

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก

สาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มิถุนายน 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

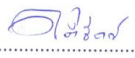
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์พริษา สุขศรี)

 อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทราวดี เขียวพิเชฐ)

 กรรมการ
(รองศาสตราจารย์พริษา สุขศรี)

 กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)

 กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพา

 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)

วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ พริยา สุภศรี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยความเสมอมา ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ และให้คำแนะนำ แก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี บุคลากรแผนกฝากครรภ์ ตลอดจนสตรีตั้งครรภ์ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อประวิทย์ คุณแม่สายสมร ใจบริสุทธิ์กุล คุณสามีอดีเทพ อุยยะพัฒน์ และลูกน้อย ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แต่บุพการี บุรพจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้า เป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

สาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล

53920615: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์ขั้นสูง; พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คำสำคัญ: ทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอด/ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด/
การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง/ ความตั้งใจเลือกผ่าตัดคลอด
สาวิกา ไจบริสุทธิกุล: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของ
สตรีตั้งครรภ์แรก (FACTORS INFLUENCING ELECTIVE CESAREAN SECTION
INTENTION AMONG PRIMIGRAVIDA WOMEN) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์:
พริยา สุภศรี, วท.ม., ดติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, Dr.P.H. 68 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

การผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สาเหตุหนึ่ง
เนื่องจากความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของผู้คลอด การวิจัยแบบเชิงพยากรณ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ได้แก่ ทักษะคิด
ต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดและการรับรู้ความสามารถ
ในการคลอดของตนเอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สตรีครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาล
นพรัตนราชธานี จำนวน 120 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูล
ระหว่างเดือนเมษายน-เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอด แบบสอบถาม
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอด
ของตนเอง และแบบสอบถามความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของ
ครอนบาคเท่ากับ .72, .70, .95 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา
และวิธีถดถอยพหุคูณ แบบมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือก
ผ่าตัดคลอด และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจ
เลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ร้อยละ 18.7 ($R^2 = .187, F_{3,116} = 8.892$)
และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดเป็นปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือก
การผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .403, P < .001$)

ผลการวิจัยในครั้งนี้เสนอแนะว่า พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรหากลยุทธ์ในการส่งเสริม
ความเชื่อ ค่านิยมของสตรีตั้งครรภ์แรก ครอบครัว รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพให้เข้าใจ
และตระหนักถึงประโยชน์ของวิธีการคลอดเอง เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความตั้งใจเลือกวิธีการคลอด
ทางช่องคลอด มากกว่าการผ่าตัดคลอด โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

53920615: MAJOR: ADVANCED MIDWIFERY; M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

KEYWORDS: ATTITUDE TOWARD CESAREAN SECTION/ SUBJECTIVE NORMS OF CHOOSING CESAREAN SECTION/ CHILDBIRTH SELF-EFFICACY/ INTENTION FOR CESAREAN SECTION

SAVIKA JAIBORISUTTIKUL: FACTORS INFLUENCING ELECTIVE CESAREAN SECTION INTENTION AMONG PRIMIGRAVIDA WOMEN. ADVISORY COMMITTEE: PIRIYA SUPPASRI, M.Sc., TATIRAT TACHASUKSRI, Dr.P.H. 68 P. 2017.

One factor that effect the increasing rates of cesarean section without medical indications is elective cesarean section intention. This predictive research aimed to examine factors influencing intention of elective cesarean section among primigravida women which included attitude towards cesarean section, subjective norms of choosing cesarean section and perceived childbirth self-efficacy of primigravidarum receiving antenatal care at Nopparatrajathanee hospital. The sample of 120 primigravidarum select by systematic random sampling. Data were collected from April to June 2016 by using self-report questionnaires which included the Demographic Information Questionnaire, the Attitude Towards Cesarean Section Questionnaire, the Subjective Norms of Choosing Cesarean Section Questionnaire, the Perceived Childbirth Self-efficacy Questionnaire and the Intention to Selecting Cesarean Section Questionnaire. The Cronbach's alpha coefficients of the questionnaires were .72, .70, .95 and .87 respectively. Data was analyzed by using descriptive statistics and standard multiple regression analysis.

Results revealed that attitude towards cesarean section, subjective norms of choosing cesarean section and perceived childbirth self-efficacy together could significantly predict 18.7% of variance ($R^2 = .187$, $F_{3,116} = 8.892$) of elective cesarean section intention among primigravida women. Subjective norms of choosing cesarean section was the only significant predictor of elective cesarean section intention ($\beta = .403$, $P < .001$).

The results suggest that nurses at antenatal care clinic should develop interventions to promote beliefs and values related to normal birth among women, families, and health personnel to increase intention to vaginal delivery and reduce unnecessary cesarean.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
การผ่าตัดคลอด	8
ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรม	13
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด	17
3 วิธีดำเนินการวิจัย	25
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	25
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	26
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	29
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	29
การเก็บรวบรวมข้อมูล	30
การวิเคราะห์ข้อมูล	31

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	32
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	32
ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ในการเลือกผ่าตัดคลอด การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก.....	34
ตอนที่ 3 ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก.....	35
5 สรุปและอภิปรายผล	37
สรุปผลการวิจัย	37
อภิปรายผล	38
ข้อเสนอแนะ	41
บรรณานุกรม	43
ภาคผนวก	50
ภาคผนวก ก.....	51
ภาคผนวก ข.....	60
ประวัติย่อของผู้วิจัย	68

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์แรก.....	32
2	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก.....	34
3	การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด (X_1) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด (X_2) การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง (X_3) และความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด (Y).....	35
4	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก.....	36

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2	ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	16

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเองทางช่องคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ ซึ่งมีความเสี่ยงน้อยกว่า การผ่าตัดคลอด ทั้งด้านมารดาและทารก ด้านมารดา ได้แก่ มีอัตราการตายจากการคลอดต่ำกว่า เสี่ยงต่อการติดเชื้อและระดับความรุนแรงของการติดเชื้อน้อยกว่า มีภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นที่ปอด น้อยกว่า การเกิดปัญหาในการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งต่อไปได้น้อยกว่า กล่าวคือ ไม่ต้องผ่าตัด คลอดซ้ำเหมือนผู้ที่เคยผ่าตัดคลอดมาก่อนและไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดม ยาสลบ (ธีระ สตินเศชาธิ์, สิทธิอร ศักดาบุญเดช และเกตนันท์สิริ กอบกิจไพศาลสุข, 2556; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2013) ส่วนด้านทารก ได้แก่ โอกาสเกิดรอยถลอก รอยขีด จากการคลอดได้น้อยกว่า มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจผิดปกติ น้อยกว่า และเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยกว่า (ธีระ สตินเศชาธิ์ และคณะ, 2556; Caughey, Cahill, Guise, & Rouse, 2014) และองค์การอนามัยโลก พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงกว่าร้อยละ 10 ไม่สัมพันธ์กับการลดอัตราการตายของมารดาและทารก (World Health Organization [WHO], 2015) ดังนั้น การผ่าตัดคลอดจึงสงวนไว้เฉพาะสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่ตั้งครรภ์ และคลอด เท่านั้น เช่น ภาวะการคลอดติดขัดที่ผิดปกติส่วนระหว่างศีรษะทารกกับกระดูกเชิงกรานของมารดา ทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติไม่ใช่ศีรษะเป็นส่วนนำ ทารกตัวใหญ่ ภาวะกระดูกเชิงกรานหัก ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะสายสะดือย้อย ภาวะติดเชื้อเริ่มในช่วงใกล้คลอด ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ภาวะครรภ์แฝดที่ทารกในครรภ์ไม่มีส่วนนำเป็นศีรษะทั้งคู่ และสตรีตั้งครรภ์ที่เคยได้รับการผ่าตัดคลอดมาก่อน (ธีระ สตินเศชาธิ์ และคณะ, 2556; มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ ศันสนีย์วิทย์กุล, 2553)

ในปัจจุบัน อุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดหลายประเทศทั่วโลกสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลก กำหนดในอัตราไม่เกินร้อยละ 15 ของการคลอดทั้งหมด (WHO, 2015) จากการสำรวจอัตรา การผ่าตัดคลอดทั่วโลกขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจ และการพัฒนา ในปี ค.ศ. 2013 พบว่า ประเทศที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูง ได้แก่ ตุรกี เม็กซิโก อิตาลี เกาหลีใต้ และโปแลนด์ เป็นร้อยละ 50.4, 45.2, 36.1, 34.6 และ 32.5 ตามลำดับ (McCarthy, 2016) จากการสำรวจอัตรา การผ่าตัดคลอด 11 ประเทศ ในทวีปเอเชีย ระหว่างเดือนตุลาคม ค.ศ. 2007 ถึง เดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2008 พบว่า ประเทศที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ประเทศจีน เวียดนาม

และไทย เป็นร้อยละ 46.2, 35.6 และ 34.1 ตามลำดับ (Lumbiganon et al., 2010) และการสำรวจ อัตราผ่าตัดคลอดในประเทศไทยของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2556) ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอดเฉลี่ยทั่วประเทศ ร้อยละ 32 และจังหวัดที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุด คือ กรุงเทพมหานคร มีอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 42.6 จะเห็นได้ว่า อัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลก มีแนวโน้มสูงขึ้น รวมทั้งประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงเป็นอันดับต้นของทวีปเอเชีย และกรุงเทพมหานครเป็นเขตที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงที่สุดในประเทศไทย ซึ่งสถิติอัตราการผ่าตัดคลอดดังกล่าว เป็นจำนวนรวมของการผ่าตัดคลอดที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ สาเหตุที่ไม่สามารถแยกสถิติการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ได้นั้น เนื่องจากเหตุผลการผ่าตัดคลอดยังไม่ได้บันทึกไว้ตามความจริง เพราะจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพ ด้านการบริการ

สาเหตุหนึ่งของการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์นั้น เกิดจากพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์เอง ซึ่งพฤติกรรมนี้จะอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจ ดังทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ของ Ajzen (1991) ที่ว่า พฤติกรรม (Behavior) ส่วนใหญ่ของบุคคลจะอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจ (Intention) ซึ่งความตั้งใจของแต่ละบุคคล จะเป็นตัวกำหนดให้กระทำหรือไม่กระทำ พฤติกรรมนั้น ๆ ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล จะเกิดจาก 3 ปัจจัย คือ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม (Attitudes towards behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceive behavioral control) ดังนั้น ความตั้งใจเลือกวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เป็นความคิดที่เกิดจากภายในจิตใจ ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ที่จะก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด ซึ่งความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก อาจเกิดจาก 3 ปัจจัย คือ ทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง

ทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอด เป็นความรู้สึกรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อวิธีการคลอด ซึ่งเกิดจากประสบการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้มีแนวโน้มที่จะแสดงออกในทางสนับสนุนหรือปฏิเสธ ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอดในเชิงบวก เช่น เป็นวิธีการคลอดที่สามารถกำหนดวันคลอดได้ตามฤกษ์ยาม ไม่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด อวัยวะสืบพันธุ์หรือช่องทางคลอดไม่ได้รับความเสียหาย (สาทิพย์ อ่อนบัณณศิลา, 2551) และเป็นวิธีการคลอดที่ไม่น่ากลัว (Haines, Rubertsson, Pallant, & Hildingsson, 2012; Hildingsson, 2014) ก็จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความตั้งใจในการเลือกวิธีการผ่าตัดคลอด แต่ถ้าวสตรีตั้งครรภ์มีทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอดในเชิงลบ เช่น เป็นวิธีการคลอดที่ทำให้ฟื้นตัวหลังคลอดได้ช้า มีค่าใช้จ่าย

ในการคลอดแพง (สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตป, 2551) เสี่ยงต่อทารกแรกคลอดได้รับอันตรายต่อทางระบบทางเดินหายใจ (ซีระ สินเดชารักษ์ และคณะ, 2556; ACOG, 2013; Caughey et al., 2014; Sadat, 2014) และคิดว่า การผ่าตัดคลอดเป็นการไม่ได้ทำบทบาทหน้าที่ของแม่ได้สมบูรณ์แบบ (วารุณี เริ่มอรุณรอง, 2552; Dweik, 2012; Haines et al., 2012) ก็จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความตั้งใจเลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด เป็นอิทธิพลของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในสังคมที่มีผลต่อการชักนำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความคล้อยตามความเชื่อและแรงจูงใจที่จะเลือกวิธีการคลอด โดยเฉพาะกลุ่มบุคคลอ้างอิงที่มีความใกล้ชิดกับสตรีตั้งครรภ์ ถ้ากลุ่มบุคคลอ้างอิงมีความเชื่อว่า การผ่าตัดคลอดเป็นสิ่งดีและเป็นประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์ ก็จะชักจูง แนะนำให้เลือกวิธีการผ่าตัดคลอด ดังการศึกษาของ Hildingsson (2014) พบว่า สามีจะแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์เลือกวิธีการผ่าตัดคลอด เนื่องจากคิดว่าเป็นวิธีที่ปลอดภัยต่อภรรยา สร้างความเจ็บปวดให้กับภรรยาน้อยกว่าการคลอดบุตรเองทางช่องคลอด และสตรีตั้งครรภ์ก็ตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดตามความคิดเห็นของสามี เพราะสตรีตั้งครรภ์มีความใกล้ชิดได้รับความรักความเอาใจใส่จากสามี ทำให้เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ และจากการศึกษาของ พัชรา วิชัยดิษฐ์ (2540) พบว่า เพื่อนสนิทจะแนะนำให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากเป็นวิธีที่ไม่ต้องเจ็บท้องคลอด สะดวก นัดวันผ่าคลอดได้ และมีความปลอดภัย ทำให้สตรีตั้งครรภ์คล้อยตามและตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดตามคำแนะนำของเพื่อนสนิท และจากการศึกษาของ สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตป (2551) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีความไว้วางใจ และมั่นใจว่าทางการแพทย์มีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าทันสมัย สร้างความปลอดภัยในกระบวนการคลอด ทำให้สตรีตั้งครรภ์ยินดีที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้ากลุ่มบุคคลอ้างอิงมีความเชื่อว่าการผ่าตัดคลอดเป็นสิ่งไม่ดี และเป็นวิธีที่มีความเสี่ยงต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ก็จะชักจูงและแนะนำให้เลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด ดังการศึกษาของ พัชรา วิชัยดิษฐ์ (2540) และ Tai (2013) พบว่า มารดาของสตรีตั้งครรภ์จะแนะนำ ชักจูง ให้สตรีตั้งครรภ์คลอดบุตรเองทางช่องคลอด เนื่องจากมีความเชื่อว่าการคลอดบุตรเป็นเรื่องธรรมชาติ มีความปลอดภัยต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกมากกว่าวิธีการผ่าตัดคลอด ก็จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด เนื่องจากมีความไว้วางใจและเชื่อใจในมารดาของตนเอง

การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง เป็นความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อความสามารถในตนเองที่จะเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด และความกลัวการคลอด ซึ่งถ้าสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองต่ำ จะทำให้เลือกวิธีการผ่าตัดคลอด

แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองสูงจะทำให้เลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด ดังการศึกษาของ Salomonsson, Gullberg, Alehagen, and Wijima (2013) พบว่า สตรีที่มีการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองต่ำก็จะมีความกลัวในการคลอดสูง ส่งผลให้เลือกวิธีการผ่าตัดคลอด และจากการศึกษาของ Gourounti, Kouklaki, and Lykeridou (2015) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เลือกวิธีการผ่าตัดคลอด มีการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองต่ำกว่าสตรีที่เลือกวิธีการคลอดเองทางช่องคลอด

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การคลอดทางช่องคลอดเป็นวิธีคลอดที่ดีที่สุด แต่ถ้าคลอดเองทางช่องคลอดไม่ได้ก็ต้องไปผ่าตัดคลอด ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อมารดาและทารกมากกว่าวิธีการคลอดเองทางช่องคลอด ทั้งระยะสั้น และระยะยาว รวมทั้งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว สังคมและประเทศ ดังนั้น การผ่าตัดคลอดควรทำเฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้นแต่ในปัจจุบันพบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เกิดจากการร้องขอผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์เอง อันเนื่องมาจากความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดซึ่งความความตั้งใจนั้นเกิดจากปัจจัยชี้้นำ 3 ประการคือ ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ได้แก่ ทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดและการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ได้แก่ ทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดและการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง

สมมติฐานของการวิจัย

ทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง สามารถร่วมทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

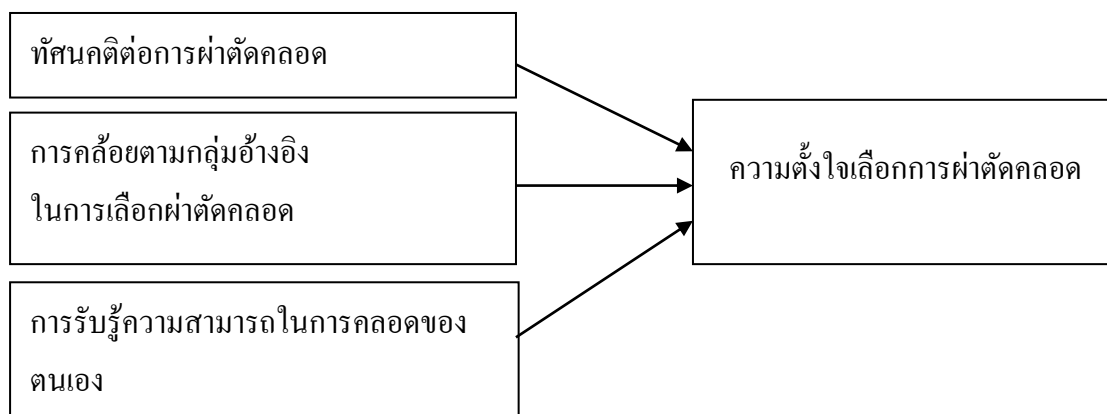
ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ของ Ajzen (1991) ร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอธิบายว่าความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่เกิดจากปัจจัยชี้้นำ 3 ประการ ได้แก่ 1) ทักษะคิดต่อพฤติกรรม (Attitudes towards behavior) 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceive behavioral control) ดังนี้

1. ทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอด เป็นความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อวิธีการคลอด ซึ่งเกิดจากประสบการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้มีแนวโน้มที่จะแสดงออกในทางสนับสนุนหรือปฏิเสธการคลอดด้วยตนเอง ถ้าสตรีตั้งครรภ์ที่มีทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอดในเชิงบวกก็จะมี ความตั้งใจเลือกวิธีการผ่าตัดคลอด แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอดในเชิงลบก็จะมี ความตั้งใจเลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด เป็นอิทธิพลของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในสังคม ที่มีผลต่อการชักนำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการคล้อยตามความเชื่อ และแรงจูงใจที่จะการเลือกวิธีการคลอดตามความคิดของกลุ่มอ้างอิงนั้น โดยกลุ่มบุคคลอ้างอิงจะต้องมีความใกล้ชิด ที่สร้างความไว้วางใจ และมีประสบการณ์ในการคลอดทั้งทางตรง หรือทางอ้อมให้กับสตรีตั้งครรภ์

3. การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง เป็นความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์ ที่มีต่อความสามารถในตนเองที่จะเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด และความกลัวการคลอด สตรีที่มีการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองต่ำ จะมีความกลัวในการคลอดเองสูง จึงทำให้เลือกวิธีการผ่าตัดคลอด ในทางตรงกันข้าม ถ้าสตรีที่มีการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองสูง จะทำให้เลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด

ซึ่งสามารถเขียนสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดัง ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ได้แก่ ทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 จำนวน 120 ราย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด หมายถึง ความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับความเชื่อของการผ่าตัดคลอดในเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามทัศนคติต่อการเลือกวิธีการคลอดของ Tai (2013)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด หมายถึง ความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์ในการเลือกปฏิบัติตามความคิดเห็น หรือความเชื่อของบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการผ่าตัดคลอด ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ภายใต้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ความเชื่อในกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs) และแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to comply)

การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง หมายถึง ความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อความสามารถในตนเองที่จะเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด และความกลัวการคลอด ซึ่งประเมิน

ได้จากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง (Childbirth self-efficacy inventory) ของ Tanglakmankhong, Perrin, and Lowe (2010) ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation)

ความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด หมายถึง ความมุ่งมั่นของสตรีตั้งครรภ์ที่จะเลือกคลอดบุตรโดยการผ่าตัดคลอด ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (1991) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การคาดการณ์ด้วยตนเอง ความต้องการที่จะกระทำ และความตั้งใจที่จะกระทำ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. การผ่าตัดคลอด
 - 1.1 ความหมายของการผ่าตัดคลอด
 - 1.2 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด
 - 1.3 ผลกระทบของการผ่าตัดคลอด
 - 1.4 อุบัติการณ์ในการผ่าตัดคลอด
 - 1.5 การผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรม
 - 2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรม
 - 2.2 แนวคิดและหลักการทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน
 - 2.3 การนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไปประยุกต์ใช้
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด
 - 3.1 ทักษะคิดของการผ่าตัดคลอด
 - 3.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด
 - 3.3 การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง

การผ่าตัดคลอด

การคลอดของสตรีตั้งครรภ์สามารถดำเนินไปได้เองตามกระบวนการธรรมชาติ แต่ในกรณีที่ภาวะแทรกซ้อนไม่สามารถให้คลอดตามกระบวนการธรรมชาติได้ จำเป็นต้องช่วยด้วยการผ่าตัดคลอด

ความหมายของการผ่าตัดคลอด

การผ่าตัดคลอด (Cesarean section) หมายถึง เป็นวิธีการทำคลอดทารกที่อยู่ในครรภ์สตรี โดยการผ่าตัดผ่านหน้าท้อง และผนังมดลูก ในช่วงอายุครรภ์ที่ทารกคลอดออกมาแล้วสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ (มานี ปิยะอนันต์ และคณะ, 2553; Cunningham et al., 2010; Farlax, 2012)

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ ข้อบ่งชี้แบบสมบูรณ์ (Absolute indications) และข้อบ่งชี้แบบอนุโลม (Relative indications) (ธีระ สตินเศชารักษ์ และคณะ, 2556, มานี ปิยะอนันต์ และคณะ, 2553)

1. ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดแบบสมบูรณ์ (Absolute indications) เป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญมากที่สุดที่สตรีตั้งครรภ์จำเป็นต้องคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด ถ้าไม่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง สตรีตั้งครรภ์หรือทารกในครรภ์จะเป็นอันตรายได้ ประกอบด้วยหลายสาเหตุ ได้แก่ การคลอดติดขัด ช่องเชิงกรานไม่สัมพันธ์กับขนาดของทารก ภาวะรกเกาะต่ำ สตรีตั้งครรภ์มีภาวะกระดูกเชิงกรานหัก ทารกในครรภ์มีการขาดออกซิเจนหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการขาดออกซิเจน ภาวะสายสะดือย้อย และมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม

2. ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดแบบอนุโลม (Relative indications) เป็นข้อบ่งชี้ที่สตรีตั้งครรภ์อาจคลอดบุตรทางช่องคลอดก็ได้หรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก็ได้ โดยขึ้นอยู่กับสุขภาพความแข็งแรงของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ประกอบด้วยหลายสาเหตุ ได้แก่ ใช้เวลานานในการคลอดยาวนาน ปากมดลูกไม่พร้อม น้ำคร่ำมีสีเขียวปน เยื่อหุ้มทารกอักเสบติดเชื้อ มีการติดเชื้อเริ่มในช่วงใกล้คลอด ได้รับการทำแท้งโดยวิธีเจริญพันธุ์จากภาวะมีบุตรยาก การเกิดภาวะทารกตายคลอดซ้ำโดยไม่ทราบสาเหตุ สตรีตั้งครรภ์แรกมีอายุมากกว่า 35 ปี ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ครรภ์แฝดที่ทารกในครรภ์ไม่มีส่วนนำเป็นศีรษะทั้งคู่ ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ต้องให้ยุติการตั้งครรภ์ และสตรีตั้งครรภ์เคยได้รับการผ่าตัดคลอดมาก่อน

ผลกระทบของการผ่าตัดคลอด

การผ่าตัดคลอดมีผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก ดังนี้

ผลกระทบของการผ่าตัดคลอดที่มีต่อสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ เพิ่มอัตราการตายจากการคลอดมากกว่าวิธีการคลอดทางช่องคลอด 4 เท่า และส่งผลให้เกิดจากเจ็บป่วยที่รุนแรงถึงการเสียชีวิต (Caughey et al., 2014) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการผ่าตัด เสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะและลำไส้จากการผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะการฝังตัวของรกแน่นในครรภ์ต่อไป (ธีระ สตินเศชารักษ์ และคณะ, 2556) ภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด (ACOG, 2013) มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Sadat, 2014) มีโอกาสการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสำเร็จยาก เนื่องจากมารดามีการเจ็บแผลผ่าตัด มีข้อจำกัดการในการคลอดบุตรไม่เกิน 2 ครั้ง และคลอดบุตรได้สูงสุดไม่เกิน 3 ครั้ง เนื่องจากจะเสี่ยงต่อการทำให้มดลูกแตกใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นของร่างกายนานและมีค่าใช้จ่ายที่สูงในการคลอด (ธีระ สตินเศชารักษ์ และคณะ, 2556) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการผ่าตัดคลอดจะส่งผลกระทบต่อสตรีผู้คลอดทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ

และด้านการเงิน

ผลกระทบต่อทารก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากระบบทางเดินหายใจผิดปกติ เนื่องจากปอดของทารกขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ไม่มีการรีดน้ำคร่ำออกระหว่างการคลอด เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบ เสี่ยงต่อภาวะการติดเชื้อ เช่น โรคมูมิแพ้ ลำไส้อักเสบ และโรคท้องร่วง ทารกจะเสี่ยงต่อการได้รับรอยถลอก บาดแผล จากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยเหลือทารกขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ธีระ สิ้นเดชารักษ์ และคณะ, 2556; ACOG, 2013; Caughey et al., 2014; Sadat, 2014) ทารกจะมีภาวะการควบคุมไม่เก่ง เพราะในกระเพาะจะมีน้ำคร่ำอยู่มาก (ธีระ สิ้นเดชารักษ์ และคณะ, 2556) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการผ่าตัดคลอดจะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์มีหลายประการ โดยเฉพาะปัญหาด้านระบบทางเดินหายใจของทารกซึ่งมีความสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีพของทารก

ดังนั้น การผ่าตัดคลอดเป็นวิธีที่มีความจำเป็นต่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เนื่องจากจะส่งผลเสียที่กระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม

อุบัติการณ์ในการผ่าตัดคลอด

ปัจจุบันสถิติการผ่าตัดคลอดโดยรวมทั้งมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ทั่วโลกสูงขึ้น จากการสำรวจอัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา ในปี ค.ศ. 2013 พบว่า ประเทศที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูง ได้แก่ ตุรกี เม็กซิโก อิตาลี เกาหลีใต้ และโปแลนด์ เป็นร้อยละ 50.4, 45.2, 36.1, 34.6 และ 32.5 ตามลำดับ (McCarthy, 2016) และจากการสำรวจอัตราการผ่าตัดคลอด 11 ประเทศในทวีปเอเชีย ระหว่างเดือนตุลาคม ค.ศ. 2007 ถึงเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2008 พบว่า ประเทศที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ประเทศจีน เวียดนาม และไทย เป็นร้อยละ 46.2, 35.6 และ 34.1 ตามลำดับ (Lumbiganon et al., 2010)

ในประเทศไทยก็พบอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากการสำรวจข้อมูลแม่และเด็กไทยของเขตสาธารณสุข 4 และ 5 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2555 พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นจากร้อยละ 23.35 เป็นร้อยละ 24.41 ร้อยละ 25.38 ร้อยละ 26.62 ร้อยละ 27.86 ร้อยละ 29.51 ร้อยละ 31.60 และร้อยละ 31.30 ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข, 2555) และจากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 พบว่า สตรีที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 32 และในกรุงเทพมหานครมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่าภาคอื่น ๆ ร้อยละ 42.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) สอดคล้องกับการสำรวจของ สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และคณะ (2552) ที่สำรวจข้อมูลจากเวชระเบียนของสตรีที่มาคลอดในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลทั่วประเทศ ในปี

พ.ศ. 2548-2550 พบว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น จากร้อยละ 20.30 เป็น ร้อยละ 23.25 ซึ่งเป็นอัตราการผ่าตัดคลอด รวมทั้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า จากสถิติการผ่าตัดคลอดทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอดโดยรวมสูงเกินกว่าองค์การอนามัยโลกกำหนดให้อัตราการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมไม่เกินร้อยละ 15 ของการคลอดทั้งหมด (WHO, 1996) ซึ่งอัตราการผ่าตัดคลอดปัจจุบันสูงกว่าองค์การอนามัยโลกกำหนดประมาณ 2-3 เท่าตัว

แต่อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ไว้ได้แก่ ประเทศสวีเดน ปี ค.ศ. 2008 มีอัตราการผ่าตัดคลอดทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 17 ซึ่งเป็นอัตราการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 8 (Wiklund, Andolf, Lilja, & Hildingsson, 2012) และจากการสำรวจโดย Barber et al. (2011) ในปี ค.ศ. 2003-2009 พบว่า มีอัตราเฉลี่ยการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ร้อยละ 8 ในประเทศไทย การสำรวจโดย ชัญวลี ศรีสุโข (2548) ปี พ.ศ. 2544-2547 ที่โรงพยาบาลพิจิตรพบว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์คิดเป็นร้อยละ 5 และจากการสำรวจอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดย ธิดิมา เหล่าศิริรัตน์ (2553) ปี พ.ศ. 2553 ที่โรงพยาบาลนครนายก พบว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอดครั้งแรกที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ร้อยละ 2.7 ดังนั้นสรุปได้ว่า อัตราการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ พบว่ามีร้อยละ 2.7-8 ในสภาพความเป็นจริงอาจมีอัตราการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์สูงกว่านี้ เนื่องจากการที่ระบุ เหตุผลการผ่าตัดคลอดยังไม่ได้บันทึกไว้ตามความจริง เพราะจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในด้านการบริการ

การผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

การผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (Elective cesarean section) หมายถึง การคลอดโดยนำทารกออกจากทางหน้าท้องด้วยวิธีการผ่าตัด ซึ่งเกิดจากความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ โดยไม่มีข้อห้ามของการคลอดทางช่องคลอดที่จะส่งผลที่เป็นอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ (Sadat, 2014; Sanavi, Rakhshani, Ansari-Moghaddam, & Edalatian, 2012; Perry, Hockenbery, Lowdermilk, & Wilson, 2010)

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์นั้น เกิดจากสตรีตั้งครรภ์เอง และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม โดยรอบของสตรีตั้งครรภ์

สาเหตุที่เกิดจากสตรีตั้งครรภ์เอง ได้แก่ ทัศนคติต่อการคลอด และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง ดังนี้ ทัศนคติต่อการคลอด ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดในเชิงลบ ก็จะเป็นสาเหตุที่ทำให้เลือกการผ่าตัดคลอด ได้แก่ ความกลัว เช่น ไม่ต้องการ เจ็บครรภ์คลอด กลัวการเจ็บครรภ์คลอด (สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตศิลป์, 2551)

กลัวตนเองได้รับอันตรายจากการคลอดเอง (Fenwick, Staff, Gamble, Creedy, & Bayes, 2010) กลัวทารกจะไม่แข็งแรงมีความผิดปกติ กลัวลำบากในการคลอด (Chuahorm, Sripichyakarn, Tungpunkom, Klunklin, & Kennedy, 2006) ความกลัวการคลอดจะเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์ (Laurson, Johansen, & Hedegaard, 2009) และจะมีแนวโน้มความกลัวรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556) ความกลัวเป็นสาเหตุให้สตรีตั้งครรภ์ร้องขอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้น (Fenwick et al., 2010; Fenwick, Toohill, Creedy, Smith, & Gamble, 2015; Aksoy, Aksoy, Dostbil, Celik, & Ince, 2014; Sercekus & Okumus, 2009) แต่ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดในเชิงบวก ก็จะเป็นสาเหตุทำให้เลือกการผ่าตัดคลอดเช่นกัน ได้แก่ เชื่อว่าการผ่าตัดคลอดเป็นสิ่งที่ปลอดภัย ใช้เวลาคลอดไม่นาน มีอันตรายเกิดขึ้นน้อยกว่าการคลอดเองทางช่องคลอด หลังคลอดบุตร จะไม่ประสบปัญหา การกลั่นปัสสาวะไม่ได้ ปัญหาหมอกลูกหย่อน อวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการคลอด กลับคืนสู่สภาวะปกติได้เร็ว ในรายที่ต้องการคุมกำเนิดถาวรจะเลือกวิธีการผ่าคลอดเนื่องจากเชื่อว่าจะทำให้เจ็บเพียงครั้งเดียว (พัชรา วิชัยดิษฐ์, 2540) เชื่อว่าการผ่าคลอดสามารถกำหนดฤกษ์ยาม ในการคลอดได้ ซึ่งจะส่งผลสำเร็จในชีวิตของทารก (สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตศิลป์, 2551; Tai, 2013) และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง ถ้ามีสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองต่ำก็จะมี ความกลัวในการคลอดสูงจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Salomonsson et al., 2013)

สาเหตุที่เกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมโดยรอบของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ บุคคลที่ใกล้ชิด ได้แก่ สามี มารดา เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ที่อิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอดของ สตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากบุคคลดังกล่าว สามารถทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเชื่อใจ และคล้อยตาม คำแนะนำ และชักจูงของบุคคลใกล้ชิดได้ เช่น ดังการศึกษาของ Hildingsson (2014) พบว่า สามี จะแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์เลือกวิธีการผ่าตัดคลอด สตรีตั้งครรภ์ก็ตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด ตามความคิดเห็นของสามี เพราะสตรีตั้งครรภ์มีความใกล้ชิดได้รับความรักความเอาใจใส่จากสามี ทำให้เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ จากการศึกษาของ พัทธา วิชัยดิษฐ์ (2540) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ จะปรึกษาเพื่อนสนิท เพื่อนที่ทำงาน ถึงวิธีการคลอดบุตร เพื่อนจะแนะนำให้ผ่าตัดคลอด ทำให้สตรี ตั้งครรภ์คล้อยตาม และตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดตามคำแนะนำของเพื่อนจากความใกล้ชิดสนิทสนมกัน และจากการศึกษาของ สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตศิลป์ (2551) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ มีอิทธิพลมากที่สุดในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีความไว้วางใจ และมั่นใจ ในบุคลากรทางการแพทย์

จากที่กล่าวมาข้างต้น สาเหตุที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์เลือกการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์นั้น เกิดจากสตรีตั้งครรภ์เอง คือ ทักษะคิดต่อการคลอด การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมโดยรอบของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดเป็นความตั้งใจ ที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรม

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณ พบว่า มีทฤษฎีที่เกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมมี 4 ทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The theory of reasoned action) ของ Ajzen and Fishbein (1980) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึง ความตั้งใจเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยชี้นำ 2 ประการ คือ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม (Attitudes towards behavior) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms)

2. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ของ Ajzen (1991) เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมส่วนมากของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Behavioral intention) ซึ่งความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคลเกิดจากปัจจัยชี้นำ 3 ประการ คือ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม (Attitudes towards behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceive behavioral control) (Ajzen, 1991)

3. ทฤษฎีแห่งการคาดหวัง (The expectancy theory) ของ Vroom (1964 อ้างถึงใน สิทธิโชค วรรณสันติกุล, 2546) เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายถึงความคิดในการตัดสินใจที่จะเลือกกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ การคาดหวังว่าถ้าพยายามแล้วจะกระทำได้ (Effort-performance expectancy) การคาดหวังว่ากระทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ (Performance-outcome expectancy) และค่าของผลลัพธ์ (Valence)

4. ทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Goal-setting theory) ของ Locke (1968 อ้างถึงใน สิทธิโชค วรรณสันติกุล, 2546) ที่กล่าวว่า “บุคคลกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายและความตั้งใจของตน” ตามทฤษฎีนี้เป้าหมายของบุคคลเป็นตัวกลางระหว่างพฤติกรรมกับลักษณะของสถานการณ์ ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจและการได้รับทราบข้อมูล

จากทฤษฎีที่เกี่ยวกับความตั้งใจเลือกกระทำพฤติกรรมทั้ง 4 ทฤษฎีนั้น ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) มีความเหมาะสมที่นำมาใช้ในการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ได้แก่ ทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอด

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายถึงความตั้งใจในการตัดสินใจเลือกที่จะกระทำพฤติกรรม และมีความชัดเจนในการหาปัจจัยที่จะส่งผลต่อความตั้งใจเลือกกระทำพฤติกรรม

แนวคิดและหลักการทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

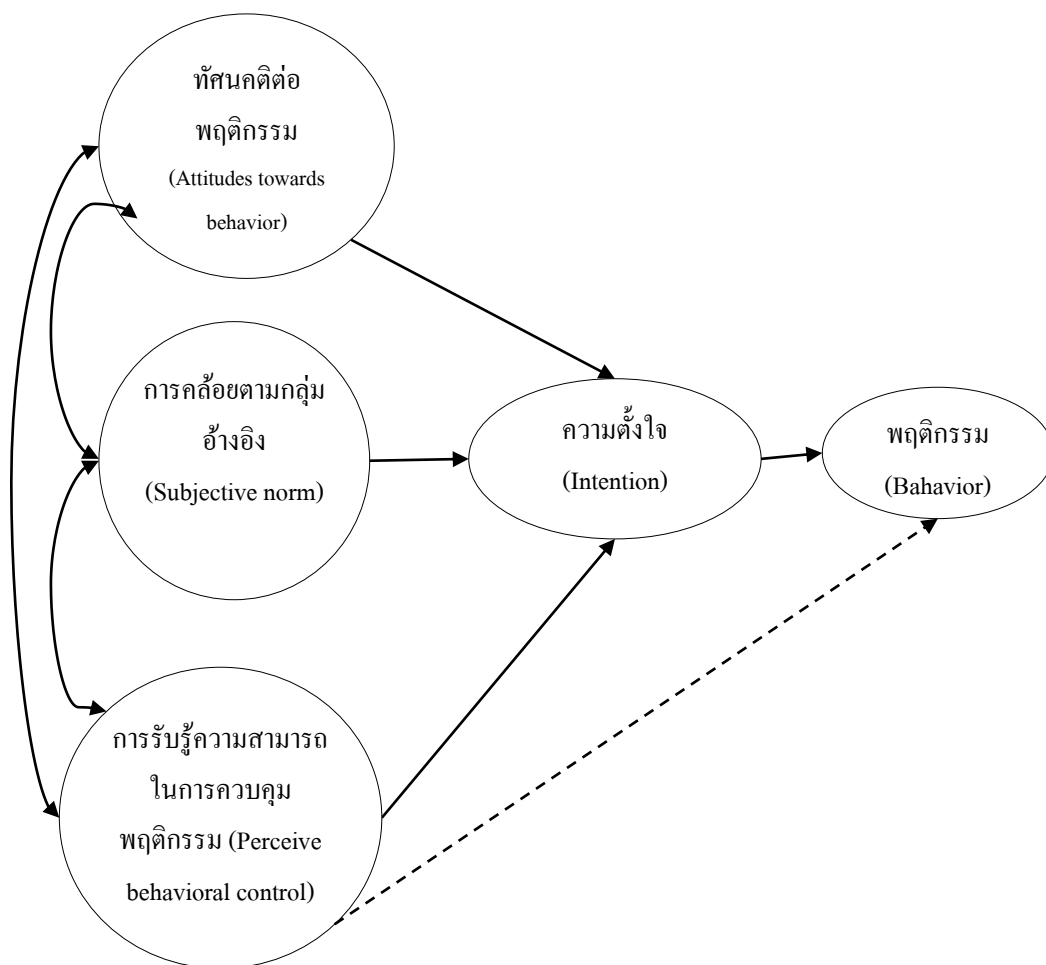
ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Behavioral intention) ซึ่งความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคลเกิดจากปัจจัยชี้นำ 3 ประการ คือ ทักษะคติต่อพฤติกรรม (Attitudes towards behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceive behavioral control) (Ajzen, 1991) อธิบายได้ดังนี้

1. ทักษะคติต่อพฤติกรรม (Attitudes towards behavior) เป็นการที่บุคคลประเมินความรู้สึกที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆว่าจะเกิดผลในทางบวกหรือลบ ซึ่งทักษะคติต่อพฤติกรรมนี้เกิดจากปัจจัย 2 ประการ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับผลการกระทำพฤติกรรม (Behavioral beliefs of consequences) และการประเมินผลจากการกระทำพฤติกรรม (Outcome evaluation) ซึ่งถ้าบุคคลมีความเชื่อว่า การกระทำพฤติกรรมนั้นจะได้รับผลทางบวก ก็มีแนวโน้มที่จะมีทักษะคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงข้ามหากมีความเชื่อว่า การกระทำพฤติกรรมนั้นจะได้รับผลในทางลบ ก็มีแนวโน้มที่จะมีทักษะคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น และเมื่อมีทักษะคติทางบวกก็จะเกิดเจตนาหรือตั้งใจ (Intention) ที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการกระทำพฤติกรรม และการประเมินผลของการกระทำพฤติกรรม กับทักษะคติต่อพฤติกรรม

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) เป็นการรับรู้ว่าคุณกลุ่มบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญสำหรับตนเอง มีความต้องการหรือไม่ต้องการให้กระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งบุคคลในกลุ่มอ้างอิง ได้แก่ ญาติ พี่ น้อง มารดา สามี เพื่อน เป็นต้น ซึ่งการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกิดจากปัจจัย 2 ประการ คือ ความเชื่อในกลุ่มอ้างอิง (Normative belief) และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to comply) ซึ่งความเชื่อในกลุ่มอ้างอิง ถ้ากลุ่มอ้างอิงมีความเชื่อการกระทำในทิศทางใดที่คิดว่าดีก็มีความคาดหวังให้บุคคลอื่นปฏิบัติตาม และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นแรงจูงใจที่บุคคลจะปฏิบัติตามความเชื่อของกลุ่มอ้างอิงในการกระทำพฤติกรรม ถ้ากลุ่มอ้างอิงต้องการให้ตนกระทำพฤติกรรมใด ตนเองก็จะมีแนวโน้มที่จะคล้อยตามหรือทำตามพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลรับรู้ว่าคุณกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญสำหรับตนเอง ไม่ต้องการให้ตนกระทำพฤติกรรมใดก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มอ้างอิงมีความสำคัญต่อความตั้งใจ (Intention) ในการแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceive behavioral control) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความยากง่ายของการกระทำพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (Control beliefs) และการรับรู้การควบคุม (Perceived power) ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นว่า บุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมนั้นเกิดจากประสบการณ์ในอดีต การรับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งเรียนรู้อื่น การสังเกตประสบการณ์จากผู้อื่น การรับรู้ความยากง่ายของการกระทำ และการรับรู้การควบคุมเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าสิ่งใดสามารถส่งเสริมหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมนั้นได้ ถ้าบุคคลเชื่อว่ามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในสถานการณ์นั้นได้ และสามารถควบคุมให้เกิดผลดังตั้งใจ ก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนี้มีคล้าย เข้ากันได้กับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของ Bandura (1997)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ของ Ajzen (1991) เชื่อว่า พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลเกิดขึ้นจากความตั้งใจในตัวเอง ซึ่งความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคลก็จะประกอบด้วยปัจจัยชี้้นำ 3 ประการคือ ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถอธิบายทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ได้ตามภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) (Ajzen, 1991, pp. 182)

การนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไปประยุกต์ใช้

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถทำนายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมได้ ดังการศึกษาของ กุสม พฤษภักทรานนท์ และปรียา หนูสม (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจของมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว พบว่า ทัศนคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางต่อความตั้งใจของมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ เบญจพร พงศ์อำไพ, ประณีต ส่วงวัฒนา และอุมาพร ปุญญโสพรรณ (2552) ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในการมาใช้บริการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

พบว่า ทักษะการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการใช้บริการตรวจคัดกรอง เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ได้ร้อยละ 24 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถหาความสัมพันธ์ของความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมได้ด้วยการศึกษาของ วนิตา ชวเจริญพันธ์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนครอบครัวของมารดาวัยรุ่นภายหลังคลอดบุตรครั้งแรก พบว่า ทักษะต่อการวางแผนครอบครัว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่อการวางแผนครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนครอบครัวของมารดาวัยรุ่นภายหลังคลอดบุตรครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) ทั้ง 3 ปัจจัย คือ ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถใช้ทำนายและหาความสัมพันธ์ของความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด

ความตั้งใจ หมายถึง เป็นความมุ่งมั่นในการแสดงเจตนาที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล และเป็นแรงบรรดาลใจที่มีอิทธิพลให้เกิดการกระทำพฤติกรรมในอนาคต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงความพยายามในการกระทำสิ่งที่ยากของแต่ละบุคคล (Ajzen, 1991; 2005) ดังนั้น ความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดจึงหมายถึง เป็นความมุ่งมั่นของสตรีตั้งครรภ์ที่จะเลือกคลอดบุตรโดยการผ่าตัดคลอด และวิธีวัดความตั้งใจโดยทั่วไป (Generalised intention) สามารถวัดโดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วย 3 คำถาม คือ คาดว่า (Expect) ต้องการ (Want) และ ตั้งใจ (Intent) (Francis et al., 2004) ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกวิธีการผ่าตัดคลอด ประกอบด้วย ทักษะต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง

ทัศนคติของการผ่าตัดคลอด

ความหมายของทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ชอบ หรือไม่ชอบ ที่ตอบสนองต่อวัตถุ บุคคล สถานการณ์ และเป็นการประเมินความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลว่าควรกระทำ หรือไม่ควรกระทำพฤติกรรม (Ajzen, 1991; 2005) ดังนั้น ทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดจึงหมายถึง ความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อการผ่าตัดคลอดในเชิงบวกและเชิงลบที่สตรีตั้งครรภ์ประเมินค่า

จากประสบการณ์เดิม คำบอกเล่า การค้นคว้าหาข้อมูลที่จะส่งผลต่อความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้วัดทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดทัศนคติต่อการคลอดที่มีความใกล้เคียงกับงานวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบวัดทัศนคติต่อการเลือกวิธีคลอด ของ Tai (2013) เป็นแบบวัดทัศนคติต่อการเลือกวิธีการทางช่องคลอดที่สร้างจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) จากความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม (Behavioral beliefs of consequences) ทั้ง 2 คือ ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการคลอดทางช่องคลอด และความเชื่อเกี่ยวกับผลการผ่าตัดคลอดที่เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ มีค่าคะแนน -3 ถึง +3 คือ ไม่เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ไม่เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยมาก เห็นด้วยมากที่สุด ตามลำดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกนำแบบสอบถามทัศนคติต่อการเลือกวิธีคลอดของ Tai (2013) มาประยุกต์ใช้กับงานวิจัย โดยจะมีเฉพาะข้อคำถามเกี่ยวกับผลของการผ่าตัดคลอดร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย เนื่องจากเป็นแบบสอบถามทัศนคติต่อการเลือกวิธีคลอดที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991)

ทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด

ทัศนคติของสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อความตั้งใจเลือกผ่าตัดคลอด มีทั้งทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดในเชิงบวกและมีทัศนคติต่อการคลอดเองทางช่องคลอดในเชิงลบ

ทัศนคติต่อการผ่าคลอดในเชิงบวก ได้แก่

1. การผ่าตัดคลอดมีความปลอดภัย ดังการศึกษาของ สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตศิลป์ (2551) พบว่า สาเหตุที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์แรกๆ ที่เลือกวิธีการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์นั้น เนื่องจากมีทัศนคติว่าผ่าตัดคลอดมีความปลอดภัยกว่าการคลอดเอง

2. สามารถกำหนดเวลาคลอดได้ ดังการศึกษาของ Tai (2013) ที่พบว่า ทัศนคติของสตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อในการกำหนดฤกษ์ยามในการคลอด ซึ่งชาวจีนที่เลือกการผ่าตัดคลอดเองทางหน้าท้อง เนื่องจากเชื่อเวลาเกิดจะส่งกระทบต่อความสำเร็จในชีวิตของทารก สอดคล้องกับการศึกษาของ สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตศิลป์ (2551) พบว่า สตรีตั้งครรภ์แรกๆ ที่เลือกวิธีการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เนื่องจากมีทัศนคติว่า สามารถเลือกกำหนดวันคลอดตามฤกษ์ยามได้

3. การผ่าตัดคลอดไม่ต้องเจ็บครรภ์คลอด และไม่ต้องทนต่อการเจ็บครรภ์คลอด เป็นเวลานาน ดังการศึกษาของ สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตศิลป์ (2551) และ Hildingsson (2014) พบว่า สตรีที่ตัดสินใจในการเลือกผ่าตัดคลอด เนื่องจากคิดว่าการผ่าตัดคลอดเป็นวิธีที่ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับการเจ็บครรภ์คลอด ไม่ต้องเจ็บขณะเบ่งคลอด เป็นวิธีคลอดที่เจ็บปวดน้อยกว่า การคลอดเองทางช่องคลอด

ทัศนคติต่อการคลอดเองทางช่องคลอดในเชิงลบ ได้แก่

1. ต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด ดังการศึกษาของ Hildingsson (2014) พบว่า สตรีที่ตัดสินใจเลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีทัศนคติที่ไม่ต้องการเผชิญกับภาวะเครียด ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ต้องการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการคลอดธรรมชาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตศิลป์ (2551) พบว่า สตรีตั้งครรภ์แรก que เลือกวิธีการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์นั้น เนื่องจากมีทัศนคติไม่ต้องการเจ็บครรภ์คลอดมากที่สุด

2. การคลอดเองจะทำให้ช่องคลอดไม่เหมือนเดิม ดังการศึกษาของ สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตศิลป์ (2551) และ Fenwick et al. (2015) พบว่า ทัศนคติของสตรีที่ตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากคิดว่าช่องคลอดเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของสตรี การคลอดด้วยวิธีธรรมชาติทางช่องคลอด เมื่อทารกคลอดออกมาแล้ว จะทำให้ช่องคลอดเกิดการเปลี่ยนแปลงได้รับความเสียหาย มีสภาพไม่เหมือนเดิม

3. การคลอดเองเป็นสิ่งที่น่ากลัว ทำให้เกิดภาวะเครียด ต้องทนทุกข์ทรมานขณะรอการคลอดและทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด (Haines et al., 2014)

ดังนั้น ทัศนคติที่สตรีตั้งครรภ์ที่ตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัดคลอด เกิดจากทัศนคติต่อวิธีการผ่าตัดคลอดในเชิงบวก ได้แก่ มีความปลอดภัย สะดวก สามารถกำหนดฤกษ์ยามในการคลอดได้เอง ไม่ต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด ส่วนทัศนคติต่อการคลอดเองในเชิงลบ ได้แก่ การคลอดเองต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด ทุกข์ทรมานการเบ่งคลอดเอง การคลอดเองทำให้อวัยวะสืบพันธุ์ช่องทางคลอดหย่อนยานไม่เหมือนเดิม และการคลอดเองเป็นสิ่งที่น่ากลัว

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด

ความหมายการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) หมายถึง การเลือกแสดงพฤติกรรมตามความคิดเห็นหรือความเชื่อจากบุคคลอื่นที่มีความสำคัญกับตนเอง และเป็นการประเมินว่ากลุ่มบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญสำหรับตนเอง มีความต้องการหรือไม่ต้องการให้กระทำ

พฤติกรรมใด (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1991) ดังนั้น การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดจึงหมายถึง ความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์ในการเลือกปฏิบัติตามความคิดเห็นหรือความเชื่อของบุคคลที่ใกล้ชิดต่อการเลือกการผ่าตัดคลอด

เครื่องมือที่ใช้วัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการคลอดที่มีความใกล้เคียงกับงานวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับการเลือกวิธีการคลอดของ Tai (2013) พัฒนาออกแบบจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ได้สร้างแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน คือ คำถามความเชื่อในกลุ่มอ้างอิง (Normative belief) และคำถามแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to comply) ของกลุ่มอ้างอิง คือ มารดาตนเอง มารดาของสามี และสามี อย่างละจำนวน 11 ข้อ รวมเป็น 33 ข้อ ซึ่งลักษณะคำถามจะเป็นการถามผลดีและผลเสียของวิธีการคลอดทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอด ลักษณะคำตอบเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับคะแนนอยู่ระหว่าง -3 ถึง +3 คือ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ไม่เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ตามลำดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .66 เนื่องจากแบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นต่ำ ร่วมกับมีข้อคำถามปริมาณมาก และข้อคำถามคล้ายคลึงกับการวัดทัศนคติการคลอดของตนเอง อาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เข้าใจคำถาม ผู้วิจัยจึงสร้างแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดขึ้นเอง

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสร้างแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดด้วยวิธีวัดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) เนื่องจากเป็นวิธีวัดที่ตรงกับวัตถุประสงค์ในการวิจัยที่ได้นำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ของ Ajzen (1991) มาเป็นกรอบในการวิจัยครั้งนี้ รวมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งแบบสอบถามครั้งนี้จะประกอบด้วย 2 ส่วน คือ คำถามความเชื่อของกลุ่มอ้างอิง (Normative belief) ในการเลือกผ่าตัดคลอด และคำถามแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to comply) ในการเลือกผ่าตัดคลอด

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อความตั้งใจเลือกวิธีการคลอด

กลุ่มบุคคลอ้างอิงเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับสตรีตั้งครรภ์ที่สามารถทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเชื่อใจมั่น คล้อยตาม และทำตามคำแนะนำของกลุ่มบุคคลอ้างอิง ซึ่งการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อความตั้งใจเลือกวิธีการคลอด สามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ 1) ถ้ากลุ่มบุคคล

อ้างอิงมีความเชื่อว่า การผ่าตัดคลอดเป็นสิ่งดีและเป็นประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์ ก็จะชักจูง แนะนำให้เลือกวิธีการผ่าตัดคลอด และทางตรงกันข้ามกัน 2) ถ้ากลุ่มบุคคลอ้างอิงมีความเชื่อว่า การผ่าตัดคลอดเป็นสิ่งไม่ดีเป็นโทษต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก ก็จะชักจูง แนะนำให้เลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด

1. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่มีความเชื่อว่า การผ่าตัดคลอดเป็นสิ่งที่ดี เป็นประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ ดังกลุ่มอ้างอิง ดังนี้

1.1 สามีเป็นกลุ่มบุคคลอ้างอิงที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของสตรี (Tai, 2013) เนื่องจากสามีเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิด มีการมอบความรักความเอาใจใส่ให้กับ สตรีตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเชื่อถือนับถือและไว้วางใจ ดังการศึกษาของ Hildingsson (2014) พบว่า สามีต้องการให้สตรีตั้งครรภ์นั้นมีความปลอดภัยต่อการคลอดมากที่สุด ต้องการให้ สตรีตั้งครรภ์เจ็บปวดน้อยลงจากการคลอด ต้องการให้การคลอดได้รับการความสะดวก จึงแนะนำ ให้สตรีตั้งครรภ์เลือกวิธีการผ่าตัดคลอด ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ก็ปฏิบัติตามคำแนะนำ คลอดทางหน้าท้อง และจากงานวิจัยของ สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตศิลป์ (2551) พบว่า สามีได้แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์เลือกวิธี ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากได้ทำหมันในครั้งเดียวกัน และเป็นวิธีที่ปลอดภัยต่อภรรยา และทารกในครรภ์ ซึ่งภรรยาได้คล้อยตามและปฏิบัติตามความต้องการของสามี

1.2 เพื่อนเป็นกลุ่มบุคคลอ้างอิงที่ส่วนใหญ่จะมีอายุที่ใกล้เคียงกัน มีการดำเนินชีวิต ที่ใกล้เคียงกัน เพื่อนเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ ความชำนาญในการค้นคว้าหาความต้องการ สามารถติดต่อได้ง่าย ส่งผลให้บุคคลประสบความสำเร็จ สามารถปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ ต่าง ๆ ที่จะเผชิญได้ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) และเพื่อนเป็นบุคคลที่มีอิทธิพล ในการตัดสินใจ ซึ่งจากการศึกษาของ สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตศิลป์ (2551) พบว่า เพื่อนเป็นบุคคล ที่แนะนำ ชักชวนให้สตรีตั้งครรภ์เลือกวิธีคลอด โดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากที่สุด ซึ่งทำให้ สตรีตั้งครรภ์คล้อยตามคำชักชวน และตัดสินใจปฏิบัติตามคำชักชวนของเพื่อน ทั้งที่สตรีตั้งครรภ์ นั้นไม่มีพยาธิของข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการผ่าตัดคลอด สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรา วิษัยดิษฐ์ (2540) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 31 จะปรึกษาเพื่อนสนิท เพื่อนที่ทำงาน ถึงวิธีการคลอดบุตร และเพื่อนจะแนะนำให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากเป็นวิธีที่ไม่ต้อง เจ็บครรภ์คลอด สะดวก สามารถที่จะนัดวันผ่าคลอดได้ และมีความปลอดภัยมากกว่าการคลอดเอง ทำให้สตรีตั้งครรภ์คล้อยตามและตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดตามคำแนะนำ

1.3 บุคลากรทางการแพทย์ เป็นกลุ่มบุคคลอ้างอิงที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการ คลอดของสตรี เนื่องจากการศึกษาทัศนคติในการตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของ สตรีตั้งครรภ์แรก พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลมากที่สุดในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด

เนื่องมีความไว้วางใจและมั่นใจในบุคลากรทางการแพทย์ คิดว่าทางการแพทย์มีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าทันสมัย สร้างความปลอดภัยในกระบวนการคลอด ทำให้สตรีตั้งครรภ์แรกยินดีที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตศิลป์, 2551) และจากการศึกษาของพัชรา วิชัยดิษฐ์ (2540) พบว่า ร้อยละ 3 ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ให้เหตุผลในการผ่าตัดคลอดครั้งนี้ว่า สูติแพทย์เป็นผู้ที่ชักชวนเนื่องจากให้ข้อมูลว่าเป็นวิธีคลอดที่ปลอดภัย สะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องรอคลอด ไม่ต้องกังวลต่อการรอคอยในการคลอดเอง ทำให้สตรีตั้งครรภ์คล้อยตามคำแนะนำของสูติแพทย์ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชีระ สิ้นเดชาภิรักษ์ และคณะ (2556) พบว่า สูติแพทย์ที่รับฝากครรภ์แบบพิเศษชักจูงให้สตรีตั้งครรภ์ในความดูแลของตน เลือกวิธีการผ่าตัดคลอด เพื่อบริหารเวลาของสูติแพทย์เอง เป็นเหตุผลให้สตรีตั้งครรภ์จำนวนมากคล้อยตามและตัดสินใจเลือกคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอด

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่มีความเชื่อว่าการผ่าตัดคลอดเป็นสิ่งที่ไม่ดี เป็นโทษต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ได้แก่ กลุ่มบุคคลอ้างอิงที่เป็นมารดา ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากอยู่รอบครัวเดียวกัน ใกล้ชิดและรู้จักกันตั้งแต่วัยเด็ก จึงเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม ประสบการณ์ต่าง ๆ ให้กับตัวบุคคล (Pender et al., 2011) สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะปรึกษากับมารดาตนเองในเรื่องของวิธีการคลอด เนื่องจากมารดาเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและมีประสบการณ์การตรงในการคลอดมาก่อน และพบว่ามารดาของสตรีตั้งครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ (พัชรา วิชัยดิษฐ์, 2540; Tai, 2013) และจากการศึกษาพบว่า มารดาของสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะให้คำแนะนำ ชักจูง ให้สตรีตั้งครรภ์คลอดบุตรเองทางช่องคลอด เนื่องจากมารดาของสตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อว่า การคลอดบุตรเป็นเรื่องธรรมชาติของสตรี (พัชรา วิชัยดิษฐ์, 2540)

จากข้างต้นจะเห็นได้ว่า บุคคลในกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีการคลอด ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์ทางตรง ประสบการณ์ทางอ้อม มีความรู้ความชำนาญในเรื่องวิธีการคลอด และมีความใกล้ชิดสร้างความไว้วางใจให้กับสตรีตั้งครรภ์ทำให้เกิดการคล้อยตาม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้กลุ่มบุคคลอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด 3 กลุ่ม คือ บุคคลในครอบครัว เพื่อนสนิท และบุคลากรทางการแพทย์

การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง

ความหมายการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) หมายถึง การรับรู้ความสามารถ

ในตนเองนั้นจะทำให้เกิดความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรม และการเผชิญต่อสถานการณ์นั้นได้

(Bandura, 1986 cited in Tanglakmankhong et al., 2010) ดังนั้น การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง (Self-efficacy) จึงหมายถึง ความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อความสามารถในตนเองที่จะเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด และความกลัวการคลอด ทำให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์คลอดจริงในอนาคตได้ (Tanglakmankhong et al., 2010) ดังนั้น การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง หมายถึง ความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อความเชื่อมั่น

ในความสามารถตนเองที่จะเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด และเผชิญกับความกลัวการคลอด
เครื่องมือที่ใช้วัดการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองที่มีความใกล้เคียงกับงานวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองพบว่า มีแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง (Childbirth Self-efficacy Inventory [CBSEI]) ของ Lowe (1993) สร้างขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1977) ที่ประกอบด้วย 2 ด้าน ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) ในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด จำนวน 15 ข้อ และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation) จำนวน 15 ข้อ รวมเป็น 30 ข้อ เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองในระยะที่ 1 ของการคลอด ช่วงที่ปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) และในระยะที่ 2 ของการคลอด แต่ละข้อคำถาม มีมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 10 ระดับ มีค่าคะแนน 1-10 จากระดับการไม่รับรู้ความสามารถในการคลอดตนเองหรือไม่มั่นใจเลย ค่าคะแนนเท่ากับ 1 จนถึงมีการรับรู้ความสามารถในการคลอดตนเองมากที่สุดหรือมั่นใจมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในระยะที่ 1 ของการคลอด (Active phase) เท่ากับ .93 และในระยะที่ 2 ของการคลอดเท่ากับ .95 และต่อมา กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ (Tanglakmankhong et al., 2010) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง (Childbirth Self-efficacy Inventory [CBSEI]) ของ Lowe (1993) มาแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้ผ่านการหาความตรงของเนื้อหา (Content validity index) จากผู้เชี่ยวชาญ 7 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพด้านการผดุงครรภ์ไทย จำนวน 4 คน และพยาบาลไทยที่เป็นนักวิจัย มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเรื่องการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง จำนวน 3 คน พร้อมทั้งนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content validity index) และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในระยะที่ 1 ของการคลอด (Active phase) เท่ากับ .86 และในระยะที่ 2 ของการคลอด เท่ากับ .95 และต่อมา จันทนา โปรรยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์ และวรรณทนา สุกสีมานนท์ (2558) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ

ในการทดลองของตนเองฉบับภาษาไทยของ กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ (Tanglakmankhong et al., 2010) ไปใช้ในงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเอง ในการทดลองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทดลองและการควบคุมตนเองระหว่างการทดลองของผู้ทดลองครั้งแรก ซึ่งจะเห็นได้ว่าแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการทดลองของตนเองเป็นแบบวัดที่มาตรฐาน และถูกนำไปใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย

ดังนั้น ผู้ทำวิจัยจึงเลือกใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการทดลองของตนเองของ กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ (Tanglakmankhong et al., 2010) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดกลุ่มสตรีระยะตั้งครรภ์ สร้างขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของเบนดูรา ซึ่งตรงตามหลักทฤษฎีตามแบบแผนที่ใช้อธิบายการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceive behavioral control) และเป็นฉบับภาษาไทยซึ่งเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

การรับรู้ความสามารถในการทดลองของตนเองต่อความตั้งใจเลือกวิธีการทดลอง การรับรู้ความสามารถในการทดลองของตนเองมีความสำคัญต่อความตั้งใจเลือกวิธีการทดลองของสตรีตั้งครรภ์ ดังการศึกษาของ Sanavi et al. (2012) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ 50 ตัดสินใจในการผ่าตัดคลอดในช่วงไตรมาสที่ 3 ซึ่งเกิดจากการรับรู้ความสามารถที่จะควบคุมตนเองในขณะที่คลอดต่ำ แต่ในทางตรงกันข้ามกัน จากการศึกษาของ Benight and Bandura (2004) และ Sirina (2004) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ความสามารถในการทดลองของตนเองสูง จะทำให้สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ดี และจากการศึกษาของ จันทนา โปรงเงิน และคณะ (2558) พบว่า สตรีที่มีการรับรู้ความสามารถในการทดลองของตนเองสูงจะสามารถควบคุมตนเองระหว่างคลอดได้ดีกว่าสตรีที่มีการรับรู้ความสามารถในการทดลองของตนเองต่ำ และจากการศึกษาของ จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญนภา วิชกุล และอารีรัตน์ วิเชียรประภา (2554) พบว่า สตรีที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง จะส่งผลให้สตรีผู้คลอดสามารถระคับระคองจิตใจตนเอง ปฏิบัติตัวเมื่อเข้าสู่ระยะของการคลอดจริงได้ดี สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ด้วยตนเองขณะเจ็บครรภ์คลอดได้ดี

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ซึ่งประกอบด้วยทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และการรับรู้ความสามารถในการทดลองของตนเอง โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรเป็นสตรีตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในปี พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในช่วงเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 19-34 ปี
2. อายุครรภ์ 32-40 สัปดาห์
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมที่เป็นข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ในการผ่าตัดคลอด จากการวินิจฉัยทางการแพทย์ ได้แก่ ครรภ์แฝด ทารกท่าก้น ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ทารกตัวโต ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน

4. สัญชาติไทย สามารถสื่อสาร พูด ฟัง อ่าน เขียน ด้วยภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณด้วยสูตรของกรีน (Green, 1991 cited in Tabachnick & Fidell, 2007) เนื่องจากเป็นสูตรที่ใช้ในการทำนายผลจากค่าตัวแปร และใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรผลลัพธ์กับตัวแปรต้นแต่ละตัวได้ สูตรคำนวณมี ดังนี้

$$N \geq 104 + m$$

N คือ ขนาดตัวอย่าง

m คือ จำนวนตัวแปรต้น

วิจัยนี้มีตัวแปรต้นทั้งหมด 3 ตัวแปร ประกอบด้วยทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง

แทนค่าในสูตร

$$N \geq 104 + 3$$

$$N \geq 107 \text{ คน}$$

ในการแทนค่าสูตร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างต้องมากกว่าหรือเท่ากับจำนวน 107 คน เพื่อป้องกันค่าผิดปกติ (Outlier) ของข้อมูลที่มีค่าแตกต่างจากส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง อาจจะต้องตัดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างนั้นออก เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อความผิดพลาดในการวิเคราะห์ทางสถิติ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด มาเรียงลำดับตามบัตรคิวที่มารับบริการ ผ่าครรภ์ แล้วทำการสุ่มแบบคนเว้นคนในแต่ละวัน จนครบจำนวนตามที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ อายุครรภ์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และลักษณะครอบครัว
2. แบบสอบถามทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์ จากแบบสอบถามทัศนคติต่อการเลือกวิธีการคลอดของ Tai (2013) โดยใช้เฉพาะส่วนข้อคำถาม ที่เกี่ยวกับทัศนคติต่อการเลือกผ่าตัดคลอด และปรับคำถามให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย ภายใต้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ของ Ajzen (1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก ไม่แน่ใจ เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	ระดับคะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5
เห็นด้วยมาก	4
ไม่แน่ใจ	3
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดที่ดี คะแนนต่ำ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดไม่ดี

3. แบบสอบถามการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

3.1 ความเชื่อของกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มีความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงมากที่สุด มีความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงมาก ไม่แน่ใจว่าจะเชื่อตามกลุ่มอ้างอิง มีความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงน้อย และมีความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	ระดับคะแนน
มีความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงมากที่สุด	5
มีความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงมาก	4
ไม่แน่ใจว่าจะเชื่อตามกลุ่มอ้างอิง	3
มีความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงน้อย	2
มีความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงน้อยที่สุด	1

3.2 แรงจูงใจที่จะคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ต้องการที่จะปฏิบัติตามมากที่สุด ต้องการที่จะปฏิบัติตามมาก ไม่แน่ใจว่าต้องการที่จะปฏิบัติตาม ต้องการที่จะปฏิบัติตามน้อย และต้องการที่จะปฏิบัติตามอย่างน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	ระดับคะแนน
ต้องการที่จะปฏิบัติตามมากที่สุด	5
ต้องการที่จะปฏิบัติตามมาก	4
ไม่แน่ใจว่าต้องการที่จะปฏิบัติตาม	3
ต้องการที่จะปฏิบัติตามน้อย	2
ต้องการที่จะปฏิบัติตามอย่างน้อยที่สุด	1

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดมาก คะแนนต่ำ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดน้อย

4. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง (Childbirth self-efficacy inventory) ของ Lowe (1993) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Tanglakmankhong et al. (2010) ซึ่งแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1977) ร่วมกับ

การทบทวนวรรณที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ด้าน จำนวน 30 ข้อ คือ

4.1 ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) ในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 10 ระดับ คือ ไม่ช่วยเลยให้ 1 คะแนน และช่วยได้มากที่สุดให้ 10 คะแนน ตามลำดับ

4.2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation) ในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 10 ระดับ คือ ไม่มั่นใจเลยให้ 1 คะแนน และมั่นใจมากที่สุดให้ 10 คะแนน ตามลำดับ

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30-300 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองในระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองในระดับต่ำ

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดตนเองนี้ได้ผ่านการหาความตรงของเนื้อหา (Content validity index) จากผู้เชี่ยวชาญ 7 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ด้านการผดุงครรภ์ไทย จำนวน 4 คน และพยาบาลไทยที่เป็นนักวิจัยมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เรื่องการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง จำนวน 3 คน พร้อมทั้งนำไปคำนวณหา มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content validity index) พบว่า เท่ากับ .86

5. แบบสอบถามความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การคาดการณ์ด้วยตนเอง (Self prediction) ความต้องการที่จะกระทำ (Desires to perform) และความตั้งใจที่จะกระทำ (Inten to perform) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มีความตั้งใจมากที่สุดที่จะการผ่าตัดคลอด มีความตั้งใจมากที่สุดที่จะผ่าตัดคลอด ไม่แน่ใจว่าจะผ่าตัดคลอด มีความตั้งใจน้อยที่จะผ่าตัดคลอด และมีความตั้งใจน้อยที่สุดที่จะผ่าตัดคลอด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	เกณฑ์ให้คะแนน
มีความตั้งใจมากที่สุดที่จะการผ่าตัดคลอด	5
มีความตั้งใจมากที่สุดที่จะผ่าตัดคลอด	4
ไม่แน่ใจว่าจะผ่าตัดคลอด	3
มีความตั้งใจน้อยที่จะผ่าตัดคลอด	2
มีความตั้งใจน้อยที่สุดที่จะผ่าตัดคลอด	1

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 3-15 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีความตั้งใจมากที่จะเลือกวิธีการผ่าตัดคลอด คะแนนต่ำ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีความตั้งใจน้อยที่จะเลือกวิธีการผ่าตัดคลอด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบสอบถามทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด แบบสอบถามการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และแบบสอบถามความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขามารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ 4 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา พร้อมทั้งนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content validity index) พบว่า เท่ากับ .81, .80 และ 1.00 ตามลำดับ และแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

แบบสอบถามทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด แบบสอบถามการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดตนเอง และแบบสอบถามความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด นำไปทดลองใช้กับสตรีที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 30 ราย และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72, .70, .95 และ .87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ตั้งแต่เริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่ปิดบังเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนมีความเข้าใจ และให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อยินดีเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการบอกขุติ หรือยกเลิกเข้าร่วมการวิจัย

ได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล การรวบรวมข้อมูล ไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ไซ้รหัสแทนการระบุ ชื่อ-สกุล และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบว่าเป็นของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด ปลอดภัยในแฟ้ม ใส่ตู้เก็บเอกสาร และล็อกกุญแจตลอดเวลา ผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเปิดตู้เอกสารได้ สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย จะถูกใส่รหัสผ่าน และผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลนี้ได้ และจะทำลายข้อมูลหลังจากเผยแพร่งานวิจัยแล้วทันที ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินงานวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการสำรวจข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ ที่มีรับบริการฝากครรภ์
3. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
4. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝากครรภ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 9.00-12.00 น. โดยเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคลดังนี้
 - 5.1 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
 - 5.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย และพินิจสิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย ถ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้สตรีตั้งครรภ์ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 - 5.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกการผ่าตัดคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และแบบสอบถามความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด ภายหลังได้รับการบริการฝากครรภ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยจัดสถานที่ในการตอบแบบสอบถามที่มีความเป็นส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม

ข้อสงสัยก่อนการทำแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อ่าน และตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 15-20 นาที ในแต่ละวันผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลได้ วันละประมาณ 6-10 ราย โดยใช้ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 จนข้อมูลครบจำนวน 120 ราย

5.4 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถาม หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จ ถ้าการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จะให้กลุ่มตัวอย่างทำให้ครบสมบูรณ์

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามที่กำหนดไว้ และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองและความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด วิเคราะห์ด้วยโดยใช้ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. อำนวยการทำนายของทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง ต่อความตั้งใจเลือกวิธีการผ่าตัดคลอด วิเคราะห์ด้วยวิธีถดถอยพหุคูณ แบบมาตรฐาน (Standard multiple regression analysis) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ได้แก่ ทักษะคิดต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 120 คน โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเรียงตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก

ตอนที่ 3 ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์แรก โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์แรก ($n = 120$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($Mean = 24.64, SD = 4.83$)		
19-22	54	45.00
23-26	32	26.67
27-30	18	15.00
31-34	16	13.33
อายุครรภ์ (สัปดาห์) ($Mean = 34.72, SD = 2.77$)		
32-36	82	68.33
37-40	38	31.67

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	116	96.67
หม้าย/ หย่า/ แยก	4	3.33
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	16	13.33
มัธยมศึกษา	67	55.83
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	11	9.17
ปริญญาตรี	23	19.17
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.50
อาชีพ		
ไม่ทำงาน	46	38.33
รับจ้าง/ พนักงานบริษัท	53	44.17
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	13	10.83
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	8	6.67
รายได้ (รวมสามี ภรรยา/ เดือน)		
≤ 10,000	19	15.84
10,001-50,000	91	75.83
50,001-100,000	7	5.83
> 100,000	3	2.50
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	55	45.83
ขยาย	65	54.17

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 24.64 ปี มีอายุอยู่ระหว่าง 19-22 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45 ประกอบอาชีพรับจ้างหรือพนักงานบริษัทมากที่สุด ร้อยละ 44.17 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 55.83 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมากที่สุด

ร้อยละ 54.17 ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 32-36 สัปดาห์ ร้อยละ 68.33 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 96.67 และรายได้รวมระหว่างสามีและภรรยาอยู่ในช่วง 10,001-50,000 บาท ร้อยละ 75.83

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด โดยหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดตารางที่ 2 และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ($n = 120$)

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

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดในระดับปานกลาง ($Mean = 24.95$, $SD = 4.69$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดในระดับปานกลาง ($Mean = 13.87$, $SD = 3.63$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองในระดับสูง ($Mean = 232.05$, $SD = 44.73$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดในระดับต่ำ ($Mean = 6.30$, $SD = 2.62$)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด (X_1) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด (X_2) การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง (X_3) และความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด (Y) ($n = 120$)

ตัวแปร	Y	X_1	X_2	X_3
Y	1			
X_1	.216	1		
X_2	-.083	.238	1	
X_3	.403	.295	.019	1

จากตารางที่ 3 พบว่า ทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .216, p < .05$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .403, p < .001$) และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 3 ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก

ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ได้แก่ ทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน พบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ ตัวทำนายและตัวแปรเกณฑ์มีคุณสมบัติเป็น Normality, Homoscedasticity ไม่มี Outliers, Linear relationship และไม่มี Multicollinearity ระหว่างตัวแปรทำนายใดๆ จึงสามารถนำไปวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน (Standard multiple regression analysis) ได้ ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 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
การรับรู้สามารถในการคลอด	-.007	.005	-.123	-1.426	.157
$F_{3,116} = 8.892, R = .432, R^2 = .187, \text{Adjusted } R^2 = .166$					
ค่าคงที่	2.267	.874		2.595	.011
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.291	.061	.403	4.780	< .001
$F_{1,118} = 22.851, R = .403, R^2 = .162, \text{Adjusted } R^2 = .155$					

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด ปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ได้ร้อยละ 18.7 ($R^2 = .187, F_{3,116} = 8.892$) ซึ่งปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 16.2 ($\beta = .403, F_{1,118} = 22.851, P < .001$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์แรกที่ได้รับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 120 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด แบบสอบถามการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และแบบสอบถามความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72, .70, .95, .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน (Standard multiple regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถสรุปผลได้ ดังนี้

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

2. ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดในระดับปานกลาง ($Mean = 24.95$, $SD = 4.69$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดในระดับปานกลาง ($Mean = 13.87$, $SD = 3.63$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองในระดับสูง ($Mean = 232.05$, $SD = 44.73$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดในระดับต่ำ ($Mean = 6.30$, $SD = 2.62$)

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองกับความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก พบว่า ทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .216, p < .05$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .403, p < .001$) และการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ข้อมูลปัจจัยทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด ปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ร้อยละ 18.7 ($R^2 = .187, F_{3,116} = 8.892$) ซึ่งปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด ปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดและปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง พบว่า สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ร้อยละ 18.7 ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า เป็นตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) ที่ใช้อธิบายถึงความตั้งใจในการเลือกที่กระทำพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากปัจจัย 3 ประการ คือ ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ดังนี้

1. ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดเป็นตัวแปรร่วมในการทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ เนื่องจากทัศนคติเกิดจากความเชื่อ และการประเมินผลจากจากพฤติกรรม ซึ่งถ้ามีทัศนคติในทางบวกก็จะทำให้เกิดความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมนั้นได้ (Ajzen, 1991) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตศิลป์ (2551) พบว่า ทัศนคติเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติว่าการผ่าตัดคลอดเป็นวิธีที่สามารถกำหนดวันคลอดได้ตามฤกษ์ยาม ไม่ต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด และไม่ทำให้อวัยวะสืบพันธุ์หรือช่องทางคลอดได้รับความเสียหาย ดังนั้น ทัศนคติต่อการผ่าคลอด

จึงมีความสำคัญต่อความตั้งใจเลือกวิธีการผ่าตัดคลอด และเป็นปัจจัยร่วมที่ใช้ทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้

2. ปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดเป็นตัวแปรร่วมในการทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นช่วงวัยรุ่นที่มีอายุเฉลี่ย 19-22 ปี ร้อยละ 45 ซึ่งเป็นช่วงระยะของวัยรุ่นตอนปลายที่มีลักษณะไม่ทราบแน่ในความถนัด ความต้องการของตนเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553) ร่วมกับเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 54.17 ซึ่งตามวัฒนธรรมไทยที่มีเครือญาติอยู่ร่วมเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน จึงมีการถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม ประสบการณ์ต่าง ๆ ให้กับตัวบุคคล (Pender et al., 2011) ซึ่งกลุ่มบุคคลอ้างอิงเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญในการทำให้เกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกได้ (Ajzen, 1991) สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรา วิชัยดิษฐ์ (2540) สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตศิลป์ (2551) Hildingsson (2014) และ Tai (2013) พบว่ากลุ่มบุคคลใกล้ชิดสตรีตั้งครรภ์จะมีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการได้แก่ สามี มารดาตนเอง เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการผ่าตัดคลอด ดังนั้น กลุ่มบุคคลอ้างอิงจึงมีความสำคัญต่อความตั้งใจเลือกวิธีการผ่าตัดคลอด และเป็นปัจจัยร่วมที่ใช้ทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้

3. ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองเป็นตัวแปรร่วมในการทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้ เนื่องจากการรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นการรับรู้ความยากง่ายในเหตุผลของตนเองต่อการตัดสินใจเลือกที่จะกระทำ ที่เกิดจากความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม และการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมที่จะส่งผลต่อความตั้งใจเลือกแสดงพฤติกรรม (Ajzen, 1991) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Schwartz et al. (2015) กับงานวิจัยของ Salomonsson et al. (2013) พบว่า การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองมีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการผ่าตัดคลอด ซึ่งถ้าสตรีตั้งครรภ์ที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองต่ำจะเลือกการผ่าตัดคลอดมากกว่าการคลอดเองทางช่องคลอด ดังนั้น การรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองจึงมีความสำคัญต่อความตั้งใจเลือกวิธีการผ่าตัดคลอด และเป็นปัจจัยร่วมที่ใช้ทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้

แต่เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด ปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด และปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองที่ละปัจจัยพบว่า มีเพียงปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดที่สามารถทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากปัจจัย

ด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอดกับความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเป็นตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (1991) ที่พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มบุคคลอ้างอิงมีความใกล้ชิดกับสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ สามี มารดา เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความตั้งใจเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์ (สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตป, 2551; Hildingsson, 2014; Tai, 2013) และจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มอ้างอิงที่เป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สาทิพย์ อ่อนบัณฑิตป (2551) พบว่า กลุ่มอ้างอิงที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์จะมีอิทธิพลต่อสตรีตั้งครรภ์มากที่สุด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีความไว้วางใจและมั่นใจในบุคลากรทางการแพทย์ คิดว่าทางการแพทย์มีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าทันสมัย สร้างความปลอดภัยในกระบวนการคลอด และเนื่องจากร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นช่วงวัยรุ่น มีอายุเฉลี่ย 19-22 ปี ร้อยละ 45 ซึ่งเป็นช่วงระยะของวัยรุ่นตอนปลายที่มีลักษณะไม่ทราบความต้องการของตนเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553) เป็นครอบครัวขยายส่วนใหญ่ร้อยละ 54.17 ซึ่งตามวัฒนธรรมไทยที่มีเครือญาติอยู่ร่วมเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันจะมีการถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม ประสบการณ์ต่าง ๆ ให้กับตัวบุคคล (Pender et al., 2011) จึงทำให้กลุ่มบุคคลอ้างอิงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเลือกการผ่าตัดคลอด ดังนั้น กลุ่มบุคคลอ้างอิงจึงมีความสำคัญมากที่จะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการคลอด และตระหนักถึงผลดีในวิธีการคลอดที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์เกิดประโยชน์สูงสุด

ส่วนปัจจัยด้านทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดและปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง เมื่อพิจารณาปัจจัยทำนาย พบว่า ไม่สามารถใช้ทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากปัจจัยด้านทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดกับความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดอยู่ในระดับต่ำเป็นครอบครัวขยายมากที่สุด ร้อยละ 54.17 ซึ่งตามวัฒนธรรมไทยที่มีเครือญาติอยู่ร่วมเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน จึงมีการถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม ประสบการณ์ต่าง ๆ ให้กับตัวบุคคล (Pender et al., 2011) ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการปรึกษา การตัดสินใจวิธีการคลอดกับครอบครัว ได้แก่ มารดา สามี และบุคคลใกล้ชิด จึงทำให้ทัศนคติในการคลอดของตนเองเปลี่ยนแปลงไปตามคำแนะนำของบุคคลใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรา วิชัยดิษฐ์ (2540) และ Tai (2013) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะปรึกษากับมารดาของตนเอง มีความใกล้ชิด มีประสบการณ์ตรง

ในการคลอดมาก่อน ซึ่งมารดาส่วนใหญ่จะให้คำแนะนำ ชักจูง ให้นบุตรคลอดเองทางช่องคลอด โดยเชื่อว่าการคลอดบุตรเป็นเรื่องธรรมชาติของสตรีและเป็นวิถีคลอดที่ปลอดภัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 19-22 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45 ซึ่งเป็นช่วงระยะของวัยรุ่นตอนปลาย ที่มีลักษณะทางอารมณ์สับสนง่ายไม่ทราบแน่ในความถนัด ความต้องการของตนเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553) อาจเป็นเหตุผลที่ทำให้การตอบแบบสอบถามทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดของกลุ่มตัวอย่าง เกิดความไม่มั่นใจต่อทัศนคติของตนเอง จึงไม่สามารถนำไปทำนายความตั้งใจในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ และปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองอยู่ในระดับสูง ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด เนื่องจากงานวิจัยของ Schwartz et al. (2015) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองต่ำจะเลือกการผ่าตัดคลอด ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการคลอดสูง จึงไม่สามารถนำไปทำนายความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดได้ และกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์แรก ไม่เคยผ่านประสบการณ์การคลอด และจบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.83 อาจทำให้การเรียนรู้ที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากวิธีการคลอดได้น้อย ทำให้มีความเข้าใจการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเองน้อยและประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 19-22 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45 ซึ่งเป็นช่วงระยะของวัยรุ่นตอนปลาย ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความไม่มั่นใจต่อความสามารถในการคลอดของตนเองที่จะนำไปใช้ในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดได้ จึงไม่สามารถนำไปทำนายความตั้งใจในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรควรหากลยุทธ์ในการส่งเสริม ความเชื่อ ค่านิยมของสตรีตั้งครรภ์ ครอบครัวยุคใหม่ รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพ ให้เข้าใจและตระหนักถึงประโยชน์ของการคลอดเอง เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความตั้งใจเลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด มากกว่าการผ่าตัดคลอด
2. ผู้สอนในสถานศึกษาควรส่งเสริมให้ผู้เรียนเห็นความสำคัญของกลุ่มบุคคลอ้างอิง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด และใช้ประโยชน์จากกลุ่มอ้างอิงในการสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์คลอดด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ มีทัศนคติต่อการคลอดด้วยตนเอง ในเชิงบวกหรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถในการคลอดด้วยตนเอง เพื่อลดการคล้อยตามความคิดหรือความเชื่อของบุคคลกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อการผ่าตัดคลอดในเชิงบวก

บรรณานุกรม

- กุสม พุกฤษัฏธานนัต และปรียา หนูสม. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจของมารดา หลังคลอดในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(3), 55-68.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2556). *จิตวิทยาทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 27). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมชิตราช.
- จันทนา ไพรยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์ และวรรณทนา สุขสีมานนท์. (2558). ผลของโปรแกรม การส่งเสริมความสามารถของตนเองในการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการคลอดและการควบคุมตนเองระหว่างการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(1), 1-12.
- จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา วิชกุล และอารีรัตน์ วิเชียรประภา. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอด ของมารดาครรภ์แรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 22(1), 28-37.
- จํารอง เงินดี. (2552). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ชญาณิกา ศรีวิชัย. (2557). พฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยร่นตอนต้นที่ติดเกมคอมพิวเตอร์: ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 1-15.
- ชนิดาภา เนียมปัสชา, สร้อย อนุสรณ์ชิตกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์. (2554). ความสัมพันธ์ ระหว่างความกลัวการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอด และความเหนื่อยล้าหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(4), 56-64.
- ชญาวลี ศรีสุโข. (2548). การผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาลพิจิตร พ.ศ. 2544-2547. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 14(4), 717-727.
- ทัศนีย์ กลั่นเขตรกิจ. (2549). *ผลของการเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเองต่อความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตัวในระยะคลอดของสตรีครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชิติมา เหล่าศิริรัตน์. (2553). สภาพการณ์และแนวโน้มของการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครนายก ในช่วง 14 ปี ย้อนหลัง. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 5(4), 301-308.

- ธีระ สันเดชาภิรักษ์, สิริอร ศักดาบุญเดชะ และเกตนันท์สิริ กอบกิจไพศาลสุข. (2556). *การผ่าตัดคลอด: การคลอดที่เราควรเลือกจริงหรือ?*. เข้าถึงได้จาก http://doc.qa.tu.ac.th/documente/8.soc_ant/soc_ant/academic_year_2556/Element_4/ones_.pdf
- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2556). ความกลัวการคลอดบุตร. *พยาบาลสาร*, 40(พิเศษ), 103-112.
- เบญจพร พงศ์อำไพ, ประณีต ส่งวัฒนา และอุมาพร ปุญญโสพรรณ. (2552). ปัจจัยทำนายความตั้งใจของกลุ่มสมรสสตรีตั้งครรภ์ในการมาใช้บริการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(4), 70-82.
- บุญสืบ โสโสม. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดกับระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรา วิชัยดิษฐ์. (2540). *ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดา*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรี ดวงจันทร์. (2550). *ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนและดัชนีมวลกายในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสาธิต กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ดุสิตบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พวงนา ดวงจันทร์. (2546). *ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล อารมณ์ต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลธนบุรี 2*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ ศันสนีย์วิทย์กุล. (2553). *คำராสูติศาสตร์*. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิ่ง.
- ยศ ธีระวัฒนานนท์, ปิยะ หาญรวงศ์ชัย, จงกล เลิศเกียรติรัง และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2545). การทำนายโอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตรสำหรับหญิงไทย กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป 29 แห่ง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 11(5), 630-637.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554*. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนอินเตอร์พรีน.

- วนิดา ชาวเจริญพันธ์. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนครอบครัวของมารดาวัยรุ่นภายหลังคลอดบุตรครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณภา กาวิละ. (2544). *เจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วารุณี เริ่มอรุณรอง. (2552). *ประสบการณ์ขณะอยู่ในห้องผ่าตัดของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดครั้งแรกโรงพยาบาลตรัง*. *วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย*, 2(2), 39-48.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 9)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. (2545). *จิตวิทยาสังคม ทฤษฎีและปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- สถิติสาธารณสุข. (2555). *สรุปสถานการณ์แม่และเด็กไทยปี 2548-2555*. เข้าถึงได้จาก http://www.hpc4.go.th/director/data/region/mchData48_55.pdf
- สาทิพย์ อ่อนบัณฑิต. (2551). *ทัศนคติในการตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของสตรีตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 17(5), 834-844.
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล. (2546). *จิตวิทยาสังคม ทฤษฎี และการประยุกต์*. กรุงเทพฯ: เม็ดทรายพรินติ้ง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). *การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก http://www.unicef.org/thailand/tha/Exe_Summary_Thai.Pdf
- สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, นิพรรณพร วรมงคล, วินัส อุดมประเสริฐกุล, จงกต ตั้งอุตสาหะ, สุกรินทร์ วิมุกตายน, บุญเทียม เทพพิทักษ์ศักดิ์, เรืองศักดิ์ บุญบันดาลชัย, สุทธฤทัย เขียวขวัญมา, ณัฐวรรณ ดิเลศยืนยง, ศศิธร แจ่มถาวร และปราดบ พรหมล้วน. (2552). *การสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับมารดาและทารกแรกคลอด*. เข้าถึงได้จาก [www.cphs.chula.ac.th/Surveillance% 20Center/สำรวจมารดาและทารก.pdf](http://www.cphs.chula.ac.th/Surveillance%20Center/สำรวจมารดาและทารก.pdf)
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes personality and behavior* (2nd ed.). Maidenhead: Open University Press.

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Aksoy, M., Aksoy, A. N., Dostbil, A., Celik, M. G., & Ince, I. (2014). *The relationship between fear of childbirth and women's knowledge about painless childbirth*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1155/2014/274303>
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2013). ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 121(4), 904-907.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Barber, E. L., Lundsberg, L., Belanger, K., Pettker, C. M., Funai, E. F., & Illuzzi, J. L. (2011). Contributing indications to the rising cesarean delivery rate. *The Obstetrics and Gynecology*, 118(1), 29-38.
- Beebe, K. R., Lee, K. A., Carrieri-Kohlman, V., & Humphreys, J. (2007). The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36(5), 410-418.
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 42(10), 1129-1148.
- Caughey, A. B., Cahill, A. G., Guise, J. M., & Rouse, D. J. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210(3), 179-193.
- Chuahorm, U., Sripichyakarn, K., Tungpunkom, P., Klunklin, A., & Kennedy, H. P. (2006). Fear and suffering during childbirth among Thai women. *Thai Journal Nursing Research*, 11(1), 49-61.
- Chu, K. H., Chien, L. Y., Chen, A. C., & Hsu, M. H. (2014). Effect of self-efficacy regarding a smooth labor on cesarean deliveries among primiparas in Taiwan. In 25th *International nursing research congress* (p. 56). Hong Kong: Indianapolis.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). *Williams obstetrics* (23rd ed.). New York: McGraw-Hill.

- Dweik, D. (2012). Vaginal delivery versus cesarean section attitudes and fears of Hungarian pregnant women. *International Journal of Obstetrics & Gynecology*, *119*(3), 815.
- Farlax, P. (2012). *Medical dictionary*. Retrieved from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/cesarean+section>.
- Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D. K., & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, health first pregnancy?. *Midwifery*, *26*(4), 394-400.
- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J., & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, *31*(1), 239-246.
- Francis, J., Eccles, M. P., Johnston, M., Walker, A. E., Grimshaw, J. M., Foy, R., Kaner, E. F. S., Smith, L., & Bonetti, D. (2004). *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: A manual for health services researchers*. Retrieved from <http://openaccess.city.ac.uk/1735/1/TPB%20Manual%20FINAL%20May2004.pdf>
- Gourounti, K., Kouklaki, E., & Lykeridou, K. (2015). Childbirth efficacy: Validating the childbirth self-efficacy inventory in a Greek sample of pregnant women. *Midwifery*, *31*(7), 742-749.
- Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *55*(12), 2-14.
- Hildingsson, I. (2014). Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth a longitudinal cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *5*(2), 75-80.
- Laursen, M., Johansen, C., & Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *116*(1), 1350-1355.
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing & Health*, *16*(2), 141-149.
- Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *21*(4), 219-224.

- Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Gülmezoglu, A. M., Souza, J. P., Taneepanichskul, S., Ruyan, P., Attygalle, D. E., Shrestha, N., Mori, R., Nguyen, D. H., Hoang, T. B., Rathavy, T., Chuyun, K., Cheang, K., Festin, M., Udomprasertgul, V., Germar, M. J., Yanqiu, G., Roy, M., Carroli, G., Ba-Thike, K., Filatova, E., & Villar, J. (2010). Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: The WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*, 375(9731), 490-499.
- McCarthy, N. (2016). *Which countries have the highest caesarean section rates?* Retrieved from <http://www.forbes.com/sites/niallmccarthy/2016/01/12/which-countries-have-the-highest-caesarean-section-rates-infographic/#54904c6e44ff>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston: Pearson.
- Perry, S. E., Hockenbery, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2010). *Maternal child nursing care* (4th ed.). Missouri: Mosby Elsevier.
- Sadat, Z. (2014). Reasons for elective cesarean section in Iranian women. *Nursing and Midwifery Studies*, 3(3), 1-2.
- Salomonsson, B., Gullberg, M. T., Alehagen, S., & Wijma, K. (2013). Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(3), 116-121.
- Sanavi, F. S., Rakhshani, F., Ansari-Moghaddam, A., & Edalatian, M. (2012). Reasons for elective cesarean section amongst pregnant women: A qualitative study. *Journal of Reproduction and Infertility*, 13(4), 237-240.
- Schwartz, L., Toohill, J., Creedy, D. K., Baird, K., Gamble, J., & Fenwic, J. (2015). Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15(29), 1-9.
- Sercekus, P., & Okumus, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25(2), 155-162.
- Sirina, S. (2004). *Marital relationship, self-efficacy in labor pain coping, and pain coping behavior during labor of the first-time mothers*. Master's thesis, Nursing Science, Graduate Studies, Mahidol University.

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Pearson Education.
- Tai, C. Y. (2013). *Development of an investigator-designed questionnaire concerning childbirth delivery options based on the theory of planned behavior*. Master's thesis, Nursing, Graduate School, University of South Florida.
- Tanglakmankhong, K., Perrin, N. A., & Lowe, N. K. (2010). Childbirth self-efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: Psychometric properties of Thai language versions. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 193-203.
- Wiklund, I., Andolf, E., Lilja, H., & Hildingsson, I. (2012). Indications for cesarean section on maternal request-guidelines for counseling and treatment. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(3), 99-106.
- World Health Organization [WHO]. (1996). *Care in normal birth a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *Birth by caesarean section*. Retrieved from <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1630>
- World Health Organization [WHO]. (2015). *WHO statement on caesarean section rates*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความที่เป็นคำตอบของท่านลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย / ลงใน ()
หน้าข้อความที่เป็นคำตอบของท่าน

1. ท่านมีอายุ..... ปี
2. ท่านมีอายุครรภ์..... สัปดาห์
3. สถานภาพสมรสของท่าน
 โสด คู่
 หม้าย หย่า
 แยก
4. ลักษณะครอบครัวของท่าน
 เดี่ยว ขยาย
5. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า
 อนุปริญญา หรือเทียบเท่า ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี โปรรระบุ.....
6. อาชีพ
 ไม่มีอาชีพ/ แม่บ้าน รับจ้าง
 ค้าขาย พนักงานบริษัท
 ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ อื่น ๆ โปรรระบุ.....
7. รายได้รวมของท่านและสามีต่อเดือน
 ต่ำกว่า 10,000 บาท 10,001-20,000 บาท
 20,001-30,000 บาท 30,001-40,000 บาท
 40,001-50,000 บาท 50,001-60,000 บาท
 60,001-70,000 บาท 70,001-80,000 บาท
 80,001-90,000 บาท 90,001-100,000บาท
 มากกว่า 100,000 บาท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด

คำอธิบาย แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความเชื่อ โดยทั่วไปเกี่ยวกับผลของการผ่าตัดคลอดของท่าน

คำชี้แจง ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยมีระดับความคิดเห็น ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของท่านทุกประการ
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของท่านบ่อยครั้ง
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่สามารถระบุความรู้สึกจริงของท่านได้
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านบางครั้ง
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านทุกประการ

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยน้อยที่สุด (1)	เห็นด้วยน้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยมากที่สุด (5)
1.	การผ่าตัดคลอดเป็นสิ่งที่ปลอดภัยสำหรับผู้คลอด					
2.	การผ่าตัดคลอดเป็นสิ่งที่ปลอดภัยสำหรับทารกในครรภ์					
3.	การผ่าตัดคลอดเป็นสิ่งที่ไม่น่ากลัว					
4.					
5.					
6.					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย น้อยที่สุด (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย มากที่สุด (5)
7.					
8.					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นของท่านในการปฏิบัติตามผู้อื่นเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วน ก ความเชื่อของกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด

คำอธิบาย แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคาดหวังของกลุ่มบุคคลที่มีต่อวิธีการคลอดของท่านในครรภ์นี้

คำชี้แจง ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยมีระดับความคิดเห็นดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของท่านทุกประการ
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของท่านบ่อยครั้ง
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่สามารถระบุความรู้สึกจริงของท่านได้
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านทุกประการ

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1.	บุคคลในครอบครัว มีความคาดหวังให้ท่าน ผ่าตัดคลอด					
2.					
3.					

ส่วน ข แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด

คำอธิบาย แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบระดับความต้องการของท่านที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลในกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัดคลอด

คำชี้แจง ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีระดับความคิดเห็นดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของท่านทุกประการ
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของท่านบ่อยครั้ง
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่สามารถระบุความรู้สึกจริงของท่านได้
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านทุกประการ

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1.	ท่านต้องการผ่าตัดคลอด ตามความคาดหวังของบุคคล ในครอบครัว					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
2.					
3.					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการรับรู้ความสามารถในการคลอดของท่านแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วน ก ความคาดหวังในผลของการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด

คำอธิบาย แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยให้ท่านเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ระดับใด

คำชี้แจง ขอให้ท่านนึกถึงภาพเหตุการณ์ ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดทุก 5 นาที หรือเจ็บถี่กว่านั้น ท่านคิดว่าพฤติกรรมต่อไปนี้จะช่วยให้ท่านเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้เพียงใด โดยใส่เครื่องหมาย รอบตัวเลข ตั้งแต่ไม่ช่วยเลยถึงช่วยได้มากที่สุด (1-10)

ข้อความ	ระดับความสามารถในการเผชิญ การเจ็บครรภ์คลอด									
	ไม่ช่วยเลย					ช่วยได้มากที่สุด				
1. การผ่อนคลายทุกส่วนของร่างกาย	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. การเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับการหดตัวของมดลูกในแต่ละครั้ง	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. การหายใจเข้า ออกช้า ๆ ระหว่างที่มดลูกหดตัว	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ข้อความ	ระดับความสามารถในการเผชิญ การเจ็บครรภ์คลอด									
	ไม่ช่วยเลย					ช่วยได้มากที่สุด				
8.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ส่วน ข ความคาดหวังในความสามารถของตนเองการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด

คำอธิบาย แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบระดับความมั่นใจของท่านที่จะแสดงพฤติกรรมเหล่านี้ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด

คำชี้แจง ขอให้ท่านนึกถึงภาพเหตุการณ์ ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดทุก 5 นาที หรือเจ็บถี่กว่านั้น ท่านคิดว่ามีความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมต่อไปนี้ระดับใด โดยใส่เครื่องหมาย ○ รอบตัวเลข ตั้งแต่ไม่มั่นใจเลย ถึง มั่นใจมากที่สุด (1-10)

ข้อความ	ระดับความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรม ขณะเจ็บครรภ์คลอด									
	ไม่ช่วยเลย					ช่วยได้มากที่สุด				
1. การผ่อนคลายทุกส่วนของร่างกาย	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. การเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับการหดตัวของมดลูกในแต่ละครั้ง	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. การหายใจเข้า ออกช้า ๆ ระหว่างที่มดลูกหดตัว	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ข้อความ	ระดับความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรม ขณะเจ็บครรภ์คลอด									
	ไม่ช่วยเลย					ช่วยได้มากที่สุด				
7.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด

คำอธิบาย แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบระดับความตั้งใจในการตัดสินใจเลือกการผ่าตัดคลอดของท่านในครรภ์นี้

คำชี้แจง ขอบท่านใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่มีตรงความตั้งใจของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยมีระดับความตั้งใจ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของท่านทุกประการ
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของท่านบ่อยครั้ง
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่สามารถระบุความรู้สึกจริงของท่านได้
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านทุกประการ

ข้อ	ความตั้งใจในการเลือก วิธีการคลอด	ระดับความตั้งใจ				
		น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1.	ฉันคาดการณ์ว่าจะขอผ่าตัด คลอด					

ข้อ	ความตั้งใจในการเลือก วิธีการตลอด	ระดับความตั้งใจ				
		น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
2.					
3.					

ภาคผนวก ข
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 07-02-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตนเอง ซึ่งแบบสอบถามมีจำนวน 5 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอด 3) แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกผ่าตัดคลอด 4) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และ 5) แบบสอบถามความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอด

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยทางตรง ทำให้ทราบทัศนคติต่อวิธีการคลอดเองทางช่องคลอด และวิธีการผ่าตัดคลอดของท่าน ทราบบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอดของท่าน ทราบระดับการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง และทราบความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอดในครรภ์นี้ของท่าน ประโยชน์ทางอ้อมเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหน่วยฝากครรภ์ในการจัด โปรแกรมหรือกิจกรรมในการส่งเสริมสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์ให้มีทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดที่ถูกต้องเหมาะสม มีความตระหนักถึงความสามารถในการคลอดของตนเอง รวมทั้งจัดกิจกรรมให้บุคคลที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงข้อดี ข้อเสียของความตั้งใจเลือกผ่าตัดคลอดเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในสถานพยาบาลในการกำหนดนโยบายกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์ ในการสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์เลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอดเพิ่มขึ้นและลดการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ลง และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้สอนในสถานศึกษา นำไปสอดแทรกในการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติงานได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใด ๆ ต่อท่าน

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความเป็นส่วนตัวของท่าน โดยใช้รหัส ตัวเลขแทนการระบุชื่อ-สกุล และสิ่งใด ๆ ที่อ้างอิงหรือทราบได้ว่าเป็นข้อมูลของท่าน ข้อมูลที่เป็น กระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมีจิตปิดกั้นในแฟ้ม ใส่ตู้เก็บเอกสาร และล็อกกุญแจ ตลอดเวลา ผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนตัวของท่าน ผู้อ่านการวิจัยนี้จะทราบเฉพาะปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกเท่านั้น หลังจากผลการวิจัยได้รับ การเผยแพร่แล้วผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดทันที

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวสาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล หมายเลขโทรศัพท์ 081-0131430 หรือที่ รองศาสตราจารย์ พิริยา สุภศรี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 089-9362056

นางสาวสาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก (Factors influencing elective cesarean section intention among primigravida women)

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของสตรีตั้งครรภ์แรก
Factors Influencing Elective Cesarean Section Intention among Primigravida Women

ชื่อนิสิต นางสาวสาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล

รหัสประจำตัวนิสิต 53920615 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 07 - 02 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ สตรีตั้งครรภ์แรก จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 120 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ

แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 3 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย
โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี

ใบรับรองโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย
โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี

ชื่อโครงการ(ไทย) : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของสตรีตั้งครรภ์แรก

ชื่อโครงการ(อังกฤษ) : FACTORS INFLUENCING ELECTIVE CESAREAN SECTION INTENTION AMONG PRIMIGRAVIDA WOMEN

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวสาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล

เลขที่ใบรับรอง : 20/2559 รหัสโครงการวิจัย : 59-2-020-0

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ประเภทโครงการวิจัย โครงการวิจัยภายใน โครงการวิจัยภายนอก

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัย เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย
- 2) วิธีการวิจัยที่เหมาะสมและได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย
- 3) การดำเนินงานวิจัยเหมาะสม ไม่ก่อความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัย

ออกให้ ณ วันที่ ๗ เมษายน 2559

หมดอายุวันที่ ๖ เมษายน 2560

เอกสารนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่าโครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบและมีมติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลพระรัตนราชธานีได้ตามเงื่อนไขและแนวทางที่เจ้าของโครงการเสนอมา

ลงนาม.....

(นายแพทย์กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย

หมายเหตุ : ใบรับรองนี้เป็นใบรับรองที่จัดทำขึ้นชั่วคราวเท่านั้น กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีจะดำเนินการออกเอกสารใบรับรองฉบับจริงให้ เมื่อผู้วิจัยนำรูปเล่มงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ มาส่งที่กลุ่มงานวิจัยฯ เพื่อเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยต่อไป

ที่ ศธ ๐๓๐๓/ ๓๕๖๑



โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
๖๗๙ ถนนรามอินทรา แขวงคั่นนายาว
เขตคั่นนายาว กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๓๐

๒

เมษายน ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ ที่ ศธ ๖๖๐๗/๐๔๗๔ ลงวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่ ศธ ๖๖๐๗/๐๔๗๔ ลงวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๕๙ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์ขอส่งโครงการวิจัยเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น

บัดนี้ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้พิจารณาแล้วอนุมัติให้ นางสาวสาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ดำเนินโครงการวิจัย/วิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของสตรีตั้งครรภ์แรก” ได้ตามที่กำหนดไว้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอุทัย ตัณศลารักษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

โทร. ๐ ๒๕๑๗ ๔๒๗๐ - ๙ ต่อ ๒๖๖๑

โทรสาร ๐ ๒๕๑๗ ๘๙๑๗



ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๙๑๙/๑๒๑

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
๘๘ หมู่ ๑ ตำบลหนองไผ่ ถนนมิตรภาพ
อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ๔๑๓๓๐

๓๕ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คุณสาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล

อ้างอิง หนังสือคณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ศธ ๖๖๐๗/๐๓๒๗
ลงวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวสาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของสตรีตั้งครรภ์แรก” และได้ทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) ฉบับภาษาไทย โดย ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์

ข้าพเจ้า อนุญาตให้ นางสาวสาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล ใช้เครื่องมือการวิจัยเรื่องดังกล่าวได้และขอทราบผลการใช้เครื่องมือเมื่อเก็บข้อมูลแล้วเสร็จ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง)

รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิจัย และพัฒนาผลงาน

กลุ่มงานวิจัย และพัฒนาผลงาน

โทรศัพท์ ๐ ๔๒๒๙ ๕๔๐๕ - ๖ ต่อ ๔๗๑

โทรสาร ๐ ๔๒๒๐ ๗๘๘๗