสตรีตั้งครรภ์

2. ทศนคติต่อการผ่าตัดคลอด ไม่สามารถใช้ทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตศิลป์¹¹ ที่พบว่า ทศนคติเป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอด ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 54.17) ตามวัฒนธรรมไทยที่มีเครือญาติอยู่ร่วมเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน จึงมีความใกล้ชิด รู้จักกันตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม ประสพการณ์ต่าง ๆ ให้กับตัวบุคคล²⁰ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะปรึกษากับมารดาตนเอง เนื่องจากมารดาเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดมากที่สุด และมีประสพการณ์ตรงในการคลอดมาก่อน และ พบว่า มารดาของสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะให้คำแนะนำ ชักจูง ให้บุตรคลอดเองทางช่องคลอด เนื่องจากมีความเชื่อว่าการคลอดบุตรเป็นเรื่องธรรมชาติของสตรี เป็นวิธีคลอดที่ปลอดภัย¹³ ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ครอบครัวขยาย ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการตัดสินใจในการเลือกวิธีการคลอดด้วยตนเอง มีการพึ่งพาการตัดสินใจของคนในครอบครัว ทศนคติต่อการผ่าตัดคลอดของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ จึงไม่สามารถใช้ทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้

3. การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง ไม่สามารถใช้ทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองในระดับสูง ซึ่งจากงานวิจัยของ Schwartz และคณะ²¹ และงานวิจัยของ Sanavi และคณะ²² พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองต่ำจะเลือกการผ่าตัดคลอด และจากการศึกษาของ จันทรเพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ²³ พบว่า สตรีที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง จะส่งผลให้สตรีผู้คลอดสามารถประคับประคองจิตใจตนเอง สามารถบรรเทาความเจ็บปวดครรภ์ได้ด้วยตนเองทำให้คลอดเองทางช่องคลอดได้สำเร็จ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการคลอดสูงจึงไม่สามารถนำไปทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดได้ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์แรกไม่มีประสพการณ์ตรงในการคลอด ซึ่งทำให้การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง ไม่สามารถใช้ทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกในการวิจัยครั้งนี้ได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลแผนกสูติกรรม จัดโปรแกรมหรือกิจกรรมสำหรับกลุ่มอ้างอิง และสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้มีความรู้ ค่านิยม ทศนคติต่อการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ลดลง และเพื่อให้กลุ่มอ้างอิงนำความรู้ที่ได้ไปให้คำแนะนำ หรือชักจูง ให้สตรีตั้งครรภ์เลือกวิธีการคลอดเองเพิ่มมากขึ้น

2. ผู้สอนในสถานศึกษาในการเรียนการสอน เน้นความสำคัญของกลุ่มอ้างอิง โดยการสอนแนะนำ เพื่อถ่ายทอดไปสู่สตรีตั้งครรภ์ต่อไป เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในทศนคติที่ถูกต้องกับการผ่าตัดคลอด โดยมุ่งเน้นให้สตรีตั้งครรภ์ลดการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาในเชิงคุณภาพว่ากลุ่มอ้างอิงใด มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์มากที่สุด เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างกลยุทธ์ให้สตรีตั้งครรภ์มีความตั้งใจเลือกการคลอดเองเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ มหาวิทยาลัยบูรพา สตรีตั้งครรภ์แรกที่เข้าร่วมการวิจัย หัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดี

References

1. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates [Internet]. 2015 [cited 2015 May 6]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/>
2. McCarthy N. Which countries have the highest caesarean section rates. [Internet]. 2016 [cited 2016 January 26]. Available from <http://www.forbes.com/sites/niallmccarthy/2016/01/12/which-countries-have-the-highest-caesarean-section-rates-infographic/#54904c6e44ff>.
3. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: The WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. *Lancet* 2010; 375(9731): 490–9.
4. National Statistical Office. Thailand multiple Indicator cluster survey. [Internet]. 2013 [cited 2015 October 5]. Available from http://www.unicef.org/thailand/tha/Exe_Summary_Thai.pdf. (in Thai)
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. *ACOG* 2013; 121(4): 423–8.
6. Sadat Z. Reasons for elective cesarean section in Iranian women. *Nurs Midwifery Stud* 2014; 3(3): 1–2.
7. Sindecharuk T, Sakdapunyadacha S, Kopkitpisansuk K. Cesarean section: Is this the way we should choose?. The 3rd International and National Conference on Sustainable Rural Development 2013 May 9–10 Centara Hotel & Convention Centre. Khon Kaen; 2013. (in Thai)
8. Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *ACOG* 2013; 210(3): 179–93.
9. Sanavi FS, Rakhshani F, Ansari-Moghaddam A, Edalatian M. Reasons for elective cesarean section amongst pregnant women: A qualitative study. *J Reprod Infertil* 2012; 13(4), 237–40.
10. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50(2): 179–211.
11. Onbunnasilp S. Attitude toward cesarean section among primigravids at Krathum Bean Hospital, Samut Sakhon Province. *Journal of Health Science* 2008; 17(5): 834–44. (in Thai)
12. Hildingsson I. Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth a longitudinal cohort study. *Sex Reprod Healthc* 2014; 5(2): 75–80.

13. Tai CY. Development of an investigator-designed questionnaire concerning childbirth delivery options based on the theory of planned behavior [Master's thesis]. Hong Kong: University of South Florida; 2013.
14. Nopparatrajathanee hospital. Cesarean section rates for fiscal year 2015. [Letter]. 2016. (in Thai)
15. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics 5th ed. Boston: Pearson Education; 2007.
16. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: Principles and methods 5th ed. Philadelphia: JB. Lippincott; 1995.
17. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. JPOG 2000; 21(4): 219-24.
18. Tanglakmankhong K, Perrin NA, Lowe NK. Childbirth self-efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: Psychometric properties of Thai language versions. JAN 2010; 67(1): 193-203. (in Thai)
19. Vichaidithsa P. Sociocultural factors relating mothers' decision in choosing cesarean section. Bangkok: Mahidol Univ.; 1997. (in Thai)
20. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. New York: Applenton Century Crofts; 1987.
21. Schwartz L, Toohill J, Creedy DK, Baird K, Gamble J, Fenwic J. Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. BMC Pregnancy and Childbirth 2015, 15(29): 1-9.
22. Sanavi FS, Rakhshani F, Ansari-Moghaddam A, Edalatian M. Reasons for elective cesarean section amongst pregnant women: A qualitative study. JRI 2012, 13(4): 237-40.
23. Armmapat C, Witchakul P, Wichainprapha A. The relationship between perceived self-efficacy and health behaviors during childbirth among first time mothers. Journal of Phrapokklao Nursing College 2011, 22(1): 28-37. (in Thai)