ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก

มาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก

มาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS PREDICTING INTENTION TO VAGINAL BIRTH AMONG PRIMIPAROUS WOMEN

MARISA LAPPERMSUB

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF

THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE

IN MIDWIFERY

FACULTY OF NURSING

BURAPHA UNIVERSITY

2022

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ มาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

....

(รองศาสตราจารย์พิริยา ศุภศรี)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณา พาหุวัฒนกร)

.... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์พิริยา ศุภศรี)

.... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)

.... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์)

.... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จูลเมตต์)

วันที่..........เดือน.....................พ.ศ...........

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่..........เดือน.....................พ.ศ...........

63920392: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์; พย.ม. (การผดุงครรภ์)
คำสำคัญ: ความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด, ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด, การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด, การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด, ความกลัวการคลอด

มาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์ : ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก. (FACTORS PREDICTING INTENTION TO VAGINAL BIRTH AMONG PRIMIPAROUS WOMEN) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พิริยา ศุภศรี, วท.ม., สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ส.ด. ปี พ.ศ. 2565.

การคลอดเองทางช่องคลอดอาจเกี่ยวพันกับความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจนั้น การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด และปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก ได้แก่ ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความกลัวการคลอด กลุ่มตัวอย่างคือหญิงครรภ์แรกที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ช่วงเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 172 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด แบบสอบถามความกลัวการคลอด และแบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72, .91, .92, .92, และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า หญิงครรภ์แรกมีความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดอยู่ในระดับสูง (M = 17.20, SD = 3.39) ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความกลัวการคลอดสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้ร้อยละ 53.1 ($R^2 = .531$, $F_{4,167} = 47.22$, $p < .001$) โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้มากที่สุด ($\beta = .45$, $p < .001$) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด ($\beta = .35$, $p < .001$)

ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า การที่หญิงครรภ์แรกจะมีความตั้งใจในการคลอดเองทางช่องคลอด พยาบาลควรสนับสนุนให้หญิงครรภ์แรกได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มอ้างอิงที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการคลอดทางช่องคลอด ร่วมกับส่งเสริมความสามารถในการควบคุมการคลอด

63920392: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S. (MIDWIFERY)

KEYWORDS: VAGINAL BIRTH INTENTION, ATTITUDES TOWARDS VAGINAL BIRTH, SUBJECTIVE NORMS TOWARDS VAGINAL BIRTH, PERCEIVED CHILDBIRTH SELF-EFFICACY CONTROL, CHILDBIRTH FEAR

MARISA LAPPERMSUB : FACTORS PREDICTING INTENTION TO VAGINAL BIRTH AMONG PRIMIPAROUS WOMEN. ADVISORY COMMITTEE: PIRIYA SUPPASRI, M.Sc., SUPIT SIRIARUNRAT, Dr.P.H. 2022.

Spontaneous vaginal birth may be related to women's intention to have it and its associated factors. This predictive correlational research aimed to study vaginal birth intention and factors predicting vaginal birth intention among primiparous women which included attitudes towards vaginal birth, subjective norms towards vaginal birth, perceived childbirth self-efficacy control, and childbirth fear. Participants were 172 primiparous women who attended the antenatal care clinic at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital. They were selected by simple random sampling. Data had been collected from March to August 2022 by self-report questionnaires including demographic questionnaire, Attitudes towards Vaginal Birth Questionnaire, Subjective Norm towards Vaginal Birth Questionnaire, Perceived Childbirth Self-Efficacy Control Questionnaire, Childbirth Fear Questionnaire, and Vaginal Birth Intention Questionnaire. Cronbach's alpha coefficients of the questionnaires were .72, 91, .92, .92 and .95, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and standard multiple regression.

Results revealed that participants had vaginal birth intention at a high level (M = 17.20, SD = 3.39). Attitudes and subjective norms towards vaginal birth, perceived childbirth self-efficacy control, and childbirth fear combinedly explained 53.1% of the variance in vaginal birth intention (R^2 = .531, $F_{4,167}$= 47.22, p < .001). Subjective norms towards vaginal birth were the strongest predictor of vaginal birth intention (β = .45, p < .001) followed by perceived childbirth self-efficacy control (β = .35, p < .001).

Findings suggested that primiparous women might have spontaneous vaginal birth intention if nurses encourage pregnant women to exchange knowledge with women having positively subjective norms towards vaginal birth. Also, promote women to have childbirth self-efficacy control.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ พิริยา ศุภศรี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ทั้งด้านวิชาการและทักษะชีวิต ช่วยชี้แนะข้อบกพร่องต่าง ๆ ในจุดที่ต้องแก้ไข และให้แนวทางในการพัฒนาด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่เสมอมา นอกจากนี้ยังช่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่พบในระหว่างทาง อีกทั้งยังให้แรงเสริมในทุกขั้นตอนของทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและภูมิใจเป็นอย่างยิ่งที่ได้อาจารย์เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบรวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ

กราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาเป็นอย่างยิ่งที่กรุณาให้ทุนการศึกษาโครงการพัฒนาผู้มีความพร้อมในการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาเพื่อเป็นอาจารย์ (โครงการต้นกล้าอาจารย์)

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล บุคลากรแผนกฝากครรภ์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายวิจัย และบุคลากรทุกท่านของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในระหว่างการเก็บข้อมูล ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณนายสมบูรณ์-นางกัลยา ลาภเพิ่มทรัพย์ (บิดา-มารดา) ญาติ พี่ น้อง เพื่อนร่วมรุ่น ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนผู้วิจัยในทุก ๆ ด้าน ตลอดมา

มาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .... จ
กิตติกรรมประกาศ .... ฉ
สารบัญ .... ช
สารบัญตาราง .... ฌ
สารบัญภาพ .... ญ
บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์การวิจัย 6
สมมติฐานการวิจัย 6
กรอบแนวคิดในการวิจัย 6
ขอบเขตการวิจัย 7
นิยามศัพท์เฉพาะ 8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 9
การคลอด 10
ความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด 14
ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด 25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 36
สถานที่ในการวิจัย 37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 37

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย 39
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 40
การเก็บรวบรวมข้อมูล 41
การวิเคราะห์ข้อมูล 42
บทที่ 4 ผลการวิจัย 44
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 44
ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด 47
ตอนที่ 3 ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก 48
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผล 51
สรุปผลการวิจัย 51
อภิปรายผล 52
ข้อเสนอแนะ 56
บรรณานุกรม 57
ภาคผนวก 66
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ 67
ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย 69
ภาคผนวก ค หนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูล 72
ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย 75
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 79
ประวัติย่อของผู้วิจัย 89

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงครรภ์แรก (n = 172) 45

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และการแปลผลทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด ความกลัวการคลอด และความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด (n = 172) 48

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด ความกลัวการคลอด และความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด (n = 172)....................................49

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก (n = 172)..50

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย..7

ภาพที่ 2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991)..16

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้การคลอดทางช่องคลอดมีแนวโน้มลดลง แต่การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังการสำรวจของ Australian Institute of Health and Welfare [AIHW] (2022) พบว่า หญิงที่คลอดทางช่องคลอดโดยไม่ใช้เครื่องมือช่วยคลอดลดลงจากร้อยละ 56 ในปี ค.ศ. 2010 เป็นร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2020 และหญิงที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32 ในปี ค.ศ. 2010 เป็นร้อยละ 37 ในปี ค.ศ. 2020 สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของ Liabsuetrakul et al. (2019) พบว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยรวมของผู้ที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 23.2 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 32.5 ในปี พ.ศ. 2560 และคาดว่าจะสูงถึงร้อยละ 59.1 ในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2015) กำหนดไว้ว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่างร้อยละ 10 ถึง 15 ของการคลอดทั้งหมด เมื่ออัตราการผ่าตัดเพิ่มสูงขึ้นจึงเป็นสัดส่วนผกผันกับอัตราการคลอดทางช่องคลอดที่ลดลง

การเพิ่มขึ้นของอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั่วโลก ทำให้กังวลว่ามีการนำวิธีการผ่าตัดคลอดททางหน้าท้องมาใช้มากเกินความจำเป็นหรือใช้กับข้อบ่งชี้ที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หรือตามการร้องขอของหญิงตั้งครรภ์ (Cesarean birth on maternal request) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Begum et al. (2020) พบว่า สัดส่วนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามการร้องขอของหญิงตั้งครรภ์แตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา พบตั้งแต่ร้อยละ 0.2 ถึงร้อยละ 42 สำหรับประเทศไทย ยังไม่พบสถิติการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์โดยตรง เนื่องจากเป็นการกระทำที่ไม่เป็นตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมจึงไม่สามารถระบุสาเหตุการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามข้อบ่งชี้นี้ได้ ซึ่งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรักษาชีวิตของมารดาและทารกในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เช่น การคลอดยากหรือการคลอดไม่ก้าวหน้า กระดูกเชิงกรานและช่องทางคลอดมีความผิดปกติ ทารกอยู่ในท่าหรือแนวที่ผิดปกติ ครรภ์แฝด รกเกาะต่ำ หรือคลอดได้เองแต่หากปล่อยไว้อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาหรือทารก เช่น ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน ภาวะสายสะดือย้อย ภาวะรกลอกตัวก่อน

กำหนด การติดเชื้อเริมที่อวัยวะสืบพันธุ์ ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง เป็นต้น (ธีระ ทองสง, 2564) แต่ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามการร้องขอของหญิงตั้งครรภ์จะมีประโยชน์ต่อมารดาและทารก เพราะการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงทั้งในระยะสั้นและยาว และการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

ความเสี่ยงต่อมารดาในขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เช่น การสำลักน้ำหรือเศษอาหารเข้าไปในหลอดลมจากการให้ยาระงับความรู้สึก แผลผ่าตัดที่มดลูกอาจฉีกขาดไปถึงปากมดลูก ช่องคลอด และเส้นเลือดที่มาเลี้ยงมดลูก ทำให้เสียเลือดมากขณะผ่าตัด เป็นต้น ส่วนทารกมีความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ความเสี่ยงต่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เช่น เกิดการอักเสบติดเชื้อที่มดลูก แผลผ่าตัด ช่องท้อง การตกเลือดในช่องท้อง ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด เป็นต้น ส่วนทารกมีโอกาสเกิดภาวะหายใจหายใจเร็วชั่วคราวเมื่อแรกเกิด (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] 2013, ธีระ ทองสง, 2564) ความเสี่ยงต่อมารดาในระยะยาว เช่น เพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะรกฝังลึกในผนังมดลูก และภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไปได้ 1.74 เท่า 2.95 เท่า และ 1.38 เท่าตามลำดับ (Keag et al. 2018)

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้เอง เนื่องจากธรรมชาติได้เตรียมกลไกการคลอดให้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกคนแล้ว มีเพียงส่วนน้อยที่จะไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การคลอดทางช่องคลอดมีข้อดีมากกว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ข้อดีต่อมารดา คือ อัตราการติดเชื้อน้อย ร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว ระยะเวลาที่พักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลสั้น เริ่มให้นมลูกได้เร็ว และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ข้อดีต่อทารก คือ ทารกจะได้รับเชื้อแบคทีเรียที่มีประโยชน์ที่อยู่ในช่องคลอดของมารดา ซึ่งจะช่วยต่อต้านการติดเชื้อ อีกทั้งทารกยังมีปัญหาเกี่ยวกับระบบการหายใจน้อยกว่า (Omona, 2021) เนื่องจากกระบวนการคลอดทางช่องคลอดจะช่วยขับของเหลวออกจากปอดของทารก ช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาการหายใจเมื่อแรกเกิด (LoMauro & Aliverti, 2016) แต่อย่างไรก็ตาม การคลอดทางช่องคลอดก็อาจมีข้อเสียอยู่บ้างในบางราย แต่ไม่รุนแรงและสามารถรักษาได้ เช่น อาจมีอาการเจ็บครรภ์ยาวนานในครรภ์แรก เสี่ยงต่อการฉีกขาดของฝีเย็บและช่องทางคลอด (ธีระ ทองสง, 2564) รวมทั้งมีโอกาสเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนมากกว่าผู้ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2.6 เท่า และ 5.6 เท่า ตามลำดับ (Handa et al., 2011) นอกจากนี้ การคลอดทางช่องคลอดยังมีผลลัพธ์การคลอดที่ดีกว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังการศึกษาของ (Eyowas et al., 2016) พบว่า ทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีคะแนน Apgar ในนาทีที่ 1 ต่ำกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอด มีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) และอัตรา

การย้ายทารกไปยังหออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตมากกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอด อีกทั้งการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด และการเสียชีวิตของมารดาที่คลอดด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องยังสูงกว่าเมื่อเทียบกับการคลอดทางช่องคลอด ดังนั้น วิธีการคลอดที่เหมาะสมและปลอดภัยมากที่สุดสำหรับมารดาและทารก คือ การคลอดทางช่องคลอด ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะเลือกวิธีการคลอดแบบใดขึ้นกับความตั้งใจ โดยความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอดจะแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา บางการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ตั้งใจคลอดทางช่องคลอดมากกว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังการศึกษาของ Ghaffari et al. (2017) พบว่า หญิงครรภ์แรกมีความตั้งใจคลอดทางช่องคลอดมากกว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ร้อยละ 54.8 และ ร้อยละ 28.8 ตามลำดับ) บางการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ตั้งใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด ดังการศึกษาของ Yaghobi et al. (2019) พบว่า หญิงครรภ์แรกมีความตั้งใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่าการคลอดปกติทางช่องคลอด (ร้อยละ 44. และ ร้อยละ 38.3 ตามลำดับ) การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาความตั้งใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนการศึกษาความตั้งใจคลอดทางช่องคลอดยังมีน้อย จึงจำเป็นต้องศึกษาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้เพิ่มเติม

ทฤษฎีตามแผนของ Ajzen (1991) อธิบายว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคลจะอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจ ความตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดการกระทำของบุคคล โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพล 3 ประการ ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitudes towards behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดจึงอาจเกิดได้จาก 3 ปัจจัย ได้แก่ ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด

ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด เป็นความรู้สึก ความคิด การประเมินค่าผลลัพธ์ หรือความเชื่อที่มีต่อผลลัพธ์ของการคลอดทางช่องคลอด หากหญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อและประเมินค่าผลลัพธ์ของการคลอดทางช่องคลอดในเชิงบวก เช่น เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ (Özcan et al.,2019; Zewude et al., 2022) มีความปลอดภัย (Moosavi et al., 2017) ร่างกายฟื้นฟูได้เร็วทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองและกลับสู่ชีวิตปกติได้ง่าย (Khatony et al., 2019; Özcan et al., 2019; Salih Al-asadi et al., 2021) สามารถออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น (Akkus et al., 2017; Salih Al-asadi et al., 2021) ให้นมบุตรได้ง่าย และสามารถทำหน้าที่ในการดูแลทารกได้ดียิ่งขึ้น (Khatony et al., 2019) ก็มีแนวโน้มที่จะตั้งใจคลอดทางช่องคลอด ในทางตรงกันข้าม หากหญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อและประเมินค่าผลลัพธ์ของการคลอดทางช่องคลอดในเชิงลบ เช่น เป็นกระบวนการที่ไม่มีความแน่นอน ตนเองและทารกอาจได้รับบาดเจ็บระหว่างรอคลอดหรือคลอด (Colomar et al.,

2021) อาจเกิดการติดเชื้อจากการตรวจภายในบ่อยครั้ง (Khatony et al., 2019) ต้องเจ็บปวดอย่างรุนแรงระหว่างการคลอด (Moosavi et al., 2017) หรือกังวลเรื่องฉีกขาดของฝีเย็บช่องทางคลอด (Safari-Moradabadi et al., 2018) ก็มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการคลอดทางช่องคลอด ดังการศึกษาของ Kanani et al. (2015) พบว่า ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะเลือกการคลอดทางช่องคลอด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ghaffari et al. (2017) และ Yaghobi et al. (2019) พบว่า ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด และสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดได้

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด เป็นความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงต่อการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งมีผลต่อการชักนำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการคล้อยตามความเชื่อ และแรงจูงใจส่งผลต่อความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด หากหญิงตั้งครรภ์เชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงคาดหวังให้ตนเองคลอดทางช่องคลอด จะเกิดแรงจูงใจให้เลือกการคลอดทางช่องคลอดตามความคาดหวังนั้น ดังการศึกษาของ Ghaffari et al. (2017) พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการคลอดปกติทางช่องคลอด และสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดได้ การศึกษาของ Moosavi et al. (2017) พบว่า เมื่อบุคคลในครอบครัวแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์คลอดทางช่องคลอด หญิงตั้งครรภ์จะเลือกคลอดทางช่องคลอดตามคำแนะนำของบุคคลในครอบครัว เนื่องจากมีความไว้ใจและเชื่อใจต่อบุคคลในครอบครัว การศึกษาของ Konlan et al. (2019) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์จะเลือกผ่าตัดคลอดตามคำแนะนำของเพื่อน เมื่อเพื่อนบอกว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นวิธีการคลอดที่ไม่เจ็บปวด ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์คล้อยตามและตั้งใจเลือกวิธีการคลอดตามคำแนะนำของเพื่อนสนิท เนื่องจากเป็นบุคคลที่คอยให้คำปรึกษา อีกทั้งยังอาจเคยผ่านประสบการณ์การคลอดมาก่อน และการศึกษาของ Shi et al. (2016) และ Heydari et al. (2019) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์จะเลือกวิธีการคลอดตามคำแนะนำของแพทย์ โดยจะเลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีความไว้ใจ และมั่นใจว่าทางการแพทย์มีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าทันสมัย สร้างความปลอดภัยในกระบวนการคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์ยินดีที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด หรือการรับรู้ความสามารถของตนในการคลอดเป็น ความรู้สึกเชื่อมั่นในการจัดการหรือแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ของการเจ็บครรภ์และการคลอด หากหญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถเผชิญเหตุการณ์ขณะคลอดได้ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เลือกการคลอดทางช่องคลอด และสามารถคลอดด้วยตนเองได้ (Lowe 1991) ดังการศึกษาของ Ghaffari et al. (2017) และ Yaghobi et al. (2019) พบว่า การรับรู้

ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจคลอดทางช่องคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ในทางตรงกันข้าม หากหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถของตนในการคลอดในระดับต่ำ จะส่งผลให้เลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังการศึกษาของ Schwartz et al. (2015) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการคลอดในระดับต่ำจะเลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแทนการคลอดทางช่องคลอด

นอกจากนี้ ความกลัวการคลอดอาจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจคลอดทางช่องคลอด เนื่องจากความกลัวการคลอด เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดจากการรับรู้ภัยคุกคามต่อชีวิต โดยมีความเกี่ยวข้องและมีความเฉพาะเจาะจงกับการคลอด โดยความกลัวการคลอดในหญิงครรภ์แรกมักมีสาเหตุมาจาก กลัวการเจ็บครรภ์คลอด (Fisher et al., 2006; Safari-Moradabadi et al., 2018; Slade et al., 2019) กลัวว่าการคลอดทางช่องคลอดจะเป็นอันตรายต่อทารก (Hajian et al., 2013; Khatony et al., 2019) กลัวจากการไม่รู้และไม่สามารถคาดการณ์ได้ กลัวการสูญเสียความสามารถของตนเอง กลัวว่าจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในระยะคลอด (Fisher et al., 2006; Slade et al., 2019) กลัวช่องคลอดบาดเจ็บและฉีกขาด (Hajian et al., 2013; Safari-Moradabadi et al., 2018) และกลัวถูกทอดทิ้งไว้ตามลำพัง (Hajian et al., 2013) อีกทั้งการได้รับฟังเรื่องราวด้านลบเกี่ยวกับการคลอด โดยเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องความเจ็บปวดจากผู้ที่เคยมีประสบการณ์การคลอด พบว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หญิงครรภ์แรกรู้สึกว่าการคลอดเป็นเรื่องที่น่ากลัว และเจ็บปวดทุกข์ทรมาน (อุษา เชื้อหอม และคณะ, 2550) ส่งผลให้หญิงครรภ์แรกหลีกเลี่ยงการคลอดทางช่องคลอด หญิงที่มีความกลัวการคลอดในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะตั้งใจคลอดตามธรรมชาติมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงที่มีความกลัวในระดับปานกลางและสูง (Swift et al., 2017) ในทางตรงกันข้าม หญิงที่มีความกลัวการคลอดในระดับสูงจะชอบการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด (Aksoy et al., 2014; Jenabi et al., 2020; Matinnia et al., 2015; Størksen et al., 2015; Yamasmit & Chaithongwongwatthana, 2012) ดังการศึกษาของ Matinnia et al. (2015) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์กับวิธีการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ การศึกษาของ Beiranvand et al. (2017) พบว่า ความกลัวการคลอดเป็นปัจจัยทำนายความชอบในการคลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าการคลอดทางช่องคลอดมีผลดีและปลอดภัยที่สุดสำหรับมารดาและทารก แต่แนวโน้มการคลอดทางช่องคลอดกลับลดลงอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมุมมองของสังคมต่อการคลอดเปลี่ยนไป จากการคลอดเป็นเรื่องธรรมชาติมาเป็นความเสี่ยงต่ออันตราย จึงต้องรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของมารดาและทารก ดังนั้น การเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งเกิดจากความตั้งใจและปัจจัยที่มีอิทธิพลดังกล่าวข้างต้น

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด และปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงตั้งครรภ์ โดยศึกษาในกลุ่มหญิงครรภ์แรก เนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน จึงมีโอกาสที่จะคล้อยตามผู้อื่นได้ง่าย มีความกลัวมากกว่า และมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดต่ำกว่าหญิงครรภ์หลัง และศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เนื่องมาจากมีแนวโน้มการคลอดทางช่องคลอดที่ลดลง ดังสถิติการคลอดในปีงบประมาณ 2563-2564 พบอัตราการคลอดทางช่องคลอดต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องคิดเป็นร้อยละ 48.52 ต่อ 51.48 และร้อยละ 46.73 ต่อ 53.27 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา 2564) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลแผนกฝากครรภ์ในการนำปัจจัยที่มีอิทธิพลเหล่านี้มาจัดกิจกรรมส่งเสริมให้หญิงครรภ์แรกความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก ได้แก่ ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความกลัวการคลอด

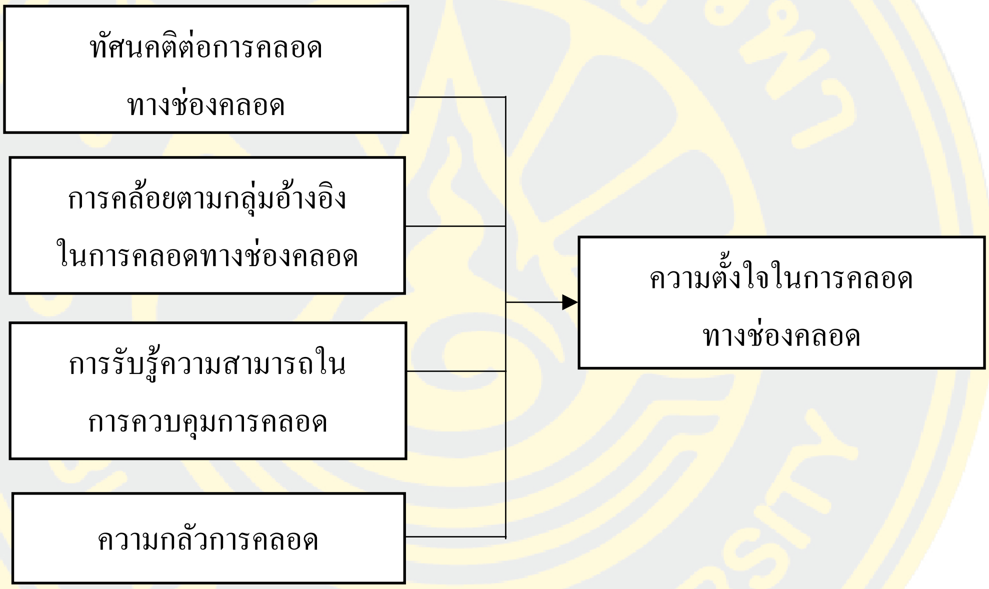
สมมติฐานการวิจัย

ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความกลัวการคลอดสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาภายใต้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ของ Ajzen (1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง Ajzen อธิบายว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคลจะอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจ โดยความตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดให้กระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ โดยมีปัจจัย 3 ประการที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด ได้แก่ 1) ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด เป็นความเชื่อและการประเมินค่าเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการคลอด

ทางช่องคลอดในเชิงบวกหรือเชิงลบ 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงต่อการคลอดทางช่องคลอด และแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์ของการเจ็บครรภ์และการคลอด และรับรู้ว่ามีพลังอำนาจในการจัดการกับการคลอด นอกจากนี้ ความกลัวการคลอดเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจมีอิทธิพลต่อการคลอดทางช่องคลอดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และส่งผลต่อความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด โดยสามารถสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดและปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก ได้แก่ ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความกลัวการคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงครรภ์แรกที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 172 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2565

นิยามศัพท์เฉพาะ

ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด หมายถึง ความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอดในประเด็นด้านความปลอดภัย ผลกระทบของการคลอดทางช่องคลอด และค่าใช้จ่าย ประเมินด้วยแบบสอบถามทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด หมายถึง ความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์ในการเลือกคลอดทางช่องคลอดตามความคิดเห็นของบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ประเมินด้วยแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด หมายถึง ความมั่นใจของหญิงตั้งครรภ์ในการคลอดทางช่องคลอด ประกอบด้วย การเผชิญความเครียดในระยะคลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด ประเมินด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความกลัวการคลอด หมายถึง ความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในขณะคลอด ประกอบด้วย ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ความน่ากลัวของการคลอด ความกลัวเรื่องสุขภาพของตนเองและทารก ความกลัวบุคลากรทางการแพทย์ ความกลัวความเจ็บปวดที่เกิดจากการคลอด และความกลัวความสามารถในการควบคุมตนเอง ประเมินด้วยแบบสอบถามความกลัวการคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด หมายถึง ความมุ่งมั่นของหญิงตั้งครรภ์ที่จะเลือกคลอดทางช่องคลอด ประกอบด้วย การคาดหวังในการกระทำ ความต้องการที่จะกระทำ และความตั้งใจที่จะกระทำ ประเมินด้วยแบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดและปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก ได้แก่ ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความกลัวการคลอด ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. การคลอด
   1.1 ประเภทของการคลอด
   1.2 ระยะของกระบวนการคลอด
   1.3 สถานการณ์ของการคลอด
   1.4 ข้อดี ข้อเสียของการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. ความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด
   2.1 ความหมายของความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม
   2.2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน
   2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอด หรือความชอบในวิธีการคลอด หรือเหตุผลในการเลือกวิธีการคลอด
   2.4 การประเมินความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด
3. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด
   3.1 ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด
   3.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด
   3.3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด
   3.4 ความกลัวการคลอด

การคลอด

ประเภทของการคลอด

การคลอดทางช่องคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อขับทารกออกจากมดลูก เกิดจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน Estrogen, Oxytocin และ Prostaglandin และการลดลงของฮอร์โมน Progesterone (Lowdermilk et al., 2020) ทำให้เกิดการหดรัดตัวของมดลูกขับไล่ทารกออกจากโพรงมดลูกและทางช่องคลอด ซึ่งประเภทการคลอดแบ่งออกได้ดังนี้ (AIHW, 2022)

1. การคลอดทางช่องคลอด (Vagina delivery)

1.1 การคลอดทางช่องคลอดโดยไม่ใช้เครื่องมือช่วยคลอด (Non-instrumental vaginal birth)

1.2 การคลอดทางช่องคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วยคลอด (Instrumental vaginal birth) เช่น การช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum) หรือคีม (Forceps)

2. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Ceasarean section) แบ่งออกเป็น (ปัญญา สนั่นพานิชกุล, 2561)

2.1 การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นครั้งแรก (Primary C/S) สามารถแบ่งย่อยออกได้เป็น

1) การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า (Elective C/S) เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของมารดาและทารกในครรภ์ เช่น ท่าก้นในครรภ์แรก

2) การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามความต้องการของมารดา (Cesarean delivery on maternal request: CDMR) โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์

3) การผ่าตัดคลอดโดยมารดาหรือทารกในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤติ (Emergency C/S) เช่น ภาวะที่มีการตกเลือดก่อนคลอดจากรกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น

4) การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในมารดาโดยที่ในช่วงแรกได้วางแผนว่าจะให้คลอดทางช่องคลอด แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป กลับพบว่าไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ (Labored C/S)

2.2 การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยทำผ่าตัดมาก่อน (Secondary C/S)

ในการวิจัยครั้งนี้ การคลอดทางช่องคลอด หมายถึง การคลอดทางช่องคลอดโดยไม่ใช้เครื่องมือช่วยคลอด

ระยะของกระบวนการคลอด (Phase of parturition)

ระยะของกระบวนการคลอด แบ่งเป็น 4 ระยะ (Cunningham et al. 2018) ได้แก่

1. ระยะเตรียมเข้าสู่กระบวนการคลอด (Prelude of parturition: Phase 1 of parturition) เริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิจนตั้งครรภ์ใกล้คลอด

2. ระยะเตรียมพร้อมก่อนการเจ็บครรภ์คลอด (Preparation of labor: Phase 2 of parturition) เป็นระยะใกล้คลอด มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพื่อให้พร้อมต่อการคลอด เช่น การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงของมดลูกและปากมดลูก เป็นต้น

3. ระยะเจ็บครรภ์คลอด (Process of labor: Phase 3 of parturition) เป็นระยะที่เริ่มเจ็บครรภ์คลอดจนกระทั่งรกคลอดสมบูรณ์

4. ระยะฟื้นตัวหลังคลอด (Parturient recovery: Phase 4 of parturition) ระยะนี้เป็นระยะหลังคลอด (Puerperium period) ร่างกายของผู้คลอดมีการกลับสู่สภาพปกติของอวัยวะต่าง ๆ โดยเริ่มหลังจากรกคลอดสมบูรณ์จนกระทั่งถึง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด แบ่งได้เป็น 2 ระยะย่อย คือ ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และระยะหลังจาก 2 ชั่วโมงหลังคลอดจนถึง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด

สถานการณ์ของการคลอด

สถานการณ์ของการคลอดจะเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วโลก คือ แนวโน้มของการคลอดทางช่องคลอดลดลง แต่แนวโน้มของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มสูงขึ้น ดังการสำรวจของ Australian Institute of Health and Welfare (2022) พบว่า หญิงที่คลอดทางช่องคลอดโดยไม่ใช้เครื่องมือช่วยคลอดลดลงจากร้อยละ 56 ในปีค.ศ. 2010 เป็นร้อยละ 50 ในปีค.ศ. 2020 และหญิงที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32 ในปีค.ศ. 2010 เป็นร้อยละ 37 ในปี ค.ศ. 2020 ส่วนร้อยละของการคลอดทางช่องคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วยคลอดค่อนข้างคงที่ นอกจากนี้ การสำรวจสถานการณ์การคลอดส่วนใหญ่จะเน้นรายงานอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยเห็นได้จากการศึกษาของ Betrán et al. (2016) เกี่ยวกับแนวโน้มการเพิ่มของอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั่วโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ระหว่างปีค.ศ. 1990 ถึง 2014 พบว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยเฉลี่ยทั่วโลกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 19.1 เพิ่มขึ้นมากที่สุดในทวีปลาตินอเมริกาและแคริบเบียน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.8 เป็นร้อยละ 42.2 เอเชียเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.4 เป็น 15.1 โอเชียเนีย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.5 เป็นร้อยละ 32.6 ยุโรป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.2 เป็นร้อยละ 25 อเมริกาเหนือ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.3 เป็นร้อยละ 32.3 และแอฟริกาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 7.4 และการศึกษาของ Gibbons et al. (2012) พบว่า ใน 137 ประเทศ มี 54 ประเทศที่มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่ำกว่าร้อยละ 10 มี 41 ประเทศที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 10-15 และมี 69 ประเทศที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่าร้อยละ 15

สำหรับประเทศไทย Liabsuetrakul et al. (2019) ศึกษาแนวโน้มของอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของมารดาและทารกแรกเกิด พบว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยรวมของผู้ที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 23.2 ในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 32.5 ในปีพ.ศ. 2560 และคาดว่าจะสูงถึงร้อยละ 59.1 ในปี พ.ศ. 2573

จากสถิติที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และเป็นอัตราที่สูงกว่าที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 2015) กำหนดไว้ว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่างร้อยละ 10 ถึง 15 ของการคลอดทั้งหมด เมื่ออัตราการผ่าตัดเพิ่มสูงขึ้นจึงเป็นสัดส่วนผกผันกับอัตราการคลอดทางช่องคลอดที่ลดลง

ข้อดี ข้อเสียของการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีข้อดีและข้อเสียต่อมารดาและทารก ดังนี้

1. ต่อมารดา

- การสร้างความผูกพันกับทารกแรกเกิดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการศึกษาของ Cetisli et al. (2018) พบว่า มารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีปัญหาเกี่ยวกับความผูกพันกับทารกแรกเกิดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด และการศึกษาของ Negrini et al. (2021) พบว่า มารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่คลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- การเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักและการตายของมารดา จากการศึกษาของ Negrini et al. (2021) พบว่า มารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราการเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักสูงกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด

- การหย่อนยานของพื้นเชิงกราน (Pelvic floor disorders) จากการทบทวนวรรณกรรมของ Memon & Handa (2013) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการหย่อนยานกับพื้นเชิงกรานกับการคลอดทางช่องคลอด พบว่า ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และการหย่อนยานของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการคลอดทางช่องคลอดและจำนวนครั้งของการคลอด และจากการศึกษาของ Saadia (2015) พบว่า ผู้คลอดที่เคยผ่านการคลอด 5 ครั้งหรือมากกว่านั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในกลุ่มที่ไม่ได้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีสัดส่วนของการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่สูงกว่าภาวะกลั้นปัสสาวะอยู่

- ค่าใช้จ่าย จากการศึกษาของ Negrini et al. (2021) พบว่า มารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่า

2. ต่อทารก

- ปัญหาทางเดินหายใจ จากการศึกษาของ Tefera et al. (2020) พบว่า ทารกแรกเกิดที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่วางแผนไว้ล่วงหน้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางเดินหายใจมากกว่าเมื่อเทียบกับทารกที่คลอดทางช่องคลอด เนื่องจากทารกที่คลอดทางช่องคลอดทรวงอกของทารกจะถูกบีบรัดจากช่องทางคลอดของมารดา (Vaginal squeeze) กลไกนี้จะช่วยกำจัดของเหลวออกจากปอดของทารก ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการหายใจครั้งแรกในทารกแรกเกิด ส่วนทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีของเหลวค้างในปอดมากกว่าซึ่งจะจำกัดปริมาณอากาศที่จะเข้าสู่ทางเดินหายใจเมื่อเริ่มหายใจครั้งแรก (LoMauro & Aliverti, 2016)

- การส่งเสริมระบบภูมิคุ้มกันของทารกแรกเกิด จากการศึกษาของ Coelho et al. (2021) พบว่า ทารกที่คลอดทางช่องคลอดจะมีความเข้มข้นของเชื้อจุลินทรีย์ชนิด Bacteroides, Bifidobacteria, และ Lactobacillus ใน 1 วันหลังคลอดสูงกว่าทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และมีเชื้อจุลินทรีย์ที่หลากหลายในสัปดาห์ต่อ ๆ ไป เชื้อจุลินทรีย์ที่พบในทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะความคล้ายคลึงกับเชื้อจุลินทรีย์ที่พบที่ผิวหนังของมารดาและในโรงพยาบาล และเชื้อจุลินทรีย์มีความหลากหลายน้อยกว่า ส่วนใหญ่เป็นเชื้อจุลินทรีย์ชนิด Staphylococcus, Streptococcus, และ Clostridium เชื้อจุลินทรีย์ในช่องคลอดของมารดาจะช่วยทำหน้าที่ในการส่งเสริมและเตรียมความพร้อมของระบบภูมิคุ้มกันให้กับทารกแรกเกิด

- คะแนน Apgar เมื่อแรกเกิด จากการศึกษาของ Eyowas et al. (2016) พบว่า ทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีคะแนน Apgar นาทีที่ 1 ต่ำกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญ

- การเข้ารับการรักษาที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตและการตายของทารก จากการศึกษาของ Eyowas et al. (2016) พบว่า ทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก และอัตราการย้ายทารกไปหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตสูงกว่า รวมทั้งมีการตายของทารกแรกเกิดสูงกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอด

จะเห็นได้ว่าการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีทั้งข้อดีและข้อเสีย แต่การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีข้อเสียที่รุนแรงและอันตรายกว่าการคลอดทางช่องคลอด อีกทั้งยังเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า ดังนั้นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจึงควรทำเฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น

ความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด

ความหมายของความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม

ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Behavioral intention) หมายถึง ความน่าจะเป็นของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรม (Fishbein & Ajzen 1975)

ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม หมายถึง ระดับที่บุคคลได้วางแผนอย่างไตร่ตรอง (Conscious plans) ว่าจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงบางอย่างในอนาคต (Warshaw & Davis, 1985)

ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม หมายถึง ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะพยายามกระทำพฤติกรรมนั้น เป็นตัวชี้วัดว่าบุคคลมีความเต็มใจที่จะพยายามมากน้อยเพียงใด และจะใช้ความพยายามมากน้อยเพียงใด (Ajzen 1991)

สรุปความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม เป็นระดับของความพยายามของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้น ความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด จึงเป็นระดับความพยายามของหญิงตั้งครรภ์ในการเลือกการคลอดทางช่องคลอด

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม ที่พัฒนาต่อยอดมาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action) ของ Ajzen and Fishbein (1980) โดยพบว่าทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลมีข้อจำกัดของการเปลี่ยนจากความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมไปสู่การกระทำพฤติกรรมจริง โดยเห็นว่าความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมจะคาดการณ์การกระทำพฤติกรรมได้หรือไม่จะขึ้นอยู่กับเงื่อนไขสำคัญอีกประการหนึ่งคือ พฤติกรรมที่จะทำนั้นขึ้นอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้กระทำหรือมีความสามารถในการกระทำหรือไม่ Ajzen จึงได้ทำการพัฒนาแบบจำลองโดยเพิ่มปัจจัยด้านความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในแบบจำลองที่เรียกว่า “ความรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม” รวมเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และเรียกทฤษฎีนี้ใหม่ว่า “ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน”

Ajzen (1991) อธิบายว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคลจะอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจ โดยความตั้งใจของแต่ละบุคคลจะเป็นตัวกำหนดให้กระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ยิ่งบุคคลมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมมากเท่าใด ก็ยิ่งมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้นเท่านั้น โดยมีปัจจัย 3 ประการที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

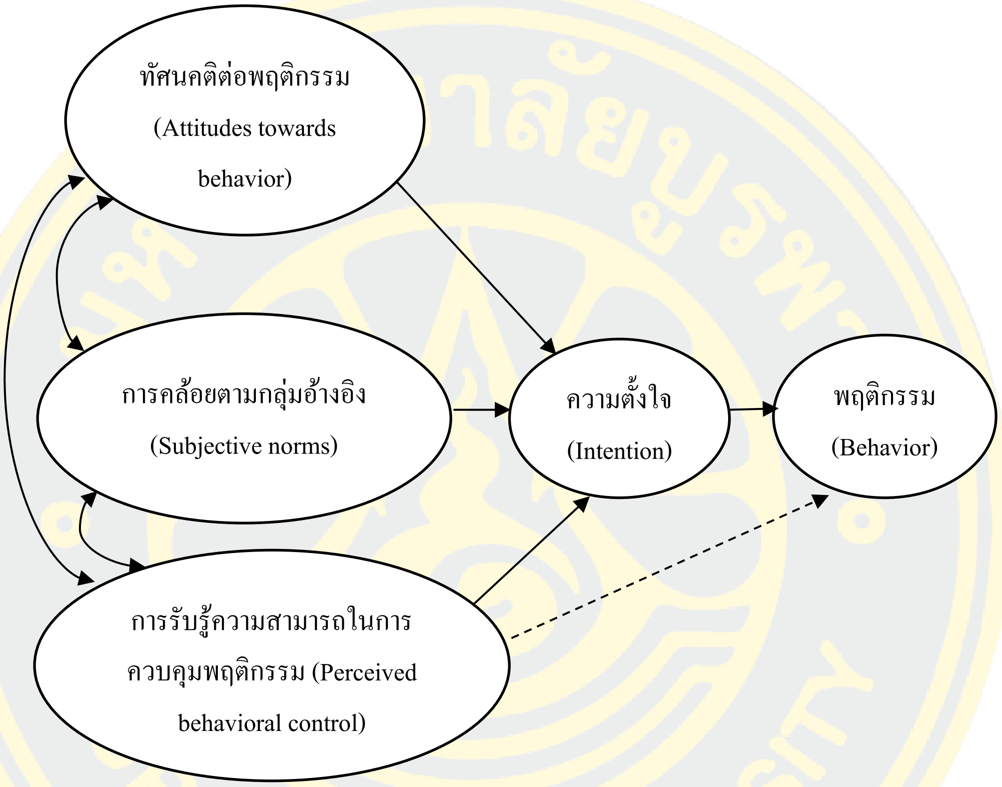
1. ทัศนคติต่อพฤติกรรม เป็นการประเมินของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ รวมไปถึงผลที่ตามมาของพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยทัศนคติต่อพฤติกรรมนี้เกิดจากปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ (Behavioral beliefs of consequences) และการประเมินค่าผลลัพธ์ (Outcome evaluation) หากบุคคลมีความเชื่อว่า การกระทำพฤติกรรมนั้นจะได้รับผลทางด้านบวก บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น และมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ในทางตรงข้ามหากมีความเชื่อว่า การกระทำพฤติกรรมนั้นจะได้รับผลทางด้านลบ บุคคลจะมีทัศคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น และมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความต้องหรือความคาดหวังของสังคมที่มีผลต่อบุคคล โดยเป็นได้ทั้งกลุ่มคนใกล้ชิดที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น เช่น ญาติ พี่ น้อง มารดา สามี เพื่อนสนิท หรือเป็นกลุ่มคนไกลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น เช่น เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกิดจากปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง (Normative belief) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงว่าตนควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น และแรงจูงใจของตนเองที่จะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น (Motivation to comply) เป็นพลังผลักดันให้บุคคลปฏิบัติตามความเชื่อของกลุ่มอ้างอิง หากบุคคลเชื่อว่า กลุ่มอ้างอิงคาดหวังให้ตนกระทำพฤติกรรมใดและมีพลังผลักดันให้ปฏิบัติตาม บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงนั้น ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลรับรู้ว่ากลุ่มอ้างอิงไม่ได้คาดหวังให้ตนกระทำพฤติกรรมใดและไม่พลังผลักดันให้ปฏิบัติตาม บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความยากง่ายของการกระทำพฤติกรรม รวมไปถึงสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนั้นให้เป็นไปอย่างที่ตั้งใจได้ โดยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (Control beliefs) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสภาพการณ์ที่เอื้ออำนวยหรือขัดขวางการกระทำพฤติกรรม และการรับรู้การควบคุม (Perceived power) เป็นการรับรู้พลังอำนาจหรือผลกระทบของสภาพการณ์ที่จะก่อให้เกิดความยาก/ง่ายในกระทำพฤติกรรม หากบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในสถานการณ์นั้นได้ และสามารถควบคุมให้เกิดผลดังที่ตั้งใจไว้ บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในสถานการณ์นั้นได้ และไม่สามารถควบคุมให้เกิดผลดังที่ตั้งใจไว้ บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) เชื่อว่าพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลเกิดขึ้นจากความตั้งใจของบุคคล โดยบุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำ

พฤติกรรมนั้น ๆ โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพล 3 ประการเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยสามารถอธิบายทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ได้ตามภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกภายใต้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) เนื่องจากการที่หญิงตั้งครรภ์จะคลอดเองทางช่องคลอดหรือไม่นั้น เกิดจากความตั้งใจของหญิงตั้งครรภ์เอง โดยมีปัจจัยที่อาจทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด

ข้อจำกัดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (LaMorte, 2019) มีดังนี้

1. การกระทำพฤติกรรมของบุคคลอาจไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม หากบุคคลนั้นได้รับโอกาสและสิ่งสนับสนุนเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมที่ต้องการ

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมยังไม่ครอบคลุมตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมและแรงจูงใจ เช่น ความกลัว ภาวะคุกคาม อารมณ์ หรือประสบการณ์ในอดีต

3. ปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ยังไม่ได้คำนึงถึงบริบทของสภาพแวดล้อมหรือเศรษฐานะที่อาจมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล

4. พฤติกรรมเป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากกระบวนการตัดสินใจ แต่ขาดการคำนึงถึงว่าพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

5. เมื่อมีการเพิ่มปัจจัยการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเข้ามาในทฤษฎีแต่ไม่ได้กล่าวถึงการควบคุมพฤติกรรมที่แท้จริง

6. กรอบระยะเวลาระหว่างความตั้งใจกับการกระทำพฤติกรรมไม่ได้ระบุไว้ในทฤษฎีนี้

เนื่องจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) มีข้อจำกัดตามที่ LaMorte (2019) กล่าวถึงว่า ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลกล่าวถึงเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม แต่การกระทำพฤติกรรมของบุคคลยังอาจมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความกลัว ภาวะคุกคาม อารมณ์ หรือประสบการณ์ในอดีต ดังนั้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงตั้งครรภ์นอกเหนือจากทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดแล้ว ยังอาจมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอด หรือความชอบในวิธีการคลอด หรือเหตุผลในการเลือกวิธีการคลอด

มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอด หรือความชอบในวิธีการคลอด หรือเหตุผลในการเลือกวิธีการคลอด ดังนี้

Hajian et al. (2013) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศอิหร่านจำนวน 290 รายด้วยการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) พบว่า หญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ำ แต่มีระดับความสามารถสูง การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ความสามารถในการตอบสนองสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดได้ นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อต่อการ

คลอดทางช่องคลอดทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ความเชื่อในเชิงบวก ได้แก่ ความเชื่อในศาสนา ความกลัวต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และคำแนะนำของผู้อื่นต่อข้อดีของการคลอดทางช่องคลอด ส่วนความเชื่อในเชิงลบ ได้แก่ ความกลัวการคลอดทางช่องคลอด (กลัวการเจ็บครรภ์คลอด กลัวถูกทอดทิ้งไว้ตามลำพัง กลัวอันตรายต่อทารกในครรภ์ และกลัวอันตรายต่ออวัยวะสืบพันธุ์)

Kanani et al. (2015) ได้พัฒนาแบบจำลองเพื่ออธิบายความตั้งใจในการเลือกวิธีคลอดธรรมชาติโดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 200 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป (ร้อยละ 79) และการศึกษามีความสัมพันธ์ความตั้งใจในการเลือกวิธีคลอดธรรมชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทัศนคติต่อการคลอดธรรมชาติมีสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลือกวิธีคลอดธรรมชาติ

Swift et al. (2017) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการคลอดธรรมชาติของหญิงก่อนการตั้งครรภ์ในประเทศไอซ์แลนด์ พบว่า หญิงที่กลัวการคลอดในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะตั้งใจคลอดธรรมชาติมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงที่มีความกลัวการคลอดระดับปานกลางและสูง หญิงที่มีความมั่นใจในความรู้เกี่ยวกับการคลอดสูงมีแนวโน้มที่จะตั้งใจคลอดธรรมชาติมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงที่มีความมั่นใจในความรู้เกี่ยวกับการคลอดในระดับปานกลางและต่ำ

Ghaffari et al. (2017) ได้ศึกษาการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อพยากรณ์วิธีการคลอดของหญิงครรภ์แรกไตรมาสที่ 3 ในประเทศอิหร่านจำนวน 104 ราย พบว่า หญิงครรภ์แรกร้อยละ 54.8 ตั้งใจคลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 28.8 ตั้งใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และร้อยละ 16.3 ยังไม่ได้ตัดสินใจ ทั้งกลุ่มที่ตั้งใจคลอดทางช่องคลอด และกลุ่มที่ตั้งใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่มีความแตกต่างทางด้านลักษณะทางประชากรและสังคม ส่วนความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ทัศนคติต่อวิธีการคลอด และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของครรภ์แรกได้ เมื่อติดตามผลทางโทรศัพท์กับผู้หญิงที่คลอดทารกแรกเกิดตามวิธีการคลอด พบว่า ร้อยละ 71.15 คลอดทางช่องคลอด และร้อยละ 28.14 ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

Yaghobi et al. (2019) ได้ศึกษาความปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลือกการคลอดทางช่องคลอดตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในหญิงครรภ์แรกประเทศอิหร่าน จำนวน 340 ราย พบว่า หญิงครรภ์แรกร้อยละ 44.6 ตั้งใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 33.8 ตั้งใจเลือกคลอดธรรมชาติ

และร้อยละ 17 ไม่แสดงความคิดเห็น การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ทัศนคติ การประเมินค่าผลลัพธ์ ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลอ้างอิงมีสัมพันธ์ทางบวกที่สูงที่สุดและสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดได้

He et al. (2019) ได้ศึกษาความตั้งใจและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ในเมือง ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนจำนวน 658 ราย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการคลอดธรรมชาติ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีสำคัญ การประเมินค่าผลลัพธ์ และความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral beliefs) ทั้งแรงจูงใจและความรู้เกี่ยวกับการคลอดมีผลต่อการเลือกการคลอดธรรมชาติโดยผ่านความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีสำคัญ

Dadipoor et al. (2017) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายวิธีการคลอดโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในหญิงครรภ์แรกในประเทศอิหร่านจำนวน 222 ราย พบว่า ความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความตระหนักรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตน และปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดได้ และสามารถทำนายได้ดีที่สุดคือ การรับรู้อุปสรรคและความตระหนักรู้ ดังนั้นวิธีที่จะช่วยให้หญิงครรภ์แรกมีความเชื่อและมีความสามารถในการคลอดทางช่องคลอดจะต้องกำจัดสิ่งขัดขวางความชอบในการคลอดทางช่องคลอด เพิ่มความตระหนักเรื่องผลข้างเคียงของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และประโยชน์ของการคลอดทางช่องคลอด

Shi et al. (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนจำนวน 997 ราย ซึ่งเป็นการคลอดทางช่องคลอดอยู่ที่ร้อยละ 46.2 และคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 53.8 โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ชอบวิธีการคลอดทางช่องคลอดมีเพียงร้อยละ 69.4 เท่านั้นที่คลอดทางช่องคลอดจริง ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ชอบการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีร้อยละ 98.1 ที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจริง สาเหตุหลักที่ชอบการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้แก่ ขาดความมั่นใจในการคลอดทางช่องคลอด ตรวจพบความผิดปกติก่อนคลอด คิดว่าทารกจะมีความเสี่ยงน้อยลง และกลัวความเจ็บปวดจากการคลอดทางช่องคลอด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความชอบในวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ผลการตรวจครรภ์ก่อนคลอด และคำแนะนำของแพทย์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการคลอดจากการคลอดทางช่องคลอดเป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ความชอบของสามี ผลการตรวจครรภ์ก่อนคลอด และคำแนะนำของแพทย์

Akkus et al. (2017) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความชอบในวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศตุรกีจำนวน 628 ราย พบว่า ระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับความชอบในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาและรายได้ยิ่งสูงจะยิ่งมีความชอบในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงตามไปด้วย เหตุผลหลักในการเลือกคลอดทางช่องคลอด คือ เชื่อว่าสุขภาพจะดีขึ้น ตามมาด้วยเชื่อว่าจะสามารถออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ส่วนเหตุผลหลักในการเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือ กลัวการคลอดทางช่องคลอด ตามด้วยต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดในขณะคลอดและลดความเสี่ยงต่อทารก

Khatony et al. (2019) ได้ศึกษาทัศนคติของหญิงครรภ์แรกต่อความชอบในวิธีการคลอด ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า หญิงครรภ์แรกมีความปรารถนาที่จะคลอดทางช่องคลอดโดยบอกถึงข้อดี เช่น เป็นกระบวนการที่เจ็บปวดในระยะสั้น หลังคลอดสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เร็ว ให้นมบุตรได้ง่าย และสามารถทำหน้าที่ในการดูแลทารกได้ดีกว่า ส่วนหญิงครรภ์แรกมีความปรารถนาที่จะคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจาก กลัวว่าการคลอดตามธรรมชาติอาจเป็นอันตรายต่อทารก และอวัยวะสืบพันธุ์ไม่เปลี่ยนแปลง

Özcan et al. (2019) ได้ศึกษาเรื่องความชอบในวิธีการคลอดและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคลอดในผู้หญิง 600 คน โดยเป็นหญิงที่คลอดทางช่องคลอด 200 คน หญิงที่ผ่าตัดคลอด 200 คน และหญิงที่มีประสบการณ์ทั้งการคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 200 คน พบว่า เหตุผลในการเลือกคลอดทางช่องคลอด คือ เป็นไปตามธรรมชาติและเหมาะสมกับทารก ปวดน้อย และมีเลือดออกน้อยในระยะหลังคลอด กลับสู่ชีวิตปกติได้ง่ายขึ้นและน้ำคาวปลาหมดเร็ว ส่วนเหตุผลในการเลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือ มีข้อบ่งชี้ที่แพทย์พิจารณาให้ผ่าตัดคลอด มีความเจ็บปวดน้อยกว่าและสุขสบายมากกว่า ทารกปลอดภัย ฝีเย็บไม่ฉีกขาด ระยะเวลาในการคลอดสั้นกว่า และง่ายต่อการจัดการ

Salih Al-asadi et al. (2021) ได้ศึกษาความชอบเกี่ยวกับวิธีการคลอดในหญิงครรภ์แรกในประเทศอิรักจำนวน 150 ราย พบว่า หญิงครรภ์แรกเลือกที่จะคลอดทางช่องคลอด เนื่องจากร่างกายฟื้นฟูเร็วกว่า การสร้างสัมพันธภาพกับทารกง่ายกว่า กลัวการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลสั้นกว่า และเลือกที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากกลัวการเจ็บครรภ์คลอด และกลัวการสูญเสียบุตร

Zewude et al. (2022) ได้ศึกษาความชอบของวิธีการคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ทางใต้ประเทศเอธิโอเปีย พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความชอบการคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 75.4 และชอบการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 24.6 เหตุผลที่จูงใจให้เลือกคลอดทางช่องคลอด ได้แก่ เชื่อว่าเป็นวิธีทางธรรมชาติ การรับรู้ถึงสวัสดิภาพที่ดีกว่าของทั้งแม่และลูก

ประสบการณ์การคลอดทางช่องคลอดในครั้งก่อน ความกลัว หรือต้องการหลีกเลี่ยงการตัดฝีเย็บ และความกังวลทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ การเลือกวิธีการคลอดมีความความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับศาสนา อายุ จำนวนบุตร ประสบการณ์การตั้งครรภ์ วิธีการคลอดครั้งก่อน สถานะชนชั้นทางสังคม อิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการคลอด และชนิดของสถานบริการฝากครรภ์

Baghianimoghadam et al. (2014) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและวิธีการคลอดที่ตั้งใจในหญิงครรภ์แรกประเทศอิหร่านจำนวน 130 ราย พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 26.2 คลอดทางช่องคลอดร้อยละ 73.8 และพบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกับหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งใจคลอดทางช่องคลอด

Moosavi et al. (2017) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการเลือกวิธีการคลอดจากมุมมองของหญิงครรภ์แรกในอิหร่านจำนวน 460 ราย เป็นหญิงที่คลอดทางช่องคลอด 230 ราย และหญิงที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 230 ราย พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้แก่ การศึกษาระดับสูง เศรษฐานะระดับสูง การโน้มน้าวของสามี การอาศัยร่วมกับครอบครัวของสามี การปฏิบัติตามการตัดสินใจของแพทย์ การได้รับการดูแลอย่างเป็นส่วนตัว ความกลัวความเจ็บปวดในการคลอด มีความรู้น้อย การแต่งงานและการตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก มีประวัติการแท้ง และขาดการสนับสนุนจากครอบครัว เหตุผลในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือ ปฏิบัติตามการตัดสินใจของแพทย์ ส่วนเหตุผลในการคลอดทางช่องคลอด คือ ปฏิบัติตามคำแนะนำของครอบครัว/เพื่อน แต่แพทย์ก็ยังมีบทบาทสำคัญในการแนะนำการเลือกวิธีการคลอดให้กับผู้ที่คลอดทางช่องคลอด นอกจากนี้ผู้คลอดครรภ์แรกยังมีมุมมองของเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของวิธีการคลอด ดังนี้ ข้อได้เปรียบที่สำคัญที่สุดของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือ เจ็บปวดน้อยกว่า ส่วนข้อเสียที่สำคัญที่สุด คือ ผลข้างเคียงจากการดมยาสลบและการฟื้นตัวล่าช้า ส่วนข้อได้เปรียบที่สำคัญที่สุดของการคลอดทางช่องคลอด คือ ความปลอดภัยและการฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว ส่วนข้อเสียที่สำคัญที่สุด คือ ความเจ็บปวดอย่างรุนแรงระหว่างการคลอด

Safari-Moradabadi et al. (2018) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการคลอดของหญิงครรภ์แรกในประเทศอิหร่านจำนวน 220 ราย พบว่า อุปสรรคสำคัญในการเลือกคลอดทางช่องคลอด คือ กลัวการเจ็บครรภ์ กลัวช่องคลอดบาดเจ็บและฉีกขาด กลัวเป็นอันตรายต่อทารก และคำแนะนำของแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความตระหนักรู้ และเหตุผลของความชอบการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการเลือกวิธีการคลอด

Koohbor et al. (2022) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการคลอดของหญิงครรภ์แรกในประเทศอิหร่านจำนวน 73 ราย โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตน การวินิจฉัยที่ผิดพลาด (Misdiagnosis) และการพูดเกินความเป็นจริงเกี่ยวกับความเสี่ยงในการคลอดธรรมชาติระหว่างหญิงครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและหญิงครรภ์แรกที่คลอดทางช่องคลอดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Loke et al. (2015) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการคลอดของหญิงที่เคยมีบุตรภายใน 3 ปี ในเขตบริหารพิเศษฮ่องกงแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 319 ราย พบว่า หญิงที่ชอบผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพราะกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก กังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดและการฉีกขาดของฝีเย็บ สามารถวางแผนลาคลอดได้ สามารถเลือกวันที่ในการคลอดได้ และรับรู้ว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นวิธีที่สะดวกกว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความรุนแรงของการคลอดทางช่องคลอดและการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรง และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด

Bahri et al. (2018) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการคลอดของหญิงครรภ์แรกในประเทศอิหร่านจำนวน 321 ราย โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่เลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอดและกลุ่มที่เลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคลอด

Colomar et al. (2021) ได้สังเคราะห์มุมมองและประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ หญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ หญิงที่เคยผ่าตัดคลอด หญิงหลังคลอด และคู่สมรส พบว่า ปัจจัยที่อยู่เบื้องหลังของหญิงที่ชอบการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเกิดจากความกลัวต่อความเจ็บปวดในการคลอด และการบาดเจ็บของแม่และทารกระหว่างรอคลอดหรือคลอด ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอด รวมทั้งมีความคิดเห็นเชิงบวกหรือการรับรู้ข้อดีของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

Suwanrath et al. (2021) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกถึงเหตุผลในการชอบผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ 27 คน พบว่า เหตุผลที่หญิงตั้งครรภ์ชอบการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมี 6 ประการ ได้แก่ ความกลัวการคลอด ความกังวลด้านความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ ประสบการณ์ทางลบในการคลอดครั้งก่อน มีทัศนคติเชิงบวกต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การเข้าถึงข้อมูลที่มีอคติ และความเชื่อทางไสยศาสตร์ในวันเดือนปีเกิดที่เป็นมงคล

จากการทบวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่า หญิงที่เลือกคลอดทางช่องคลอดจะมีมุมมองต่อการคลอดทางช่องคลอดในเชิงบวก เช่น เป็นการคลอดที่เป็นธรรมชาติ เหมาะสำหรับทารก เจ็บปวดน้อยกว่า หลังคลอดร่างกายจะฟื้นฟูสภาพเร็วกว่า สามารถให้นมบุตร สร้างความผูกพันกับบุตรและทำหน้าที่ของมารดาได้ดีกว่า เป็นต้น และมีมุมมองต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในเชิงลบ เช่น กลัวการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่วนหญิงที่เลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีมุมมองต่อการผ่าตัดหน้าท้องในเชิงบวก เช่น เจ็บปวดน้อยกว่า สุขสบายมากกว่า ทารกปลอดภัย ฝีเย็บไม่ฉีกขาด ระยะเวลาในการคลอดสั้นกว่า และสามารถวางแผนล่วงหน้าได้ เป็นต้น และมีมุมมองต่อการคลอดทางช่องคลอดในเชิงลบ เช่น เป็นอันตรายต่อทารก กลัวการเจ็บครรภ์ กลัวการบาดเจ็บขณะรอคลอดและคลอด กลัวการสูญเสียบุตร ประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับความกลัวการคลอดจะเห็นได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะให้เหตุผลว่า กลัวการเจ็บครรภ์คลอด กลัวว่าการคลอดทางช่องคลอดจะเป็นอันตรายต่อทารก กลัวการสูญเสียบุตร กลัวการฉีกขาดของอวัยวะสืบพันธุ์และช่องทางคลอด และกลัวถูกทอดทิ้งไว้ตามลำพัง ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งใจเลือกการคลอดทางช่องคลอดจะให้เหตุผลว่า กลัวการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งใจคลอดทางช่องคลอดว่ามีความกลัวการคลอดหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เพิ่มตัวแปรความกลัวการคลอดมาเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก

การประเมินความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความตั้งใจตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พบวิธีการวัดความตั้งใจด้วยกัน 3 วิธี (Francis et al., 2004) ได้แก่

วิธีที่ 1 ความตั้งใจที่จะกระทำ (Intention performance) วิธีนี้จะเป็นการวัดความตั้งใจที่จะการกระทำพฤติกรรมโดยตรง เนื่องจากบางสถานการณ์สามารถวัดความตั้งใจที่จะกระทำและวัดการกระทำพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงได้โดยใช้มาตรวัดเดียวกัน เช่น จากจำนวนผู้ป่วย 10 รายที่มีอาการปวดหลังเป็นครั้งแรก คุณคาดหวังว่าจะส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปเอกซเรย์จำนวนกี่คน ให้เลือกตอบตั้งแต่ 0 ถึง 10

วิธีที่ 2 ความตั้งใจทั่วไป (Generalized intention) เป็นวิธีการที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในการศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล ข้อคำถามมี 3 ลักษณะ คือ 1) การคาดหวังในการกระทำ (Expect to perform) เช่น ฉันคาดว่าจะส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างไปเอกซเรย์ 2) ความต้องการที่จะกระทำ (Want to perform) เช่น ฉันต้องการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างไปเอกซเรย์ และ 3) ความตั้งใจที่จะกระทำ (Intend to perform) เช่น ฉันตั้งใจที่จะ

ส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างไปเอกซเรย์ ลักษณะคำตอบมีให้เลือกตอบตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (7)

วิธีที่ 3 การตัดสินใจต่อสถานการณ์จำลอง (Intention Simulation) เป็นวิธีการที่ใช้สถานการณ์จำลองในการประเมินความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ลักษณะการตอบมี 2 ลักษณะ คือ 1) "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" ต่อสถานการณ์จำลองนั้น และ 2) ระดับความยาก/ง่ายในการตัดสินใจต่อสถานการณ์จำลองนั้น ตั้งแต่ระดับ 1-7

ในการศึกษาความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม มีผู้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินความตั้งใจในการเลือกวิธีคลอดและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้

Kanani et al. (2015) ได้พัฒนาแบบจำลองเพื่ออธิบายความตั้งใจในการเลือกวิธีคลอดธรรมชาติโดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 200 ราย โดยพัฒนาแบบวัดความตั้งใจในการเลือกการคลอดธรรมชาติทางช่องคลอด เพื่อประเมินความตั้งใจในการเลือกการคลอดธรรมชาติทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) "คุณตั้งใจจะเลือกวิธีการคลอดวิธีใด" และ 2) "หากแพทย์ของคุณอนุญาตให้คุณเลือกวิธีการคลอดได้แบบใดแบบหนึ่ง คุณจะเลือกวิธีการคลอดธรรมชาติทางช่องคลอดหรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง" แต่ละข้อมีให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือการคลอดธรรมชาติทางช่องคลอด มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

Ghaffari et al. (2017) ได้ศึกษาการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อพยากรณ์วิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกไตรมาสที่ 3 ในประเทศอิหร่านจำนวน 104 ราย โดยพัฒนาแบบสอบถามความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม โดยมีตัวเลือก 3 ข้อ ได้แก่ เลือกคลอดทางช่องคลอดให้ 2 คะแนน ยังไม่ตัดสินใจให้ 1 คะแนน และเลือกคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องให้ 0 คะแนน

Dadipoor et al. (2017) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายวิธีการคลอดโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในหญิงครรภ์แรกในประเทศอิหร่านจำนวน 222 ราย โดยพัฒนาแบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล มีข้อคำถาม 1 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับเหตุผลในการคลอดทางช่องคลอดและเหตุผลในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

Safari-Moradabadi et al. (2018) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการคลอดของหญิงครรภ์แรกในประเทศอิหร่านจำนวน 220 ราย โดยพัฒนาแบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล มีข้อคำถาม 1 ข้อ สอบถามว่าจะเลือกคลอดธรรมชาติหรือคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

จากการทบทวนเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอด พบว่าใช้วิธีวัดความตั้งใจโดยใช้วิธีที่ 2 ความตั้งใจทั่วไป ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาเครื่องมือวัดความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดขึ้นเอง เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่นิยมใช้มากที่สุด และง่ายต่อการทำความเข้าใจ โดยเป็นข้อคำถาม ข้อ เกี่ยวกับการคาดหวังในการกระทำ ความต้องการที่จะกระทำ และความตั้งใจที่จะกระทำ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริงมากที่สุด ถึงจริงมากที่สุด

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด

การศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดครั้งนี้ ได้แก่ ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความกลัวการคลอด

ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด

ทัศนคติต่อพฤติกรรม หมายถึง ระดับการประเมินพฤติกรรมของบุคคลว่าพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อพฤติกรรมนั้น ๆ (Ajzen 1991) เกิดจากปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ และการประเมินค่าผลลัพธ์ ดังนั้น ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด หมายถึง การประเมินค่าผลลัพธ์ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งเกิดจากความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการคลอดทางช่องคลอดเชิงบวกและเชิงลบ หากหญิงตั้งครรภ์เชื่อในผลลัพธ์ของการคลอดทางช่องคลอดในเชิงบวกจะมีแนวโน้มเลือกการคลอดทางช่องคลอด หากหญิงตั้งครรภ์เชื่อในผลลัพธ์ของการคลอดทางช่องคลอดในเชิงลบจะมีแนวโน้มเลือกการคลอดผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การประเมินทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการวัดทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด ดังนี้

Tai (2013) ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดการเลือกวิธีการคลอดตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) เพื่อใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงครรภ์แรก โดยเครื่องมือนี้มีส่วนหนึ่งที่วัดทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณค่าของการคลอด เช่น การคลอดทางช่องคลอดเป็นประสบการณ์ที่มีความหมาย 2) การทำบทบาทมารดา เช่น การคลอดทางช่องคลอดจะช่วยสร้างความผูกพันระหว่างแม่ลูก 3) ความสะดวก เช่น การคลอดทางช่องคลอดเป็นวิธีที่สะดวก 4) ความปลอดภัย เช่น การคลอดทางช่องคลอดเป็นวิธีที่อันตรายสำหรับมารดาและทารก โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ

มีระดับการวัดเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

Moghaddam-Banaem et al. (2017) ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดทัศนคติต่อการเลือกวิธีการคลอด (Attitude toward birth method selection questionnaire: ATBMS) เพื่อใช้ประเมินทัศนคติในการเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ชาวอิหร่าน ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความเชื่อและทัศนคติ (Beliefs and attitudes) เช่น การคลอดทางช่องคลอดเป็นวิธีการคลอดตามธรรมชาติ 2) ทัศนคติทางเพศและทางกายภาพ (Sexual and physical attitudes) เช่น ความกังวลเกี่ยวกับความพึงพอใจทางเพศภายหลังการคลอดทางช่องคลอด 3) ความกลัวการคลอด (Fear of childbirth) 4) ความพึงพอใจในความสะดวกสบาย สุขภาพและการสนับสนุน (Preference of convenience, health, and supporting) เช่น ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ประกอบวิชาชีพมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด 5) บรรทัดฐานทางสังคม-วัฒนธรรม (Socio-cultural norms) เช่น กำลังใจและความปรารถนาของสามีและครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอด 6) ความมั่นใจในการคลอด (Confidence to the birth practitioner) เช่น แพทย์ไม่มาในเวลาที่คลอดทางช่องคลอดทำให้วิตกกังวล 7=7) ทางเลือกส่วนบุคคลและการปฏิบัติ (Personal and practical choice) เช่น ความพึงพอใจในการเลือกวิธีการคลอด และ 8) แหล่งที่มาของแรงจูงใจ (Sources of motivations) เช่น แพทย์สนับสนุนว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นวิธีคลอดที่ง่ายและสะดวกสบาย โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 68 ข้อ มีระดับการวัดเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

Hildingsson and Rubertsson (2021) ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดทัศนคติต่อการคลอด (Birth Attitude Profile Scale : BAPS) เพื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่กลัวการคลอด ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผลกระทบส่วนบุคคล (Personal impact) เช่น สามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้น 2) การคลอดเป็นเหตุการณ์ธรรมชาติ (Birth as a nature event) เช่น การคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติที่ไม่ควรถูกรบกวนโดยไม่จำเป็น 3) มีอิสระในการเลือก (Freedom of choice) เช่น หากต้องการคลอดทางช่องคลอดสามารถกระทำได้ไม่ว่ากรณีใด และ 4) ความปลอดภัย (Safety concern) เช่น การคลอดทางช่องคลอดเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับมารดาและทารก โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ มีระดับการวัดเป็นมาตรประมาณ 6 ระดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือวัดทัศนคติต่อการคลอดเป็นเครื่องมือที่วัดทั้งทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และเครื่องมือที่วัดทัศนคติต่อการคลอดธรรมชาติ แต่ไม่พบเครื่องมือที่วัดทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเครื่องมือวัดทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดขึ้นเองภายใต้

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินค่าผลลัพธ์ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งเกิดจากความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการคลอดทางช่องคลอดเชิงบวกและเชิงลบ ประกอบไปด้วย ความปลอดภัย ผลกระทบของการคลอด และค่าใช้จ่าย

ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดกับความตั้งใจคลอดทางช่องคลอด

ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด เป็นความรู้สึก ความคิด หรือความเชื่อที่มีต่อการคลอดทางช่องคลอด เป็นผลมาจากการประเมินค่าผลลัพธ์ที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะแสดงออกในทางสนับสนุนหรือปฏิเสธการคลอดทางช่องคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดในทางบวกมีแนวโน้มที่จะตั้งใจคลอดทางช่องคลอด แต่ถ้ามีทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดในทางลบ ก็จะมีแนวโน้วมที่จะไม่กระทำหรือหลีกเลี่ยงการคลอดทางช่องคลอด ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดในเชิงบวกจะมีความตั้งใจคลอดทางช่องคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดในเชิงลบ ดังการศึกษาของ Kanani et al. (2015) ที่ได้พัฒนาแบบจำลองเพื่ออธิบายความตั้งใจในการเลือกวิธีคลอดธรรมชาติโดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 200 ราย พบว่า ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะเลือกการคลอดทางช่องคลอด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ghaffari et al. (2017) ที่ศึกษาการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อพยากรณ์วิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกไตรมาสที่ 3 ในประเทศอิหร่านจำนวน 104 ราย และ Yaghobi et al. (2019) ที่ศึกษาความปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลือกการคลอดทางช่องคลอดตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในหญิงครรภ์แรกประเทศอิหร่าน จำนวน 340ราย พบว่า ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด และสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดได้

สรุป งานวิจัยที่ผ่านมาจะพบว่า ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด และสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดได้

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวังของสังคมที่มีผลต่อบุคคล ว่าต้องการหรือไม่ต้องการให้กระทำพฤติกรรมใด ๆ (Ajzen 1991) หากบุคคลมีการประเมินว่า กลุ่มอ้างอิงคาดหวังให้แสดงพฤติกรรมใด แนวโน้มที่พฤติกรรมนั้นจะถูกแสดงออกจะเพิ่มมากขึ้น ในทางกลับกันบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรมใด หากรับรู้ว่ากลุ่มอ้างอิงไม่คาดหวังให้แสดงพฤติกรรมนั้น โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกิดจากปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง และแรงจูงใจของตนเองที่จะปฏิบัติ

ตามความเชื่อนั้น ดังนั้น การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด หมายถึง ความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงต่อการคลอดทางช่องคลอด หากหญิงตั้งครรภ์เชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงคาดหวังให้ตนเองคลอดทางช่องคลอดจะเกิดแรงจูงใจให้เลือกการคลอดทางช่องคลอดตามความคาดหวังนั้น ในทางกลับกันหากหญิงตั้งครรภ์เชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงไม่ได้คาดหวังให้ตนเองคลอดทางช่องคลอด จะไม่เกิดแรงจูงใจให้เลือกการคลอดทางช่องคลอด

การประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด ดังนี้

Tai (2013) ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดการเลือกวิธีการคลอดบุตรจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) เพื่อใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงครรภ์แรก โดยเครื่องมือนี้มีส่วนหนึ่งที่วัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกวิธีการคลอด เป็นการสอบถามความรู้สึกของกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการเลือกวิธีการคลอด ประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของสามีต่อการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .66 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของแม่ตนเองต่อการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 6 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70 และแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของมารดาของสามีต่อการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 6 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .55 ทุกแบบสอบถามมีระดับการวัดเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

Kanani et al. (2015) ได้พัฒนาแบบจำลองเพื่ออธิบายความตั้งใจในการเลือกวิธีคลอด โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 200 ราย ซึ่งได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Fishbein & Ajzen, 1975) เพื่อใช้ประเมินบทบาทของบุคคลที่มีต่อการตัดสินใจคลอดทางช่องคลอดของหญิงตั้งครรภ์ เช่น แม่และน้องสาวของฉันแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด ดังนั้นฉันจึงคลอดทางช่องคลอด โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ มีระดับการวัดเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

Shams-Ghahfarokhi and Khalajabadi-Farahani (2016) ได้ศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยกำหนดความตั้งใจในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเทียบกับการคลอดปกติของหญิงตั้งครรภ์ในอิสฟาฮานจำนวน 400 ราย โดยได้พัฒนาแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกวิธีการคลอดจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) เพื่อใช้ประเมินการคล้อยตามกลุ่ม

อ้างอิงในการเลือกคลอดทางช่องคลอดหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกวิธีการคลอด ได้แก่ เพื่อน มารของตน แพทย์ และการคล้อยตามอิทธิพลของสื่อและเทคโนโลยีในการเลือกวิธีการคลอด มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีระดับการวัดเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ท 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นเครื่องมือที่วัดทั้งการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แต่ไม่พบเครื่องมือที่วัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด ดังนั้น ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดขึ้นเอง ภายใต้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen 1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงต่อการคลอดทางช่องคลอด ประกอบด้วยกลุ่มอ้างอิง 5 กลุ่ม ได้แก่ สามี บิดา มารดาและญาติของตน สามี บิดา มารดาและญาติของสามี เพื่อนสนิท และบุคลากรทางการแพทย์

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดกับความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวังของสังคม เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลากรทางการแพทย์ ว่าต้องการหรือไม่ต้องการให้คลอดทางช่องคลอด หากหญิงตั้งครรภ์มีการประเมินว่ากลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนคาดหวังให้คลอดทางช่องคลอด แนวโน้มที่จะคลอดทางช่องคลอดจะเพิ่มมากขึ้น ในทางกลับกัน หญิงตั้งครรภ์จะไม่คลอดทางช่องคลอด หากรับรู้ว่ากลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลไม่คาดหวังให้ตนคลอดทางช่องคลอด ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดสูงจะมีแนวโน้มที่จะตั้งใจคลอดทางช่องคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดต่ำ เนื่องจากกลุ่มอ้างอิงเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลในการชักนำให้เกิดการคล้อยตามความเชื่อและแรงจูงใจที่จะเลือกวิธีคลอดตามความคิดของกลุ่มอ้างอิงนั้น เป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ในการคลอดทั้งทางตรงและทางอ้อมของหญิงตั้งครรภ์ ดังการศึกษาของ Ghaffari et al. (2017) ที่ศึกษาการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อพยากรณ์วิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกไตรมาสที่ 3 ในประเทศอิหร่านจำนวน 104 ราย พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการคลอดปกติทางช่องคลอด และสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดปกติทางช่องคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yaghobi et al. (2019) ที่ศึกษาความปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลือกการคลอดทางช่องคลอดตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ในหญิงครรภ์แรกประเทศอิหร่าน จำนวน 340 ราย พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจเลือกการคลอดทางช่องคลอดได้

สรุป งานวิจัยที่ผ่านมาจะพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด และสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดได้

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Ajzen 1991) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความง่ายหรือความยากลำบากในการกระทำพฤติกรรม รวมถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนั้นให้เป็นไปอย่างที่ตั้งใจไว้ โดยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม และการรับรู้พลังอำนาจหรือผลกระทบของสภาพการณ์ที่จะก่อให้เกิดความยาก/ง่ายในกระทำพฤติกรรม ดังนั้น การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด หมายถึง การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความมั่นใจในการควบคุมการคลอด และมีพลังอำนาจในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด ประกอบด้วย การเผชิญความเครียดในระยะคลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด หากหญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าตนเองมีความมั่นใจในการควบคุมการคลอด และมีพลังอำนาจในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอดได้ หญิงตั้งครรภ์จะมีแนวโน้มที่จะคลอดทางช่องคลอด ในทางตรงกันข้าม หากหญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าตนเองไม่มีความมั่นใจในการควบคุมการคลอด และไม่มีพลังอำนาจในการตัดในใจเลือกการคลอดทางช่องคลอด หญิงตั้งครรภ์จะมีแนวโน้มเลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การประเมินการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการควบคุมการคลอดหรือการรับรู้ความสามารถของตนในการคลอด ได้แก่

Lowe (1993) ได้พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการคลอด (Childbirth Self-efficacy Inventory [CBSEI]) จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนของ Bandura (1977) เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนในระยะที่ 1 ของการคลอดช่วงปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) และในระยะที่ 2 ของการคลอด ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด จำนวน 15 ข้อ และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จำนวน 15 ข้อ รวมทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 10 ระดับ มีค่าคะแนน 1-10 จากไม่รับรู้ความสามารถของตนหรือไม่มั่นใจเลย ค่าคะแนนเท่ากับ 1 จนถึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากที่สุดหรือมั่นใจมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาคในระยะที่ 1 ของการคลอดเท่ากับ .93 และในระยะที่ 2 ของการคลอดเท่ากับ .95 และต่อมา Tanglakmankhong et al. (2010) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการคลอดของ Lowe (1993) มาแปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการหาความตรงของเนื้อหา มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในช่วง .89 ถึง .93

Ghaffari et al. (2017) ได้ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อทำนายวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก โดยได้พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen 1991) เพื่อการประเมินการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อในการควบคุม และการรับรู้การควบคุม จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเป็นการวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมทางอ้อม มีระดับการวัดเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ท 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดเป็นเครื่องมือที่วัดการรับรู้สามารถของตนในการคลอดในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอด และเครื่องมือการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมพฤติกรรม แต่ยังไม่พบเครื่องมือที่วัดการการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการในการคลอด ดังนั้น ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบสอบการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดขึ้นเอง ภายใต้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen 1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความมั่นใจในการควบคุมการคลอด และพลังอำนาจในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด ประกอบด้วย การเผชิญความเครียดในระยะคลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดกับความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ในการจัดการหรือแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ของการเจ็บครรภ์และการคลอด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออก ดังนั้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดจะมีความตั้งใจคลอดทางช่องคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดต่ำ เนื่องจากการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดประกอบด้วยสติปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อกัน เป็นความรู้สึก ความคิด และแรงจูงใจซึ่งจะมีผลต่อความตั้งใจเลือก

และแสดงพฤติกรรม ดังการศึกษาของ Ghaffari et al. (2017) ที่ศึกษาการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อพยากรณ์วิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกไตรมาสที่ 3 ในประเทศอิหร่านจำนวน 104 ราย และ การศึกษาของ Yaghobi et al. (2019) ที่ศึกษาความปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลือกการคลอดทางช่องคลอดตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในหญิงครรภ์แรกประเทศอิหร่าน จำนวน 340 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจคลอดทางช่องคลอดของหญิงตั้งครรภ์ และสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดได้ ในทางตรงกันข้าม หากหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถของตนในการคลอดต่ำ จะส่งผลให้เลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังการศึกษาของ Schwartz et al. (2015) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนในการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ในออสเตรเลียที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอดในระดับต่ำจะเลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแทนการคลอดทางช่องคลอด

สรุป งานวิจัยที่ผ่านมาจะพบว่า การรับรู้ความสามารถในการคลอดทางช่องคลอดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด และสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดได้

ความกลัวการคลอด

ความกลัวการคลอด เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเกี่ยวข้องและมีความเฉพาะเจาะจงกับการคลอด เกิดจากการรับรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ว่าเป็นภัยคุกคามหรือเป็นอันตราย โดยความกลัวการคลอดในหญิงครรภ์แรกได้แก่ กลัวจากการไม่รู้และไม่สามารถคาดการณ์ได้ กลัวการเจ็บครรภ์คลอด กลัวการสูญเสียความสามารถของตนเอง กลัวว่าจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในระยะคลอด (Fisher et al., 2006; Slade et al., 2019) อีกทั้งยังกลัวการตรวจและการรักษาทางการแพทย์ กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว กลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนและทารก (Slade et al., 2019) โดยความกลัวที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจาก การขาดความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์ ความตระหนักรู้ที่ไม่เพียงพอจากการขาดประสบการณ์ในการคลอด สภาพแวดล้อมของแผนกสูติกรรม และการได้รับฟังประสบการณ์ทางด้านลบ (Ahmadi, 2020) โดยเฉพาะเกี่ยวกับความเจ็บปวดจากผู้ที่เคยมีประสบการณ์การคลอด พบว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หญิงครรภ์แรกเกิดความกลัวการคลอด (อุษา เชื้อหอม และคณะ, 2550)

การประเมินความกลัวการคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบเครื่องมือที่ใช้ประเมินความกลัวการคลอด ดังนี้

มาตรวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (Fear visual analogue scale: VAS) เป็นเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาวในแนวนอน ซึ่งความกลัวการคลอดที่ได้จากการวัดระยะจากจุดเริ่มต้นที่เลขศูนย์ไปตามความยาวของเส้นตรงถึงจุดตัด วัดความยาวเป็นเซนติเมตร เป็นการวัดความกลัวโดยรวมที่มีค่าในขณะนั้น ค่าที่วัดได้เป็นค่าคะแนนความกลัวจาก 0-10 เซนติเมตร โดยปลายซ้ายของเส้นตรงแทนคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความกลัวเลย และปลายขวาสุดของเส้นตรงแทนคะแนน 10 หมายถึง ความรู้สึกในระดับกลัวสูงสุด

แบบสอบถามความกลัวการคลอด (The Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire [W-DEQ]) พัฒนาโดย Wijma et al. (1998) เพื่อประเมินการรับรู้และความรู้สึกที่มีต่อการคลอด โดยแบบประเมินจะแบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบ A จะใช้ประเมินในระยะตั้งครรภ์ และรูปแบบ B จะใช้ประเมินในระยะหลังคลอด แบบสอบถามทั้ง 2 รูปแบบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 33 ข้อเท่ากัน ลักษณะของข้อคำถามมีลักษณะคล้ายกัน แต่มีความแตกต่างในลักษณะการถาม ได้แก่ แบบสอบถามความกลัวการคลอดรูปแบบ A ใช้ถามถึงความคาดหวังเกี่ยวกับการคลอดที่กำลังจะมาถึงในอนาคต ส่วนแบบสอบถามความกลัวการคลอดรูปแบบ B ใช้ถามถึงประสบการณ์ในการคลอดที่ผ่านมาแล้ว ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความกลัว 2) การอยู่อย่างโดดเดี่ยว 3) การขาดความคาดหวังทางบวก และ 4) ความเสี่ยง ทดสอบเครื่องมือกับหญิงครรภ์แรกอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ จำนวน 96 ราย และหญิงครรภ์หลังจำนวน 100 ราย และนำผลการศึกษามาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และวิธี Split-half ผลการทดสอบในหญิงครรภ์แรกพบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมากกว่า .87 ซึ่งค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และวิธี split-half เท่ากับ .89 และ .87 ตามลำดับ และผลการทดสอบในหญิงครรภ์หลังพบค่าความเชื่อมั่นวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และวิธี split-half เท่ากับ .99 และ .96 ตามลำดับ (Wijma et al. 1998)

แบบสอบถามความกลัวการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในไตรมาสที่ 3 พัฒนาโดย จีราภรณ์ ปราบดิน และคณะ (2559) เพื่อประเมินความรู้สึกนึกคิด ความกลัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในไตรมาสที่ 3 ที่รับรู้เกี่ยวกับการคลอดที่กำลังจะมาถึง จำนวน 390 ราย ประกอบด้วย 1) กลัวจากการไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นหรือไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น 2) การคลอดเป็นเรื่องน่ากลัว 3) กลัวเรื่องสุขภาพของทารก 4) กลัวบุคลากรเจ้าหน้าที่ในห้องคลอด 5) กลัวความปวดในระยะคลอด 6) กลัวสูญเสียการควบคุมตนเองและขาดพลังอำนาจ และ 7) กลัวความไม่ปกติของการคลอดหรือการคลอดเป็นอันตราย มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

แบบสอบถามความกลัวการคลอด (Fear of Childbirth Questionnaire: FCQ) พัฒนาโดย Slade et al. (2021) เพื่อประเมินความกลัวการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กลัวจากความไม่รู้และไม่สามารถวางแผนได้เพราะเป็นสิ่งที่คาดเดาไม่ได้ (Fear of not knowing and not being able to plan for the unpredictable) 2) กลัวว่าจะไม่มีสิทธิในการตัดสินใจ (Fear of not having a voice in decision making) 3) กลัวว่าจะเกิดอันตรายหรือความเครียดต่อทารก (Fear of harm or stress to the baby) 4) กลัวว่าไม่จะสามารถจัดการกับการเจ็บครรภ์ได้ (Fear of my inability to cope with the pain) 5) กลัวความสามารถของร่างกายในการคลอดบุตร (Fear of my body's ability to give birth) 6) กลัวอันตรายต่อตนเองในระยะคลอดและหลังคลอด (Fear of harm to self in labour and postnatally) 7) กลัวการดูแลรักษาที่จะได้รับ (Fear of being 'done to') 8) กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (Fear of being abandoned/alone) 9) กลัวการสูญเสียการควบคุมตนเอง (Fear of internal loss of control) และ 10) กลัวการคลอดและไม่รู้ว่าทำอย่างไร (Terrified of birth and not knowing why)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เครื่องมือวัดความกลัวการคลอด มี 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่เป็นเส้นตรงยาวในแนวนอน และรูปแบบที่ประเมินตามองค์ประกอบของความกลัว ซึ่งจำนวนขององค์ประกอบจะแตกต่างกันในแต่ละแบบสอบถาม ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบสอบถามความกลัวการคลอดขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเลือกเฉพาะองค์ประกอบที่มีความเหมาะสมกับหญิงในขณะตั้งครรภ์ ประกอบไปด้วย ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ความน่ากลัวของการคลอด ความกลัวเรื่องสุขภาพของตนเองและทารก ความกลัวบุคลากรทางการแพทย์ ความกลัวความเจ็บปวดที่เกิดจากการคลอด และความกลัวความสามารถในการควบคุมตนเอง

ความกลัวการคลอดกับความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด

ความกลัวการคลอดมีผลต่อการเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ มีการศึกษาความกลัวการคลอดกับการเลือกวิธีการคลอดโดยการคลอดทางช่องคลอด ดังการศึกษาของ Hajian et al. (2013) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศอิหร่านจำนวน 290 รายด้วยการวิจัยแบบผสมผสาน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งใจคลอดทางช่องคลอดมีความเชื่อต่อการคลอดทางช่องคลอดทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ความเชื่อในเชิงบวก ได้แก่ ความเชื่อในศาสนา ความกลัวต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และคำแนะนำของผู้อื่นต่อข้อดีของการคลอดทางช่องคลอด ส่วนความเชื่อในเชิงลบ ได้แก่ ความกลัวการคลอดทางช่องคลอด (กลัวการเจ็บครรภ์คลอด กลัวถูกทอดทิ้งไว้ตามลำพัง กลัวอันตรายต่อทารกในครรภ์ และกลัวอันตรายต่ออวัยวะสืบพันธุ์) และการศึกษาของ Swift et al. (2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับความตั้งใจในการคลอดธรรมชาติของหญิงก่อนการตั้งครรภ์ในประเทศไอซ์แลนด์ ที่พบว่าผู้หญิงที่กลัวการคลอดในระดับต่ำจะมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจที่จะคลอดธรรมชาติมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่มีความกลัวการคลอดระดับปานกลาง และสูง

นอกจากนี้ยังพบว่า มีการศึกษาความกลัวการคลอดกับการเลือกวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังการศึกษาของ Størksen et al. (2015) ศึกษาความกลัวการคลอดกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศนอร์เวย์จำนวน 1789 ราย พบว่า ความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความชอบในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า การศึกษาของ เฟือง ติ หงู่ ลี และคณะ (2018) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบวางแผนของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดหวางหนาย ประเทศเวียดนาม จำนวน 107 คน พบว่า ความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์กับระดับความตั้งใจในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Matinnia et al. (2015) ศึกษาความกลัวที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์และการคลอดในหญิงครรภ์แรกที่ร้องขอการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกับการคลอดทางช่องคลอดในประเทศอิหร่าน จำนวน 342 ราย พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความกลัวระดับรุนแรงร้อยละ 70.6 ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่เลือกการคลอดทางช่องคลอดมีความกลัวระดับรุนแรงร้อยละ 10.9 และระดับความกลัวระหว่างสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Aksoy et al. (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอด และความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่ไม่เจ็บปวดในหญิงครรภ์หลังที่ตั้งครรภ์ในช่วง 1 เดือนสุดท้ายจำนวน 900ราย พบว่า ความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์กับการร้องขอการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

สรุปว่า ความกลัวการคลอดมีความเชื่อมโยงกับการเลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอดหรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่กลัวการคลอดทางช่องคลอดมีแนวโน้มที่จะเลือกวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในทางกลับกัน หญิงตั้งครรภ์ที่กลัวการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก็มีแนวโน้มที่จะเลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์หรือทำนายความกลัวการคลอดกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแต่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์หรือทำนายความกลัวการคลอดกับการคลอดทางช่องคลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำความกลัวการคลอดมาเป็นปัจจัยหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาต่อไป

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด และปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดในหญิงครรภ์แรก ได้แก่ ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความกลัวการคลอด โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ หญิงครรภ์แรกที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงครรภ์แรกที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ช่วงเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2565 โดยกำหนดเกณฑ์คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคหัวใจ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำหรือสูง หรือภาวะรกเกาะต่ำ
4. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์อัตราส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ต่อ 1 ตัวแปรอิสระ (Tabachnick & Fidell, 2018) ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรอิสระทั้งหมด 4 ตัวแปร คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมได้เท่ากับ 160 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) รวมทั้งสิ้น 176 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากเลขคู่ กับเลขคี่ ผลการจับฉลากได้เลขคี่ หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วนำมาจัดลำดับการรับบริการ จากนั้นเลือกหญิงครรภ์แรกที่ลำดับการรับบริการลงท้ายด้วยเลขคี่ เก็บจนครบตามจำนวนที่กำหนด โดยไม่ซ้ำคนเดิม

สถานที่ในการวิจัย

สถานที่ในการวิจัยเป็นหน่วยบริการฝากครรภ์ ให้บริการในวันอังคารถึงวันศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. โดยมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ คัดกรองความเสี่ยง และให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล และสอนสุขศึกษาเป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ การเตรียมตัวเพื่อการคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยการบรรยายและสื่อวิดิทัศน์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว อายุครรภ์ บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอด วิธีการคลอดที่บุคคลสำคัญสนับสนุน และการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด เป็นแบบสอบถามคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอด ประกอบด้วย ความปลอดภัย (ข้อ 1-4) ผลกระทบของการคลอดทางช่องคลอด (ข้อ 5-9) และค่าใช้จ่าย (ข้อ 10) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 6, 7, 9, และ 10 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, และ 8 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆกัน เห็นด้วยเล็กน้อย ค่อนข้างเห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามทางบวกกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนตรงกันข้ามกับข้อคำถามทางบวก คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 10-70 คะแนน การแปลผลโดยเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแบ่งดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 10.00-30.00 หมายถึง มีทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 30.01-50.00 หมายถึง มีทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 50.01-70.00 หมายถึง มีทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์ในการเลือกคลอดทางช่องคลอดตามความคิดเห็นของบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆกัน เห็นด้วยเล็กน้อย ค่อนข้างเห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่งกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 5-35 คะแนน การแปลผลโดยเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแบ่ง ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 5.00-15.00 หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 15.01-25.00 หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 25.01-35.00 หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด เป็นแบบสอบถามความมั่นใจของหญิงตั้งครรภ์ในการคลอดทางช่องคลอด ประกอบด้วย การเผชิญความเครียดในระยะคลอด (ข้อ 1-3) การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (ข้อ 4-5) และการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด (ข้อ 6-7) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้กทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง ค่อนข้างไม่มั่นใจ ไม่มั่นใจเล็กน้อย มั่นใจและไม่มั่นใจพอ ๆ กัน มั่นใจเล็กน้อย ค่อนข้างมั่นใจ มั่นใจอย่างยิ่ง กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 7-49 คะแนน การแปลผลโดยเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแบ่ง ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 7.00-21.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 21.01-35.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 35.01-49.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความกลัวการคลอด เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในขณะคลอด ประกอบด้วย ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ (ข้อ 1-2) ความน่ากลัวของการคลอด (ข้อ 3) ความกลัวเรื่องสุขภาพของตนเองและทารก (ข้อ 4-6) ความกลัวบุคลากรทางการแพทย์ (ข้อ 7-9) ความกลัวความเจ็บปวดที่เกิดจากการคลอด (ข้อ 10-11) และความกลัวความสามารถในการควบคุมตนเอง (ข้อ 12-13) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ท 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 13-65 คะแนน การแปลผลโดยเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแบ่ง ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 13.00-30.33 หมายถึง มีความกลัวการคลอดระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 30.34-47.66 หมายถึง มีความกลัวการคลอดระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 47.67-65.00 หมายถึง มีความกลัวการคลอดระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด เป็นแบบสอบถามความตั้งใจของหญิงตั้งครรภ์ที่จะเลือกคลอดทางช่องคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย การคาดหวังในการกระทำ ความต้องการที่จะกระทำ ความตั้งใจที่จะกระทำ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ ไม่จริงมากที่สุด ไม่จริงมาก ไม่จริง ไม่แน่ใจ จริง จริงมาก จริงมากที่สุด กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 3-21 คะแนน การแปลผลโดยเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแบ่ง ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.00-9.00 หมายถึง มีความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 9.01-15.00 หมายถึง มีความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 15.01-21.00 หมายถึง มีความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุม

การคลอด แบบสอบถามความกลัวการคลอด และแบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพแผนกสูติศาสตร์ 2 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา พร้อมทั้งนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) (Polit & Beck, 2012) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92, 1.00, 1.00, .94, และ .93 ตามลำดับ และได้แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด แบบสอบถามความกลัวการคลอด และแบบสอบถามความตั้งใจการคลอดทางช่องคลอด ไปทดลองใช้กับหญิงครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย จากนั้นนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) (Cronbarch, 1990) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72, .91, .92, .92, และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสจริยธรรม IRB3-005/2565) และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (รหัสจริยธรรม 009/2565) ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างเริ่มตั้งแต่เก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยไม่ปิดบัง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนมีความเข้าใจ และให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย หรือไม่เข้าร่วมวิจัยได้ด้วยความสมัครใจและกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ ทั้งสิ้น ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรับบริการฝากครรภ์ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิดใส่ตู้เก็บเอกสาร และล็อคกุญแจตลอดเวลา โดยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเปิดตู้เอกสารได้ สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย จะถูกใส่รหัสผ่านและมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลนี้ได้ เมื่อเผยแพร่งานวิจัยแล้วข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกทำลายทันที ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

4. ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีเก็บข้อมูล

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในวันพุธ-ศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. ณ แผนกฝากครรภ์ โดยเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคลและปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ได้แก่ ตรวจวัดอุณหภูมิก่อนเข้าโรงพยาบาล สวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์ รวมทั้งผู้วิจัยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบแล้ว

1.1 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับบริการฝากครรภ์ จากนั้นสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย สิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งมอบเอกสารคำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์

1.2 ผู้วิจัยจัดสถานที่ในการตอบแบบสอบถามที่มีความเป็นส่วนตัว และทำความสะอาดสถานที่ด้วยแอลกอฮอล์ภายหลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล

1.3 ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนการทำแบบสอบถาม และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 15 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามอีกครั้งก่อนส่งให้ผู้วิจัย

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาให้คะแนนตามที่กำหนดไว้ และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด ความกลัวการคลอด และความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด ได้แก่ ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความกลัวการคลอด โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน (Standard multiple regression)

ก่อนวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด ผู้วิจัยจะทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติก่อนที่จะนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ตัวแปรทุกตัวเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ มีระดับการวัด Interval

2. ความคลาดเคลื่อน (ε หรือ Residuals) มีการแจกแจงแบบปกติ ข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน โดยหาค่าสถิติ Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 1.934 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 หมายความว่า ข้อมูลของตัวแปรทุกตัวเป็นอิสระต่อกันหรือไม่มี Autocorrelation

3. จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีมากพอ การวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์อัตราส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย ต่อ 1 ตัวแปรอิสระ (Tabachnick & Fidell, 2018) ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรอิสระทั้งหมด 4 ตัวแปร คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมได้เท่ากับ 160 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2003) รวมทั้งสิ้น 176 คน ขณะทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพบข้อมูลที่ผิดปกติ และตัดข้อมูลที่ผิดปกติออก 4 ชุด เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 172 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างยังคงเพียงพอ

4. ตัวแปรทุกตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (ไม่มี Multicollinearity) ทดสอบโดยวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) ระหว่างตัวแปรทุกตัว พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันอยู่ระหว่าง -.097 ถึง .642 ซึ่งไม่เกิน .85 ค่า Tolerance อยู่ในช่วง .600 ถึง .989 ซึ่งมากกว่า .02 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) อยู่ในช่วง 1.001 ถึง 1.666 ซึ่งน้อยกว่า 4 หมายความว่า ตัวแปรทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันกันเอง หรือไม่มี Multicollinearity

5. พบว่ามีค่าผิดปกติ (Outlier) จึงได้ทำการตัดข้อมูลออก 4 ชุด

6. ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นเอกภาพ (Homosceidasticity) โดยพิจารณา Scatter plot ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พบว่า ลักษณะของ Scatter plot มีการกระจายตัวห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร หมายความว่า ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นเอกภาพ

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดและปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก ได้แก่ ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความกลัวการคลอด โดยศึกษาในหญิงครรภ์แรกที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 172 ราย โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเรียงลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด ความกลัวการคลอด และความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด

ตอนที่ 3 ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงครรภ์แรก โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงครรภ์แรก (n = 172)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (*M* = 25.35, *SD* = 4.53, Min = 19, Max = 40)		
< 20 ปี	28	16.3
20-35 ปี	138	80.2
> 35 ปี	6	3.5
อายุครรภ์ (*M* = 31.76, *SD* = 3.33, Min = 28, Max = 39)		
28-32 สัปดาห์	113	65.7
33-37 สัปดาห์	42	24.4
≥ 38 สัปดาห์	17	9.9
สถานภาพสมรส		
คู่	167	97.1
หย่า	1	0.6
แยก	4	2.3
ลักษณะครอบครัว		
อยู่กับสามี	114	66.3
อยู่กับสามีและพ่อแม่ตนเอง	30	17.4
อยู่กับสามีและพ่อแม่ของสามี	28	16.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	11	6.4
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	89	51.8
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	36	20.9
ปริญญาตรี	36	20.9
อาชีพ		
ไม่มีงานทำ	40	23.3
มีงานทำ	132	76.7
รับจ้าง	29	16.8
ค้าขาย	10	5.8
พนักงานบริษัทเอกชน	88	51.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ข้าราชการ/รัฐวิสากิจ	2	1.2
ธุรกิจส่วนตัว	3	1.7
รายได้ (รวมสามีและภรรยา/เดือน) (*M* = 28,336, *SD* = 11,926, Min = 9,000, Max = 80,000)		
≤ 10,000 บาท/เดือน	8	4.7
10,001–30,000 บาท/เดือน	118	68.5
30,001–50,000 บาท/เดือน	40	23.3
≥ 50,001 บาท/เดือน	6	3.5
บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีคลอดมากที่สุด		
สามี	68	39.5
แม่ของตน	44	25.6
แม่ของสามี	3	1.7
ญาติ	2	1.2
เพื่อน	1	0.6
แพทย์	33	19.2
พยาบาล	2	1.2
ตนเอง	19	11.0
วิธีการคลอดที่บุคคลสำคัญสนับสนุน		
แม่ตนเอง		
คลอดทางช่องคลอด	155	90.1
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	17	9.9
แม่สามี		
คลอดทางช่องคลอด	153	89.0
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	19	11.0
สามี		
คลอดทางช่องคลอด	155	90.1
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	17	9.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษาข้อมูลการคลอด		
เคย	140	81.4
ไม่เคย	32	18.6
แหล่งที่ศึกษาข้อมูลการคลอด (*n* = 140)		
หนังสือ	1	0.7
ทีวี	2	1.4
อินเตอร์เน็ต	122	87.3
หนังสือและอินเตอร์เน็ต	10	7.1
ทีวีและอินเตอร์เน็ต	3	2.1
หนังสือ ทีวี และอินเตอร์เน็ต	2	1.4

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-35 ปี (ร้อยละ 80.2) มีอายุเฉลี่ย 25.35 ปี มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 28-32 สัปดาห์ (ร้อยละ 65.7) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 97.1) อาศัยอยู่กับสามี (ร้อยละ 66.3) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 51.8) ส่วนใหญ่มีงานทำ (ร้อยละ 76.7) รายได้รวมระหว่างสามีและภรรยาอยู่ในช่วง 10,001-30,000 บาท (ร้อยละ 68.5) รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 28,336 บาทต่อเดือน สามีเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 39.5) บุคคลสำคัญที่สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างคลอดทางช่องคลอดมากที่สุด ได้แก่ สามี แม่ของตนเอง และแม่ของสามี (ร้อยละ 90.1, ร้อยละ 90.1 และร้อยละ 89 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด (ร้อยละ 81.4) โดยศึกษาข้อมูลการคลอดจากอินเตอร์เน็ตมากที่สุด (ร้อยละ 87.3)

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด ความกลัวการ

คลอด และความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และการแปลผลทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด ความกลัวการคลอด และความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด (n = 172)

ตัวแปรที่ศึกษา	**Range**		***M***	***SD***	**การแปลผล**
	Possible	**Actual**			
ทัศนคติต่อการการคลอดทางช่องคลอด	10-70	22-68	51.06	6.03	สูง
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการการคลอดทางช่องคลอด	5-35	12-35	29.12	4.86	สูง
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด	7-49	7-49	35.67	7.23	สูง
ความกลัวการคลอด	13-65	16-65	42.51	9.02	ปานกลาง
ความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด	3-21	8-21	17.20	3.39	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดในระดับสูง (*M* = 51.06, *SD* = 6.03) ค่าเฉลี่ยคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดในระดับสูง (*M* = 29.12, *SD* = 4.86) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดในระดับสูง (*M* = 35.67, *SD* = 7.73) ค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดในระดับปานกลาง (*M* = 42.51, *SD* = 9.02) และค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดในระดับสูง (*M* = 17.20, *SD* = 3.39)

ตอนที่ 3 ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติก่อนที่จะนำมาวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน เมื่อผ่านข้อตกลงเบื้องต้นแล้ว ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด โดยนำตัวแปรต้นทั้ง 4 ตัว ได้แก่ ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการ

คลอด และความกลัวการคลอดมาเข้าสมการ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด ความกลัวการคลอด และความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด (n = 172)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด	1.000				
2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด	.531**	1.000			
3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด	.538**	.433**	1.000		
4. ความกลัวการคลอด	-.032	-.054	-.097	1.000	
5. ความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด	.504**	.642**	.582**	-.018	1.000

** $p < .001$

จากตารางที่ 3 พบว่า ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .504, p < .001; r = .642, p < .001$; และ $r = .582, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนความกลัวการคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($r = -.018, p = .81$)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก (n = 172)

ปัจจัย	*B*	Beta	*t*	*p*-value
ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด	.043	.077	1.125	.262
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด	.314	.451	7.058	< .001
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด	.163	.349	5.408	< .001
ความกลัวการคลอด	.014	.038	.707	.481

Intercept = -.589, R^2 = .531, Adjusted R^2 = .520, $F_{4,167}$ = 47.223, p < .001

จากตารางที่ 4 พบว่า ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความกลัวการคลอด สามารถร่วมกันทำนายความความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 53.1 (R^2 = .531, p < .001) โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้มากที่สุด (β = .451, p < .001) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด (β = .349, p < .001) ส่วนทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดและความกลัวการคลอดไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด และปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงครรภ์แรกที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 172 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด แบบสอบถามความกลัวการคลอด และแบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72, .91, .92, .92, และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 172 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี (ร้อยละ 80.2) มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 28.32 สัปดาห์ (ร้อยละ 65.7) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 97.1) อาศัยอยู่กับสามี (ร้อยละ 66.3) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 51.8) ส่วนใหญ่มีงานทำ (ร้อยละ 76.3) มีรายได้รวมระหว่างสามีและภรรยาอยู่ในช่วง 10,001-30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 68.5) รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 28,336 บาทต่อเดือน สามีเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 39.5) บุคคลสำคัญที่สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างคลอดทางช่องคลอดมากที่สุด ได้แก่ สามี แม่ของตนเอง และแม่ของสามี (ร้อยละ 90.1, ร้อยละ 90.1 และร้อยละ 89 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด (ร้อยละ 81.4) โดยศึกษาข้อมูลการคลอดจากอินเตอร์เน็ตมากที่สุด (ร้อยละ 87.3)

2. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดในระดับสูง (M = 51.06, SD = 6.03) ค่าเฉลี่ยคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดในระดับสูง (M = 29.12, SD = 4.86) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดในระดับสูง (M = 35.67, SD = 7.73) ค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดในระดับปานกลาง

(M = 42.51, SD = 9.02) และค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดในระดับสูง (M = 17.20, SD = 3.39)

3. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความกลัวการคลอดสามารถร่วมกันทำนายความความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 53.1 (R^2 = .531, $p < .001$) โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้มากที่สุด (β = .451, $p < .001$) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด (β = .349, $p < .001$) ส่วนทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดและความกลัวการคลอดไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดอยู่ในระดับสูง (M = 17.20, SD = 3.39) ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) ที่ว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคลจะอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจ เกิดจากปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดอยู่ในระดับสูง (M = 51.06, SD = 6.03) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอดในเชิงบวกจากชั้นเรียนเตรียมตัวคลอดของหน่วยฝากครรภ์ทุกคน รวมทั้งศึกษาด้วยตนเองจากสื่อต่าง ๆ และจากสมาชิกในครอบครัว จึงอาจทำให้มีความโน้มเอียงที่จะมีปฏิกิริยาต่อการคลอดทางช่องคลอดในเชิงบวก กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการคล้อยตามบุคคลอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดอยู่ในระดับสูง (M = 29.12, SD = 4.86) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอาศัยอยู่กับบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด (อยู่กับสามีร้อยละ 66.3, อยู่กับสามีและพ่อแม่ตนเองร้อยละ 17.4, และอยู่กับสามีและพ่อแม่ของสามีร้อยละ 16.3) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างระบุว่าบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอดมากที่สุด คือ สามี (ร้อยละ 39.5) และแม่ของตนเอง (ร้อยละ 25.6) และวิธีการคลอดที่บุคคลเหล่านี้สนับสนุนส่วนใหญ่เป็นการคลอดทางช่องคลอด (สามีร้อยละ 90.1, แม่ของตนเอง ร้อยละ 90.1, และแม่ของสามี ร้อยละ 89) ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้

ถึงความต้องการหรือความคาดหวังของบุคคลเหล่านี้ จึงมีแนวโน้มที่จะคล้อยตามความต้องการหรือความคาดหวังของบุคคลอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดในระดับสูง (M = 35.67, SD = 7.73) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด (ร้อยละ 81.4) โดยศึกษาข้อมูลจากอินเตอร์เน็ตมากที่สุด (ร้อยละ 87.3) จึงมีเหตุผลในการเลือกวิธีการคลอดที่ตนเองและทารกในครรภ์จะได้ประโยชน์สูงสุด นั่นคือ การคลอดทางช่องคลอด รวมทั้งบุคคลในครอบครัวอาจพูดชักจูงให้คลอดทางช่องคลอด ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่ามีศักยภาพที่จะคลอดได้ด้วยตัวเอง ดังที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่า ตนเองเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 11)

2. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด พบว่า ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด และความกลัวการคลอดสามารถร่วมกันทำนายความความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 53.1 (R^2 = .531, p < .001) โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้มากที่สุด (β = .451, p < .001) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด (β = .349, p < .001) ส่วนทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดและความกลัวการคลอดไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอภิปรายผล ดังนี้

2.1 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้มากที่สุด (β = .451, p < .001) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) นั่นคือ หญิงครรภ์แรกที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดสูงจะมีความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก หญิงครรภ์แรกรับรู้ความต้องการหรือความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงว่าต้องการให้ตนเองคลอดทางช่องคลอด จึงเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความต้องการหรือความคาดหวังนั้น กลุ่มตัวอย่างมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอดอยู่ในระดับสูง (M = 29.12, SD = 4.86) โดยคล้อยตาม คือ บิดา มารดา และญาติของตนเองมากที่สุด (M = 5.97, SD = 1.11) รองลงมา คือ คล้อยตามบิดา มารดาและญาติของสามี (M = 5.94, SD = 1.08) และคล้อยตามสามี (M = 5.91, SD = 1.10) ตามลำดับ เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีวิถีการดำเนินชีวิตและบุคลิกภาพที่เป็นเอกลักษณ์ คือ ให้ความเคารพผู้ใหญ่ ผูกพันกับครอบครัว และยึดถือระบบเครือญาติ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความเคารพ นับถือ เชื่อฟัง และปฏิบัติตามกลุ่มอ้างอิงเหล่านี้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghaffari et al. (2017) พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมี

ความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการคลอดปกติทางช่องคลอด (r = .35, p < .05) และสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดได้ (β = .166, p = 0.01) และการศึกษาของ Yaghobi et al. (2019) ที่พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างสามารถทำนายความตั้งใจในการเลือกคลอดธรรมชาติทางช่องคลอดได้ (β = .159, p = 0.001)

2.2 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้รองลงมา (r = .582, p <.001, β = .349, p < .001) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) นั่นคือ หญิงครรภ์แรกที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดสูงจะมีความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก หญิงครรภ์แรกเชื่อว่าตนเองมีสามารถในการควบคุมการคลอดได้และมีพลังอำนาจในการจัดการกับการคลอดได้ ดังเห็นได้จากผลการประเมินการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด (M = 5.58, SD = 1.34) โดยกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนเองสามารถตัดสินเลือกวิธีการคลอดได้ด้วยตนเอง และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอดร่วมกับบุคลากรทางแพทย์ได้ รองลงมา คือ ด้านการเผชิญความเครียดในระยะคลอด (M = 5.09, SD = 1.25) โดยกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนเองสามารถเบ่งคลอดได้ สามารถจัดการกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในห้องคลอดได้ และสามารถทำกิจกรรมผ่อนคลายอาการเจ็บครรภ์ได้

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดอยู่ในระดับสูง (M = 35.67, SD = 7.73) อาจเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 4 ปัจจัย (Bandura, 1997) ดังนี้ 1) ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลและการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดจากหน่วยฝากครรภ์ รวมทั้งมีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดทางอินเตอร์เน็ตทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถฝึกทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดด้วยตนเองจนเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถควบคุมการคลอดของตนได้ 2) การได้เห็นประการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญมาก คือ แม่ของตนเอง และแม่ของสามี ที่ประสบความสำเร็จในการคลอดทางช่องคลอดมาก่อน จึงสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างคลอดทางช่องคลอด ดังผลการศึกษาที่พบว่า แม่ของตนสนับสนุนให้คลอดทางช่องคลอดร้อยละ 90.1 และแม่ของสามีสนับสนุนให้คลอดทางช่องคลอดร้อยละ 89 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างตั้งใจคลอดทางช่องคลอดตามกลุ่มอ้างอิงเหล่านี้ 3) การชักจูงด้วยคำพูด กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มอ้างอิงที่อยู่ใกล้ชิดกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ได้แก่ สามี แม่ของตน และแม่ของสามี ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความรัก ความผูกพัน และหวังดี ปรารถนาให้กลุ่มตัวอย่างผ่านการคลอดไปได้อย่างปลอดภัยทั้งแม่และลูก

จึงมีการแนะนำ กระตุ้น ชักจูงด้วยเหตุผลให้เห็นข้อดีของการคลอดทางช่องคลอด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจ เกิดความมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมการคลอดและผ่านการคลอดไปได้ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ การคลอดเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นหญิงครรภ์แรกเกิดความวิตกกังวล หรือความกลัว จึงแสวงหาความรู้เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความสามารถในการควบคุมการคลอดมากยิ่งขึ้น จึงมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghaffari et al. (2017) และ Yaghobi et al. (2019) พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจคลอดทางช่องคลอดของหญิงตั้งครรภ์ (r = .72, p < 0.001) และสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดได้ (β = .486, p < 0.001 และ β = .224, p = .001 ตามลำดับ)

2.3 ทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าไม่เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) นั่นคือ หญิงครรภ์แรกที่มีทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดสูง แต่ไม่ส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการคลอดช่องคลอด ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีมุมมองต่อการคลอดทางช่องคลอดในเชิงบวกหรือเชิงลบขึ้นอยู่กับคุณภาพของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ แม้ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดในระดับสูง (M = 51.06, SD = 6.03) แต่ยังมีบางประเด็นที่มีมุมมองต่อการคลอดทางช่องคลอดในเชิงลบ เช่น การคลอดทางช่องคลอดเป็นวิธีการคลอดที่เจ็บปวดมากที่สุด (M = 2.50, SD = 1.40) และการคลอดทางช่องคลอดทำให้ช่องคลอดหย่อนยาน (M = 3.50, SD = 1.40) จึงยังไม่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghaffari et al. (2017) และ Yaghobi et al. (2019) ที่พบว่า ทัศนคติต่อการคลอดปกติทางช่องคลอด มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการคลอดปกติทางช่องคลอด (r = .63, p < .001) และสามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดปกติทางช่องคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .317, p < .001 และ β = .199, p = .001 ตามลำดับ) เนื่องจากทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวระหว่างความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของบุคคลกับแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมโต้ตอบในทางใดทางหนึ่งที่มีต่อข้อมูลข่าวสารในเชิงบวกหรือเชิงลบซึ่งพัฒนามาจากภูมิหลังและสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล ดังนั้นทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดของกลุ่มตัวอย่างจึงแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่ผ่านมา ทำให้ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของกลุ่มตัวอย่างได้

2.4 ความกลัวการคลอดไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกได้ นั่นคือ หญิงครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดต่ำ แต่ไม่ส่งผลให้เกิดความตั้งใจใน

การคลอดช่องคลอด ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวการคลอดในระดับปานกลาง (*M* = 42.51, *SD* = 9.02) โดยด้านที่กลัวมากที่สุด คือ ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ (*M* = 3.71, *SD* = 0.94) ในประเด็นความไม่แน่นอนเกี่ยวกับเวลา สถานการณ์ไม่เป็นไปตามที่คิด รองลงมา คือ ความกลัวความเจ็บปวดที่เกิดจากการคลอด (*M* = 3.56, *SD* = 1.07) รวมทั้งความกลัวการคลอดของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันตามการรับรู้ถึงอันตรายหรือภาวะคุกคามจากสถานการณ์การคลอด และความสามารถในการควบคุมการคลอด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Beiranvand et al. (2017) พบว่า ความกลัวการคลอดเป็นปัจจัยทำนายความชอบในการคลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุมากกว่า (อายุ 20-35 ปี ร้อยละ 80.2 กับ อายุ 15-25 ปี ร้อยละ 62.5) มีงานทำมากกว่า (ร้อยละ 76.7 กับ ร้อยละ 14.2) และมีการเข้าร่วมชั้นเรียนการเตรียมตัวคลอดมากกว่า (ร้อยละ 100 กับ ร้อยละ 15.2) ซึ่งปัจจัยที่แตกต่างกันนี้ อาจส่งผลต่อการคิด สติปัญญา อารมณ์ ที่มีต่อความกลัวการคลอด และความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอด จึงทำให้ความกลัวการคลอดไม่สามารถทำนายความตั้งใจคลอดทางช่องคลอดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลควรจัดกิจกรรมสนับสนุนให้หญิงครรภ์แรกมีความตั้งใจเลือกวิธีคลอดทางช่องคลอด ด้วยการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมการคลอด โดยเฉพาะการส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะในการเผชิญกับการคลอด และการเจ็บครรภ์คลอด รวมทั้งสนับสนุนให้ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มอ้างอิงที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการคลอดทางช่องคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้วิจัยสามารถนำผลการวิจัยไปจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้หญิงครรภ์แรกตั้งใจเลือกการคลอดทางช่องคลอด โดยการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมการคลอด ที่เน้นความรู้และทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด

2. ผู้วิจัยควรศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนจะมีคุณลักษณะและภูมิหลังที่แตกต่างจากหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ

3. การศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามผลสัมฤทธิ์ของความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรกว่านำไปสู่การคลอดทางช่องคลอดที่แท้จริงหรือไม่

บรรณานุกรม

จีราภรณ์ ปราบดิน, ศศิธร พุมดวง, และ เบญญาภา ธิติมาพงษ์. (2560). ความกลัวการคลอดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในไตรมาสที่ 3. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 40*(2), 96-106.

ธีระ ทองสง. (2564). *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). (ม.ป.ท.).

ปัญญา สนั่นพานิชกุล. (2561). แนวคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, *35*(2), 321-320.

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. (2564). *สถิติการคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา.*

อุษา เชื้อหอม, เกสรา ศรีพิชญาการ, ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, และ เคเนดี้ พี. เอช. (2550). ความกลัวและความทุกข์ทรมานในระยะคลอดของหญิงไทย. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*, 11(1), 49-61.

Ahmadi, Z. (2020). Identifying and explaining experiences of fear of childbirth and coping strategies: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences,* 9(1), 47-58. https://doi.org/10.22062/JQR.2020.90993

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hal.

Akkus, I. H., Aksakal, B. Y. & Pirincci, E. (2017). Factors associated with preferred type of delivery among pregnant women in Elazig city, Turkey. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, *48*(4), 875-883.

Aksoy, A. N., Dostbil, A., Celik, M. G., & Ince, I. (2014). The relationship between fear of childbirth and women's knowledge about painless childbirth. *Obstetrics and Gynecology International*, 1-7.

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. https://doi.org/10.1097/01.AOG.00 00428647.67925.d3

Australian Institute of Health and Welfare [AIHW]. (2022). *Australia's mothers and babies*. https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/australias-mothers-babies/contents/ labour-and-birth/method-of-birth

Baghianimoghadam, M. H., Baghianimoghadam, M., Jozi, F., Hatamzadah, N., Mehrabbik, A., Hashemifard, F., & Hashemifard, T. (2014). The relationship between HBM constructs and intended delivery method. *The Journal of Toloo-e-behdasht*, *12*(4), 105-116.

Bahri, N., Mohebi, S., Bahri, Nas., Farimani, S. D,. Khodadoost, L. (2017) 4Factors related to the decision making process of primigravid women about mode of delivery: A theory-based study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, *20*(8), 42-50. https://dx.doi.org/10.22038/ijogi.2017.9589

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215.

Begum, T., Rahman, A., Nababan, H., Hoque, D. M. E., Khan, A. F., Ali, T., Anwar, I. (2017). Indications and determinants of caesarean section delivery: Evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh. *PLOS ONE*, *12*(11), 1-16. 4. https://doi.org/10.1371/ journal.pone.0188074

Begum, T., Saif-Ur-Rahman, K. M., Yaqoot, F., Stekelenburg, J., Anuradha, S., Biswas, T., Doi, S. A., & Mamuna, A. A. (2020). Global incidence of caesarean deliveries on maternal request: A systematic review and meta-regression. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 128, 798-806.

Beiranvand, S. P., Moghadam, Z. B., Salsali, M., Majd, H. A., Birjandi, M., & Khalesi, Z. B. (2017). Prevalence of fear of childbirth and its associated factors in primigravid women: A cross-sectional study. *Shiraz E-Medical Journal*, *18*(11), 1-9. https://dx.doi.org/10. 5812/semj.61896

Betrán, A. P., Ye, A., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLOS ONE*, 1-12. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343

Cetisli, N. E., Arkan, G., & Top, E. D. Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. (2017). *Revista da Associacao Medica Brasileira*, *64*(2), 164-169. http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282. 64.02.164

Coelho, G. D. P., Ayres, L. F. A., Barreto, D. S., Henriques, B. D., Prado, M. R. M. C., & Passos, C. M. (2021). Acquisition of microbiota according to the type of birth: an integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *29*, 1-11. https://doi.org/10.1590% 2F1518.8345.4466.3446

Colomar, M., Opiyo, N., Kingdon, C., Long, Q.,Nion, S., Bohren, M. A., & Betran, A. P. (2021) Do women prefer caesarean sections? A qualitative evidence synthesis of their views and experiences. *PLOSONE*, *16*(5), 1-23. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251072

Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed.). Harper Collins Publishers.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, S. J., Hoffman, B. L., Casey, B. M. & Spong, C. Y. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed.). McGraw-Hill Education.

Dadipoor, S., Mehraban, M., Aghamolaei, T., Ramezankhani, A., & Safari-Moradabadi, A. (2017). Prediction of birth type based on the health belief model. *Journal of Family and Reproductive Health*, 11(3), 159-164.

Eyowas, F. A., Negasi, A. K., Aynalem, G. E., & Worku, A. G. (2016). Adverse birth outcome: a comparative analysis between cesarean section and vaginal delivery at Felegehiwot Referral Hospital, Northwest Ethiopia: A retrospective record review. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 7, 65-70. https://doi.org/10.2147/PHMT.S102619

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.

Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science & Medicine*, 63(1), 64-75. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.065

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*. http://openaccess.city.ac.uk/1735/1/TPB%20Manual%20FINAL%20May2004.pdf

Ghaffari, M., Afshari, A., Rakhshanderou, S., & Armoon, B. (2017). Using theory of planned behavior for prediction of delivery mode among pregnant women: A theory-based cross-sectional research. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 32(2). https://doi.org/10.1515/ijamh-2017-0106

Gibbons, L., Belizan, J. M., Lauer, J. A., Betran, A. P., Merialdi, M., Althabe, F. (2012). Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *206*(4), 331e1-19. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.02.026

Hajian, S., Shariati, M., Najmabadi, K. M., Yunesian, M., & Ajami, M. E. (2013). Psychological predictors of intention to deliver vaginally through the Extended Parallel Process Model: A mixed-method approach in pregnant Iranian women. *Oman Medical Journal*, 28(6), 395-403. https://doi.org/10.5001/omj.2013.115

Handa, V. L., Blomquist, J. L., Knoepp, L. R., Hoskey, K. A., McDermott, K. C., & Munoz, A. (2011). Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*, 118(4), 777-784. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182267f2f

He, J., Wan, L., & Luo, B. (2019). Intentions and influencing factors regarding natural childbirth among urban pregnant women in China, based on the theory of reasoned action and structural equation modeling. *Journal of International Medical Research,* 47(9), 4482-4491. https://doi.org/10.1177/0300060519862089

Heydari, S. T., Sarikhani, Y., Asadi, N., Kazemi1, M., Sadati, A. K., Zarei, S., Mansuri, Z., Keshvarz, F., Jabbari, R., Mohtashami, A., & Lankarani, K. B. (2019). Selection of delivery method and its related factors in pregnant women of Shiraz in 2016. *Shiraz E-Medical Journal*, 20(5), 1-7.

Hildingsson, I., & Rubertsson, C. (2021). Testing the birth attitude profile scale in a Swedish sample of women with fear of birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(2), 132-139. https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1729118

Jenabi, E., Khazaei, S., Bashirian, S., Aghababaei, S., & Matinnia, N. (2020). Reasons for elective cesarean section on maternal request: A systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(22), 3867-3872.

Kanani, S., Allahverdipour, H., & Jafarabadi, M. A. (2015). Modeling the intention to choose natural vaginal delivery: Using reasoned action and social cognitive theories. *Health Promotion Perspectives*, 5(1), 24-33. https://doi.org/10.15171/hpp.2015.004

Keag, O. E., Norman, J. E., & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 15(1), 1-22. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.100 2494

Khatony, A., Soroush, A., Andayeshgar, B., Saedpanah, N., & Abdi, A. (2019). Attitude of primiparous women towards their preference for delivery method: A qualitative content analysis. *Archives of Public Health*, *27*(38), 1-9. https://doi.org/10.1186/s13690-019-0364-y

Konlan, K. D., Baku, E. K., Japiong, M., Konlan, K. D., & Amoah, R. M. (2019). Reasons for women's choice of elective caesarian section in Duayaw Nkwanta hospital. *Journal of Pregnancy*, 1-7.

Koohbor, M. A., Davati, A., & Garshasbi, A. (2022). Evaluation of effective factors on the choice of delivery method by nulliparous pregnant women referring to Shaheed mostafa khomeini hospital in Tehran. *Daneshvar Medicine Basic and Clinical Research Journal*, 29(6),14-23. https://doi.org/10.22070/daneshmed.2021.15211.1128

LaMorte, W. W. (2019). The Theory of Planned Behavior. https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/sb/behavioralchangetheories/BehavioralChangeTheories3.html

Liabsuetrakul, T., Sukmanee, J., Thungthong, J., & Lumbiganon, P. (2019). Trend of cesarean section rates and correlations with adverse maternal and neonatal outcomes: A secondary analysis of Thai Universal Coverage Scheme Data. *American Journal of Perinatology Reports*, 9(4), e328-e336.

Little, J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd ed.). John Wiley & Sons.

Loke, A. Y., Davies, L., & Li, S. F. (2015). Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: The health belief model. *BMC Health Services Research*, 15(274), 1-12.

LoMauro, A., & Aliverti, A. (2016). Extremes of age: Newborn and infancy. *Breathe*, *12*(1), 65-68. http://doi.org/10.1183/20734735.013315

Lowdermilk, D. L., Cashion, K., Perry, S. E., Alden, K. R., & Olshansky, E. (2020). *Maternity and women's health* care (*12th* ed.). Elsevier Mosby.

Lowe, N. K. (1991). Maternal confidence in coping with labor: A self-efficacy concept. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 20(6), 457-463.

Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research Nurse Health*, 16(2), 141-149.

Matinnia, N., Faisal, I., Juni, M. H., Herjar, A. R., Moeini, B., & Osman, Z. J. (2015). Fears related to pregnancy and childbirth among primigravidae who requested caesarean versus vaginal delivery in Iran. *Maternal and Child Health Journal*, 9, 1121-1130.

Memon, H. U., & Handa, V. L. (2013). Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health*, *9*(3), 1-18.

Moghaddam-Banaem, L., Ahmadi, F., Kazemnejad, A., & Abbaspoor, Z. (2017). Development of a questionnaire to measure attitude toward birth method selection. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(2), 147-156.

Moosavi, A., Sheikhlou, Sa. G., Sheikhlou, Se, G., Abdolahi, K., Yaminifar, L., & Maktabi, M. (2017). Influencing factors in choosing delivery method: Iranian primiparous women's perspective. *Electronic Physician*, *9*(4), 4150-4154. http://dx.doi.org/10.19082/4150

Negrini, R., Ferreira, R. D., & Guimarães, D. Z.(2021). Value-based care in obstetrics: Comparison between vaginal birth and caesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(333), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03798-2

Omona, K. (2021). *Empowering Midwives and Obstetric Nurses*. IntechOpen. https://doi.org/10.5772/intechopen.96097

Özcan, H., Kızılkaya Beji, N., & Höbek Akarsu, R. (2019). Deliver preference and influencing factors in women giving birth. *Journal of International Health Sciences and Management*, *5*(9), 95-106.

Phunyammalee, M., Buayaem, T. & Boriboonhirunsarn, D. (2019). Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *39*(6), 763-676. https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1584885

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed). Lippincott Williams & Wilkins.

Rahnama, P., Mohammadi, K., & Montazeri, A. (2016). Salient beliefs towards vaginal delivery in pregnant women: A qualitative study from Iran. *Reproductive Health*, *13*(7), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12978-016-0120-5

Saadia, Z. (2015). Relationship between mode of delivery and development of urinary incontinence: A possible link is demonstrated. *International Journal of Health Sciences, Qassim University*, *9*(4), 446-452.

Safari-Moradabadi, A., Alavi, A., Pormehr-Yabandeh, A., Eftekhaari, T. E., & Dadipoor, S. (2018). Factors involved in selecting the birth type among primiparous women. *Journal of Education and Health Promotion*, *7*(55), 1-6. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_ 150_17

Salih Al-asadi, F. A., Ahmad, A. O., Mohammed, R. J., & Mohammed Maasom, Z. M. (2021). Preferred mode of delivery in Iraqi primiparous women. *Medico-Legal Update*, *21*(2). 1319-1323. https://doi.org/10.37506/mlu.v21i2.2875

Schwartz, L., Toohill, J., Creedy, D. K., Baird, K., Gamble, J., & Fenwick, J. (2015). Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(29), 1-29.

Shams-Ghahfarokhi, Z., & Khalajabadi-Farahani, F. (2016). Intention for cesarean section versus vaginal delivery among pregnant women in Isfahan: Correlates and determinants. *Journal of Reproduction & Infertility*, 17(4), 230-239.

Shi, Y., Jiang, Y., Zeng, Q., Yuan, Y., Yin, H., Chang, C., & Pang, R. (2016) Infuencing factors associated with the mode of birth among childbearing women in Hunan Province: A cross-sectional study in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(108), 1-9. https://doi.org/10.1186/s12884-016-0897-9.

Slade, P., Balling, K., Sheen, K., & Houghton, G. (2019). Establishing a valid construct of fear of childbirth: Findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(96), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2241-7

Slade, P., Balling, K., Houghton, G., & Sheen, K. (2021). A new scale for fear of childbirth: The Fear of Childbirth Questionnaire (FCQ). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1928615

Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Adams, S. S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: A population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(221), 1-10.

Suwanrath, C., Chunuan, S., Matemanosak, P., & Pinjaroen, S. (2021). Why do pregnant women prefer cesareanbirth? A qualitative study in a tertiary care center in Southern Thailand. *BMC Pregnancy Childbirth*, *21*(23), 1-6. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03525-3

Swift, E. M., Gottfredsdottir, H., Zoega, H., Gross, M. M., & Stoll, K. (2017). Opting for natural birth: A survey of birth intentions among young Icelandic women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 41-46.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2018). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson.

Tai, C. Y. (2013). *Development of an investigator-designed questionnaire concerning childbirth delivery options based on the theory of planned behavior* [Doctoral dissertation]. https://scholarcommons.usf.edu/etd/4951/

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.

Tefera, M., Assefa, N., Mengistie, B., Abrham, A., Teji, K. & Worku, T. (2020). Elective cesarean section on term pregnancies has a high risk for neonatal respiratory morbidity in developed countries: A Systematic review and meta-analysis. Frontiers in Pediatrics, *8*(286), 1-12. https://doi.org/10.3389/fped.2020.00286

Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A. and Ryding, E. L. (2014). Psycho-social predictors of childbirth fear in pregnant women: An Australian study. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, *4*, 531-543. http://dx.doi.org/10.4236/ojog. 2014.49075

Warshaw, P. R., & Davis, F. D. (1985). Disentangling behavioral intention and behavioral expectation. *Journal of Experimental Social Psychology*, *21*(3), 213-228. https://doi.org/10.1016/0022-1031(85)90017-4

Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology,* 19(2), 84-97.

World Health Organization [WHO]. (2015). *WHO Statement on caesarean section rates*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf

Yaghobi, Z., Mohaddes Hakkak, Tavakoli Ghoochani, H., Joveini, H., Maheri, M., Taherpour, M., & Hosseini, S. H. (2019). Factors affecting the intention to choose the natural vaginal delivery based on the theory of planned behavior among primigravidae. *Journal of Education and Community Health,* 6(3), 169-176. https://doi.org/10.29252/jech.6.3.169

Yamasmit, W., & Chaithongwongwatthana, S. (2012). Attitude and preference of Thai pregnant women towards mode of delivery. *Journal of the Medical Association of Thailand,* 95(5), 619-624.

Ye, J., Zhang, J., Mikolajczyk, R., Torloni, M. R., Gulmezoglu, A. M., & Betran, A. P. (2016). Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century : Aworldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *123*(5), 745-753. https://doi.org/10.1111/1471-0528.13592

Zewude, B., Siraw, G., & Adem, Y. (2022). The Preferences of modes of child delivery and associated factors among pregnant women in Southern Ethiopia. *Pragmatic and Observational Research*, *13*, 59-73. https://doi.org/10.2147/POR.S370513

Zhou, X., Liu, H., Li, X., & Zhang, S. (2021). Fear of childbirth and associated risk factors in healthy pregnant women in Northwest of China: A cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, *14*, 731-741.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์	รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรรัชนี กมลรัตนานันท์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศศินาภรณ์ โลหิตไทย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
5. ดร.สุมลา พรหมมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางปะกง
6. พว.พรทิพย์ ชอบตรง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลชลบุรี

ภาคผนวก ข

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา BURAPHA UNIVERSITY

สำเนา

ที่ IRB3-005/2565

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS096/2564
โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก
หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวมาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์
หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภยันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	ฉบับที่ 2 วันที่ 14 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย	ฉบับที่ 2 วันที่ 14 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 14 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 14 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 14 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)	ฉบับที่ ...-... วันที่ ...-..... เดือน ...-................ พ.ศ. ...-.......

วันที่รับรอง : วันที่ 21 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
วันที่หมดอายุ : วันที่ 21 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566

ลงนาม *นางสาววรมร แย้มประทุม*
(นางสาววรมร แย้มประทุม)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

หนังสือรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

290 ถ.เจิมจอมพล ต.ศรีราชา อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี 20110

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมแบบเร่งด่วน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP) และ 45CFR 46.101(b)

ชื่อโครงการ	: ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก
เลขที่โครงการวิจัย	: 009/2565
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาวมาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สังกัดหน่วยงาน	: สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
วิธีทบทวน	: แบบเร่งด่วน
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
เอกสารรับรอง	: 1. โครงร่างการวิจัย 2. แบบบันทึกข้อมูล 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร
วันที่รับรอง	: 18 มี.ค. 2565
วันหมดอายุ	: 18 มี.ค. 2566

ลงนาม: ....

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เรืองศักดิ์ เลิศขจรสุข)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม: ....

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โศภณ นภาธร)

ผู้ช่วยเลขาธิการสภากาชาดไทย และ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ภาคผนวก ค

หนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูล

ที่ อว ๘๑๓๗/ ๑๓๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคุณภาพ)

ด้วยนางสาวมาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๓๙๒๐๓๙๒ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก" โดยมี รองศาสตราจารย์พิริยา ศุภศรี เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คน โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ คือ

๑. เป็นหญิงตั้งครรภ์แรก
๒. มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป
๓. มีอายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๘ สัปดาห์ขึ้นไป
๔. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคหัวใจ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำหรือสูง ภาวะรกเกาะต่ำ หรือรกลอกตัวก่อนกำหนด
๕. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

ในระหว่างวันที่ ๑ - ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตดังรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ០๘๓-๘๒๙-๖๕๓๘ หรือที่ E-mail: 63920392@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน **นางสายสัมพันธ์ กิตินิรันดร์กูล**
ผู้ประสานงานโครงการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ០๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ที่ อว ๘๑๓๗/ ๑๓๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาวมาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๓๙๒๐๓๙๒ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก" โดยมี รองศาสตราจารย์พิริยา ศุภศรี เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๗๖ คน โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ คือ

๑. เป็นหญิงตั้งครรภ์แรก
๒. มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป
๓. มีอายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๘ สัปดาห์ขึ้นไป
๔. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคหัวใจ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำหรือสูง ภาวะรกเกาะต่ำ หรือรกลอกตัวก่อนกำหนด
๕. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

ในระหว่างวันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตดังรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๓-๘๒๙-๖๕๓๘ หรือที่ E-mail: 63920392@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน **นางสายสัมพันธ์ กิตินิรันดร์กูล**
ผู้ประสานงานโครงการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ภาคผนวก ง

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย

AF 06-02

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : ....

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก

เรียน ....

ข้าพเจ้านางสาวมาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตนเอง โดยมีแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด คือ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ 2) แบบสอบถามทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด 3) แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด 4) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด 5) แบบสอบถามความกลัวการคลอด และ 6) แบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามทั้งสิ้นประมาณ 15 นาที เมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นท่านจะได้รับของที่ระลึกเป็นหน้ากากอนามัยจำนวน 10 ชิ้น

ในโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่จะเกิดประโยชน์ทางอ้อมแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยผลการวิจัยในภาพรวมที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินและพัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมให้หญิงครรภ์แรกตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอดเพิ่มมากขึ้น และลดอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดลง เพื่อความปลอดภัยในชีวิตของทั้งมารดาและทารก ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใด ๆ ต่อท่าน

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรับบริการฝากครรภ์ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิดใส่ตู้เก็บเอกสาร และล็อคกุญแจตลอดเวลา โดยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเปิดตู้เอกสารได้ สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย จะถูกใส่รหัสผ่านและมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลนี้ได้ เมื่อเผยแพร่งานวิจัยแล้วข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกทำลายทันที ผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยออกเปิดเผยไม่ว่าในทางใด ๆ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

BUU IRB Approved
21 Jan 2022

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวมาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์ หมายเลขโทรศัพท์ 083-8296538 หรือที่ รองศาสตราจารย์ พิริยา ศุภศรี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 089-9362056 และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายัง คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวมาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์
ผู้วิจัย

BUU-IRB Approved
21 Jan 2022

AF 06-03.1

เอกสารแสดงความยินยอม

ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : ....

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก

ให้คำยินยอม วันที่ .... เดือน .... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อบริการฝากครรภ์ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ....ผู้ยินยอม

(..)

ลงนาม ....พยาน

(..)

<u>หมายเหตุ</u> กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้มีพยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย

BUU-IRB Approved
21 Jan 2022

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลำดับที่ ....

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก

คำชี้แจง

1. การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก

2. แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมการคลอด ความกลัวการคลอด และความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ ก ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ ข ข้อมูลทางสูติศาสตร์

2.2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด

2.3 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด

2.4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมการคลอด

2.5 แบบสอบถามความกลัวการคลอด

2.6 แบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด

3. โปรดตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง เพราะคำตอบที่เป็นจริงและครบถ้วนเท่านั้นจึงจะช่วยให้การวิจัยครั้งนี้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่

4. แบบสอบถามฉบับนี้ใช้สำหรับการวิจัยเท่านั้น คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับและรายงานผลในภาพรวมเพื่อการพัฒนาการพยาบาล/แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เท่านั้น

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความที่เป็นคำตอบของท่านลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน (…) หน้าข้อความที่เป็นคำตอบของท่าน

ส่วน ก ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ท่านมีอายุ.................................. ปี

2. สถานภาพสมรสของท่าน

(…) คู่ (…) หม้าย

(…) หย่า (…) แยก

3. ลักษณะครอบครัว

(…) อยู่กับสามี (…) อยู่กับสามีและพ่อแม่ของตน

(…) อยู่กับสามีและพ่อแม่ของสามี (…) อื่น ๆ โปรดระบุ.....................

4. ระดับการศึกษาของท่าน

(…) ประถมศึกษา (…) มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า

(…) อนุปริญญา หรือเทียบเท่า (…) ปริญญาตรี

(…) สูงกว่าปริญญาตรี โปรดระบุ....................................

5. อาชีพ

(…) ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน (…) รับจ้าง

(…) ค้าขาย (…) พนักงานบริษัทเอกชน

(…) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (…) อื่น ๆ โปรดระบุ.....................

6. รายได้รวมของท่านและสามี .... บาท/เดือน

7. บุคคลใดมีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอดของท่านมากที่สุด (ตอบเพียงคำตอบเดียว)

(…) สามี (…) แม่ของตน (…) แม่ของสามี

(…) ญาติ (…) เพื่อน (…) แพทย์

(…) พยาบาล (…) อื่น ๆ โปรดระบุ.....................

8. แม่ของท่านสนับสนุนให้ท่านคลอดด้วยวิธีใด

(…) คลอดทางช่องคลอด (…) ผ่าตัดคลอด

(…) อื่น ๆ โปรดระบุ.....................

9. แม่ของสามีสนับสนุนให้ท่านคลอดด้วยวิธีใด

(…) คลอดทางช่องคลอด (…) ผ่าตัดคลอด

(…) อื่น ๆ โปรดระบุ.....................

10. สามีของท่านสนับสนุนให้ท่านคลอดด้วยวิธีใด

(…) คลอดทางช่องคลอด (…) ผ่าตัดคลอด

(…) อื่น ๆ โปรดระบุ.....................

ส่วน ข ข้อมูลทางสูติศาสตร์

10. ปัจจุบันท่านอายุครรภ์.....................สัปดาห์

11. ท่านเคยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดบุตรหรือไม่ (หากตอบว่า เคย ให้ทำข้อ 12 ต่อ)

(…) เคย (…) ไม่เคย

12. หากเคยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดบุตร ท่านเคยศึกษาจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(…) หนังสือ/นิตยสาร (…) ทีวี

(…) อินเตอร์เน็ต (…) อื่น ๆ โปรดระบุ.....................

BURAPHA UNIVERSITY

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด

คำอธิบาย แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอด

คำชี้แจง ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีระดับความคิดเห็น ดังนี้

(1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

(2) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก

(3) ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเล็กน้อย

(4) เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอ ๆ กัน หมายถึง ข้อความนั้นไม่สามารถบอกความคิดเห็นของท่านได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

(5) เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเล็กน้อย

(6) ค่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก

(7) เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทุกประการ

ข้อ	**ข้อความ**	**ระดับความคิดเห็น**						
		(1)	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**	**(6)**	**(7)**
1	การคลอดทางช่องคลอดเป็นวิธีการคลอดที่ปลอดภัยสำหรับมารดา							
2	การคลอดทางช่องคลอดเป็นวิธีการคลอดที่อันตรายสำหรับทารก							
3	....							
4	....							
5	....							
6	....							
7	....							
8	....							
9	....							
10	....							

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด

คำอธิบาย แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นของท่านว่าบุคคลที่มีความสำคัญ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ เห็นว่าท่านควรหรือไม่ควรคลอดทางช่องคลอด

คำชี้แจง ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีระดับความคิดเห็นดังนี้

(1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

(2) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก

(3) ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเล็กน้อย

(4) เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆกัน หมายถึง ข้อความนั้นไม่สามารถบอกความคิดเห็นของท่านได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

(5) เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเล็กน้อย

(6) ค่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก

(7) เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทุกประการ

ข้อ	**ข้อความ**	**ระดับความคิดเห็น**						
		(1)	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**	**(6)**	**(7)**
1	สามี คิดว่าท่านควรคลอดทางช่องคลอด							
2	บิดา มารดา และญาติของท่าน คิดว่าท่านควรคลอดทางช่องคลอด							
3	....							
4	....							
5	....							

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด

คำอธิบาย แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความมั่นใจของท่านในการคลอดทางช่องคลอด

คำชี้แจง ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีระดับความคิดเห็นดังนี้

(1) ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านเลย

(2) ค่อนข้างไม่มั่นใจ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านค่อนข้างมาก

(3) ไม่มั่นใจเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านเล็กน้อย

(4) มั่นใจและไม่มั่นใจพอ ๆ กัน หมายถึง ข้อความนั้นไม่สามารถบอกความรู้สึกจริงของท่านได้ว่ามั่นใจหรือไม่มั่นใจ

(5) มั่นใจเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของท่านเล็กน้อย

(6) ค่อนข้างมั่นใจ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของท่านค่อนข้างมาก

(7) มั่นใจอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับของท่านทุกประการ

ข้อ	**ข้อความ**	**ระดับความคิดเห็น**						
		(1)	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**	**(6)**	**(7)**
1	ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถเบ่งคลอดได้ด้วยตนเอง							
2	ฉันมั่นใจว่าสามารถจัดการกับความเครียดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในห้องคลอดได้							
3	....							
4	....							
5	....							
6	....							
7	....							

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความกลัวการคลอด

คำอธิบาย แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในขณะคลอด

คำชี้แจง ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีระดับความคิดเห็นดังนี้

(1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด หรือไม่กลัวเลย

(2) ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย หรือกลัวเล็กน้อย

(3) เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง หรือกลัวปานกลาง

(4) เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากหรือกลัวมาก

(5) เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดหรือกลัวมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	ฉันกังวลกับความไม่แน่นอนเกี่ยวกับเวลาของการคลอด					
2	ฉันกลัวว่าการคลอดจะไม่เป็นไปตามที่ฉันคิดไว้					
3	....					
4	....					
5	....					
6	....					
7	....					
8	....					
9	....					
10	....					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความเห็น				
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11	....					
12	....					
13	....					

มหาวิทยาลัยบูรพา BURAPHA UNIVERSITY

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด

คำอธิบาย แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความมุ่งมั่นของท่านที่จะเลือกคลอดทางช่องคลอด

คำชี้แจง ขอท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความมุ่งมั่นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยมีระดับความตั้งใจ ดังนี้

(1) ไม่จริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านทุกประการ
(2) ไม่จริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
(3) ไม่จริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นบางส่วน
(4) ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นไม่สามารถบอกความคิดเห็นของท่านได้
(5) จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นบางส่วน
(6) จริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
(7) จริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทุกประการ

ข้อ	**ข้อความ**	**ระดับความคิดเห็น**						
		(1)	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**	**(6)**	**(7)**
1	ฉันคาดหวังว่าจะคลอดทางช่องคลอด							
2	....							
3	....							

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวมาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์
วัน เดือน ปี เกิด	12 มิถุนายน พ.ศ. 2541
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรปราการ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 23 หมู่ 11 ตำบลคลองด่าน อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2562 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2565 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยบูรพา
รางวัลหรือทุนการศึกษา	พ.ศ. 2563 ทุนโครงการพัฒนาผู้มีความรู้ความสามารถพิเศษเป็นอาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ.2560

BURAPHA UNIVERSITY