

การศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับการไม่มาฝากครรภ์ ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

ทัศนีย์ หล้าเนียม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ชั้นสูง)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาความทุกข์ของการไม่มาฝากครรภ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์
ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

ทำโดย นางสาวทศนีย์ หล้าเนียม

นางสาวทศนีย์ หล้าเนียม

ผู้วิจัย

1๕/๐๖๒๕๖ / สร/สภ.๕

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เขาวลัทธิ เสรีเสถียร,
พย. ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ปณดา ประทุม

รองศาสตราจารย์ปณดา ปริยทฤณ,

วท. ม. (วิทยาการระบาด)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อมลดา พงษ์อินทร

อาจารย์บรรณา พงษ์อินทร,

Ph. D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

สมาน ๑๑

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อ. สหะ

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph. D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์
ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2553

ทศนีย์ หล้าเนียม.

นางสาวทศนีย์ หล้าเนียม

ผู้วิจัย

1021111111

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมพร รตินธร,

Ph. D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

1021111111

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร,

พย. ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

1021111111

รองศาสตราจารย์ปนัดดา ปรียทฤณ,

วท. ม. (วิทยาการระบาด)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

1021111111

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph. D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

1021111111

อาจารย์วรรณ พานูวัฒนกร,

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

1021111111

รองศาสตราจารย์รัตนศิริ ทาโต,

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

1021111111

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ปณัฏา ปริยทฤณ และอาจารย์ ดร. วรรณา พาหุวัฒนกร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม สำหรับความช่วยเหลือเป็นอย่างดีในทุกๆ ด้าน ทั้งกำลังใจ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เอมพร รตินธร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ สำหรับคำแนะนำข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านสำหรับความกรุณาในการตรวจสอบ และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ หัวหน้าตึกหลังคลอด พยาบาลประจำการ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย สำหรับความร่วมมือและความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอบคุณเพื่อนร่วมสาขา รุ่นพี่ร่วมสาขาและต่างสาขา สำหรับคำปรึกษา กำลังใจ และมิตรภาพที่ดี และสำคัญที่สุดขอขอบคุณมารดาหลังคลอดทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่ามาเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ข้อมูลของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

กราบขอบพระคุณบิดาและมารดา ขอบคุณพี่ชาย น้องสาว และคุณประภาพรพัฒน์ พิชัยภัทรธราทร สำหรับการสนับสนุนช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน ทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ทัศนีย์ หล้าเนียม

การศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

THE STUDY OF PREVALENCE OF NO ANTENATAL CARE AND FACTORS ASSOCIATED WITH NO ANTENATAL CARE AMONG MOTHERS WHO DELIVERED AT HOSPITALS OF BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION

ทัศนีย์ หล้าเนียม 5037596 NSAM/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, พย.ค., ปณิดา ปรียทณ, วท.ม. (วิทยาการระบาด), วรรณ พาหุวัฒน์กร, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดจำนวนทั้งสิ้น 362 ราย ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย Chi-Square test และ Odds ratio ผลการวิจัยพบว่าความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรุงเทพมหานคร มีอัตราร้อยละ 9.39 และตัวแปรจำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 13.237, p < 0.001$; $\chi^2 = 14.041, p = 0.002$; $\chi^2 = 15.927, p < 0.001$; $\chi^2 = 7.794, p = 0.005$; $\chi^2 = 5.998, p = 0.014$; $\chi^2 = 15.785, p < 0.001$; $\chi^2 = 15.310, p < 0.001$) ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ พบว่า มารดาที่ไม่มาฝากครรภ์มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดเป็น 4.88 เท่า และมีคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาที่ 5 น้อยกว่า 7 คะแนนเป็น 15.77 เท่า ของมารดาที่มาฝากครรภ์ (OR = 4.88, 95%CI = 2.21-10.74; OR = 15.77, 95%CI = 2.54-98.01)

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขควรกำหนดให้มีนโยบายปฏิบัติการเชิงรุกให้บริการรับฝากครรภ์กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อให้บริการฝากครรภ์ทั่วถึงมากขึ้น

คำสำคัญ: ความชุก / การไม่มาฝากครรภ์ / ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ / มารดาหลังคลอด

THE STUDY OF PREVALENCE OF NO ANTENATAL CARE AND FACTORS ASSOCIATED WITH NO ANTENATAL CARE AMONG MOTHERS WHO DELIVERED AT HOSPITALS OF BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION

TASSANEE LUMNIUM 5037596 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : YAOWALAK SERISATHIEN, D.N.S., PANADDA PARIYATARIK, M.S. (EPIDEMIOLOGY), WANNA PHAHUWATANAKORN, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study was cross-sectional descriptive research which aimed at investigating the lack of antenatal care and the factors associated with the lack of antenatal care among postpartum mothers at hospitals under the Bangkok Metropolitan Administration. The study sample consisted of 362 postpartum mothers who delivered at a tertiary hospital under the Bangkok Metropolitan Administration. Data were collected by means of the demographic characteristics questionnaire, the attitudes toward pregnancy and antenatal care questionnaire, the access to healthcare and antenatal care questionnaire, and the social support questionnaire. Data were analyzed using Chi-square test and odds ratio. The findings revealed that the prevalence rate of the lack of antenatal care at a tertiary hospital under the Bangkok Metropolitan Administration was 9.39%. In addition, the number of living children, marital status, attitudes toward pregnancy and antenatal care, sufficiency of income, access to healthcare and antenatal care, medical reimbursements, and social support were associated with the lack of antenatal care among postpartum mothers with statistical significance ($\chi^2 = 13.237$, $p < 0.001$; $\chi^2 = 14.041$, $p = 0.002$; $\chi^2 = 15.927$, $p < 0.001$; $\chi^2 = 7.794$, $p = 0.005$; $\chi^2 = 5.998$, $p = 0.014$; $\chi^2 = 15.785$, $p < 0.001$; and $\chi^2 = 15.310$, $p < 0.001$, respectively). In regards to the pregnancy outcomes, it was found that mothers who lacked antenatal care had 4.88 times higher chances to have premature delivery and 15.77 times higher chances to have APGAR scores of their newborn infants. Five minutes after birth these scores were seven points lower than when compared to postpartum mothers who had antenatal care (OR = 4.88, 95% CI = 2.21-10.74 and OR = 15.77, 95% CI = 2.54-98.01, respectively).

Based on the findings of this study, it is recommended that public health administrators should devise a proactive policy to offer antenatal care among pregnant women with high risks from the lack of antenatal care who are living in the areas under their responsibility to ensure better access to antenatal care.

KEY WORDS: PREVALENCE/ LACK OF ANTENATAL CARE/ ASSOCIATED FACTORS/ POSTPARTUM MOTHERS

152 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	5
1.4 สมมติฐานการวิจัย	6
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
1.6 ขอบเขตการวิจัย	14
1.7 นิยามตัวแปร	15
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	17
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	18
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	18
2.2 พฤติกรรมการฝากครรภ์	23
2.3 การมาฝากครรภ์	23
2.4 การไม่มาฝากครรภ์	28
2.5 ความชุกของการไม่มาฝากครรภ์	28
2.6 ผลลัพธ์ของการไม่มาฝากครรภ์	28
2.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์และไม่มาฝากครรภ์	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
3.1 ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
3.2 สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	43
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	47
3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	48
3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	49
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 4 ผลการวิจัย	51
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	73
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	83
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	87
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	104
บรรณานุกรม	124
ภาคผนวก	133
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	134
ภาคผนวก ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย	135
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	146
ประวัติผู้วิจัย	152

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	52
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์จำแนกตามลักษณะของการตั้งครรภ์และการคลอด	56
3	แสดงจำนวน ร้อยละ ของมารดาหลังคลอด จำแนกตามลักษณะการมาฝากครรภ์และไม่มาฝากครรภ์	60
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของมารดาหลังคลอดจำแนกตามลักษณะการฝากครรภ์	61
5	จำนวน ร้อยละ ของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์จำแนกตามลักษณะอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์	63
6	จำนวน ร้อยละ ของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์จำแนกตามลักษณะภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดของมารดา	64
7	จำนวน ร้อยละ ของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์จำแนกตามลักษณะภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของมารดา	65
8	จำนวน ร้อยละ ของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์จำแนกตามลักษณะภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดของทารก	65
9	จำนวน ร้อยละ ของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์จำแนกตามลักษณะภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของทารก	66
10	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการไม่มาฝากครรภ์	67
11	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับการไม่มาฝากครรภ์	67
12	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับการไม่มาฝากครรภ์	68
13	ความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การตั้งครรภ์กับการไม่มาฝากครรภ์	69

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
14	ขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้าที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์	70
15	ขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์	70
16	แสดงขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์	71
17	แสดงขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างการไม่มาฝากครรภ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์	72

สารบัญรูปภาพ

แผนภูมิ		หน้า
1	ความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	8
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	14
3	ความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	22

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฝากครรภ์เป็นบริการพื้นฐานที่มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์นับได้ว่าเป็นขั้นตอนแรกเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์ ระยะของการเจ็บครรภ์ การคลอดคลอด และหลังคลอด (อุ๋นใจ กอนันตกุล, 2549) เป็นการเริ่มต้นดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งภาครัฐได้ให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวโดยเฉพาะบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันจะเห็นได้จากตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) มีการกำหนดเป้าหมายไว้ว่า สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์โดยเริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 โดยครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 1-27 สัปดาห์ ครั้งที่สองอายุครรภ์ 28-31 สัปดาห์ ครั้งที่สามอายุครรภ์ 32-35 สัปดาห์ และครั้งสุดท้ายอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ บุคลากรทางสุขภาพจะนัดตรวจ 4 สัปดาห์ต่อครั้งในระยะ 28 สัปดาห์แรก 2 สัปดาห์ต่อครั้งในระยะ 28-36 สัปดาห์และนัดทุกสัปดาห์หลังจากนั้นจนกว่าจะคลอด ส่วนสตรีตั้งครรภ์รายใดมีความเสี่ยงสูงหรือมีโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จะนัดตรวจครรภ์ถี่กว่าที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น (American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists, 1992; มนศักดิ์ ชูโชติรส, 2549) ซึ่งการฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ทราบว่าตั้งครรภ์ จะส่งผลดีทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ (Mikhail, 2000; Cunningham et al., 2001; ศิริพงษ์ สวัสดิ์มงคล, 2548) เนื่องจากการฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะได้รับการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์และเมื่อพบภาวะผิดปกติเกิดขึ้นจะได้รับการดูแลรักษาและแก้ไขอย่างรวดเร็วทันเวลาที่ก่อนที่จะได้รับอันตรายถึงชีวิต (Carroli, Rooney, and Villar, 2001 cited in Lumbiganon, Winiyakul, Chongsomchai, and Chaisiri, 2004) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่า อัตราตายของมารดาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์จะลดลงเมื่อมีการดูแลรักษาที่ดีขณะตั้งครรภ์ (Harper et al., 2003) และจากรายงานการศึกษาที่พบว่า กลุ่มสตรีที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีกว่ากลุ่มสตรีที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์หรือไม่ได้รับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Amornprakas, 2005)

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า สตรีที่ได้รับการตรวจครรภ์และได้รับการดูแลระหว่างการตั้งครรภ์อย่างถูกต้องสม่ำเสมอจะช่วยให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปด้วยดี (สมทรง เพ็งสุวรรณ, 2547)

และในกรณีที่การตั้งครุฑดำเนินไปตามกลไกปกติ การฝากครุฑจะช่วยป้องกันและส่งเสริมให้มารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดการตั้งครุฑ ต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอด เนื่องจากการดาจะได้รับความรู้โดยการแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่หน่วยฝากครุฑจัดขึ้นซึ่งจะมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบเพื่อความเหมาะสมกับสตรีตั้งครุฑในแต่ละราย เช่น กิจกรรมเพื่อปรับบทบาทการเป็นมารดาในสตรีครรภ์แรกหรือสตรีตั้งครุฑวัยรุ่น กิจกรรมเตรียมตัวก่อนคลอดเพื่อให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม และกิจกรรมการเลี้ยงดูทารกแรกเกิดรวมถึงการวางแผนครอบครัวหลังคลอด เป็นต้น

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการฝากครุฑจะส่งผลดีดังกล่าว แต่มีสตรีตั้งครุฑจำนวนไม่น้อยที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการฝากครุฑแม้แต่ครั้งเดียว จะเห็นได้จากสถิติการคลอดรวมทั้งหมดของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ สังกัดกรุงเทพมหานคร ในปีพ.ศ. 2551 ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลตากสิน พบว่า มีสตรีที่มาคลอดบุตรโดยไม่ได้ฝากครุฑ ร้อยละ 3.86, 5.90, 6.25 และ 6.39 ตามลำดับ (สถิติการคลอดของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล, โรงพยาบาลกลาง, และโรงพยาบาลตากสิน, 2551) จำนวนดังกล่าวนับได้ว่าเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูง

การที่สตรีตั้งครุฑไม่เข้ารับบริการฝากครุฑจะส่งผลเสียเป็นอย่างมากทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์รวมไปถึงบุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยผลเสียต่อสตรีและทารกในครรภ์ จะทำให้ขาดโอกาสได้รับความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครุฑ ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ ไม่ได้รับยาบำรุงร่างกายและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะตั้งครุฑ ขณะคลอด และหลังคลอด ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย (Heaman, Newburn-Cook, Green, Elliott, and Helewa, 2008; สมรักษ์ วงศ์สังข์, 2541) โดยพบทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยถึงร้อยละ 10.2 (Supphalek, 1983) ซึ่งสูงเป็น 2.0 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ได้รับการฝากครุฑ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และ คมคาย นาอะปะท, 2528) ส่วนในระยะคลอดการไม่ฝากครุฑเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้าวยรกในระยะที่ 3 ของการคลอด (Owolabi et al., 2008) และในระยะหลังคลอด พบว่า มีการตายของทารกปริกำเนิดสูงเป็น 2.11 และ 2.34 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่มีการฝากครุฑครบตามเกณฑ์ (ทวิวรรณ ศรีสุขคำ, 2537; ทัศนีย์ ทิพย์ไสยาสน์ 2532) และเพิ่มอัตราตายของทารกจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และการตั้งครุฑเกินกำหนด (Vintzileos, Ananth, Smulian, Scorza, and Knuppel, 2002) การทำงานของรกบกพร่องนับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้เช่นกันจะพบได้บ่อยในมารดาที่ไม่ได้ฝากครุฑหรือฝากครุฑแต่ไม่สม่ำเสมอ (อำพร โอนอ่อน, พรธนา เพื่อสัมพันธ์, และ แสงจันทร์ เพ็ชรแก้ว, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ

เชน เวิน ยัง และวอล์กเกอร์ (Chen, Wen, Yang, and Walker, 2007) ที่พบว่า อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดจะเพิ่มขึ้นถ้าได้รับการดูแลก่อนคลอดไม่เพียงพอ และเมื่อการตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า โรคหัวใจ โรคปอด ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคไต ครรภ์เป็นพิษ มีประวัติคลอดทารกก่อนกำหนด และคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ (Schoeps et al., 2007) นอกจากนี้ การไม่ฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ที่สูงมากกับการเกิดภาวะชัก (Abi-Said, Annegers, Combs-Cantrell, Frankowski, and Willmore, 1995) และเป็นปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้อีก ได้แก่ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และภาวะติดเชื้อ (พัฒนาสติปัญญา, 2548) ส่วนผลเสียต่อบุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงาน คือ ไม่สามารถเตรียมการดูแลและให้การพยาบาลต่อสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันทีที่ เป็นต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์มีหลายประการจะเห็นได้จากการศึกษาในปัจจัยที่สามารถทำนายการมาใช้บริการฝากครรภ์ที่สถานอนามัย ได้แก่ ข่าวสารที่ได้รับ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ความพึงพอใจต่อการบริการการฝากครรภ์ อาชีพ และการศึกษา โดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับข้อมูลการดูแลตนเองน้อยจากผู้ให้บริการทางสุขภาพมีแนวโน้มที่จะมารับบริการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เป็น 7.5 เท่า ของผู้ที่ได้รับข้อมูล และพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติการแท้งบุตรและตกเลือดหลังคลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ (Erlindawati, Chompikul, and Isaranurug, 2008) ขณะเดียวกันอายุและความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี จะมีโอกาสมารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์เป็น 3.18 เท่า ของกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนความเพียงพอของรายได้พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท มีโอกาสมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์เป็น 2.1 เท่าของรายได้ต่อเดือนที่น้อยกว่า 10,000 บาท (Koktatong, 2002) โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ผ่านการคลอดบุตรมาแล้วหลายครั้ง มีระดับการศึกษาต่ำ อยู่กับสามีโดยไม่ได้แต่งงาน หรือมีสถานภาพสมรสหย่า หย่า แยก สูบหรี่ มีรายได้ครอบครัวต่ำ และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลของรัฐเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอ (Coimbra et al., 2007) เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ โอโวลาบิ และคณะ (Owolabi et al., 2008) ที่พบว่า มารดาที่ไม่มาฝากครรภ์จะพบมากในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาและชนชั้นทางสังคมต่ำ มีจำนวนครั้งในการคลอดบุตรสูง ขณะที่ วัชร วัชรมัย (2532) พบว่า รายได้ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์และไม่สามารถอธิบายการฝากครรภ์ได้ ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูง พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเข้ารับบริการฝากครรภ์ (Brown, Sohani, Khan, Lilford, and Mukhwana, 2008) และในกรณีที่มีสถานภาพสมรสหย่า แยก หรือหย่า จะไม่มาฝากครรภ์มากกว่ากลุ่มอื่นๆ อีกทั้งการย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัยขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบันมาก จะทำให้มีการฝากครรภ์ครบตาม

เกณฑ์น้อยลง (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535) สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรินห์ ดิบเบลย์ และบายเลส (Trinh, Dibley, and Byles, 2007) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ไม่เพียงพอ ได้แก่ มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คน ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล และเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย มีประสบการณ์ที่พึงพอใจน่ายินดีและมีการวางแผนการตั้งครรภ์ จะเข้ารับบริการฝากครรภ์มากกว่ากลุ่มอื่นๆ (Mikhail, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกิจ พรหมรับ (2541) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลมีโอกาสเสี่ยงต่อการมาฝากครรภ์ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ระยะทางจากบ้านพักอาศัยถึงสถานบริการทางสาธารณสุขเกินกว่า 5 กิโลเมตรเป็นปัจจัยทำให้มีการฝากครรภ์น้อยลง (Brown et al., 2008) และพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาอิสลามจะไม่มาฝากครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาพุทธ (สุดา ภูทอง, 2529) ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อและมีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์จะสามารถปรับตัวและปฏิบัติตนได้เหมาะสมตั้งครรภ์ (วัฒนา ศรีพจนารถ, 2543) อีกทั้งถ้าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากสามีและญาติจะช่วยให้มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากยิ่งขึ้น (อรุณี พึ่งแพง, 2544)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฝากครรภ์มีหลายประการ แต่ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งถือได้ว่าเป็นความเจริญ มีสถานบริการด้านสุขภาพที่ทันสมัยเป็นจำนวนมากและกระจายอยู่ทั่วกรุงเทพมหานครทั้งที่เป็นสถานบริการของรัฐและเอกชน แต่ยังคงพบว่ามีสตรีที่มากลอดบุตรโดยไม่เข้ารับบริการการฝากครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิดในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของ กรีน ครูเทอร์ ดีดส์ และพาร์ทริดจ์ (Green, Kreuter, Deeds and Partridge, 1980) ซึ่งกล่าวถึงปัจจัย 3 ประการที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยตัวแปรในปัจจัยนำ ประกอบด้วยความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติและความมั่นใจ ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่มีความเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดที่นำมาศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส และทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ขณะที่ความรู้ ความเชื่อ และความมั่นใจ ไม่ได้นำมาศึกษาเนื่องจากทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่าความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์ (Koktatong, 2002) ถึงแม้ว่าการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำและอธิบายการผันแปรของการฝากครรภ์ได้ไม่ถึงร้อยละ 1 ส่วนความเชื่อและความมั่นใจเป็นตัวแปรที่มีความใกล้เคียงกับทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์

ส่วนตัวแปรในปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล และตัวแปรในปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม อย่างไรก็ตาม ปัจจัยดังกล่าวเป็นเพียงสมมติฐานของผู้วิจัยที่ตั้งขึ้นบนหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งยังไม่มี การแสดงข้อมูล เหล่านี้ให้เห็นอย่างชัดเจน ดังนั้นเพื่อให้เกิดความกระจ่างชัดมากขึ้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความชุกของการไม่ มาฝากครรภ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ ความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การตั้งครรภ์ กับการไม่มาฝากครรภ์ ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้แก่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการ วางแผนให้การดูแลและจัดระบบการให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับได้อย่างเหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มที่คลอดบุตรโดยไม่ได้เข้ารับบริการฝากครรภ์

คำถามการวิจัย

1. ความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร
2. มีปัจจัยใดบ้าง ที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
3. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์ เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพ สมรส ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและ การฝากครรภ์ สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการไม่มาฝากครรภ์ของ มารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในการไม่มาฝากครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การมาฝากครรภ์หรือไม่มาฝากครรภ์ถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ PRECEDE FRAMEWORK มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดย กรีน และคณะ (Green et al., 1980) กล่าวถึงขั้นตอนองค์ประกอบของ PRECEDE FRAMEWORK ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 พิจารณาถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิต โดยประเมินจากปัญหาทั่วไปของสังคมในกลุ่มประชากรเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วย นักเรียน นักศึกษา ผู้ใช้แรงงาน หรือผู้บริโภค ประเภทของปัญหาสังคมได้ให้ประสบการณ์กับชุมชนโดยรวมจึงถือได้ว่าเป็นเครื่องวัดการเปลี่ยนแปลงที่ดีของคุณภาพชีวิต

2. ขั้นตอนที่ 2 จำแนกปัญหาสุขภาพ ที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งส่งเสริมให้เกิดปัญหาทางสังคมมากยิ่งขึ้น โดยได้จากการบันทึกในขั้นตอนที่ 1 ทั้งนี้ นักการศึกษาทางด้านสุขภาพ จะทำการจัดลำดับปัญหาสุขภาพที่มีอยู่มากมายและคัดเลือกปัญหาสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง และเห็นสมควรมากที่สุด โดยการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีและข้อมูลที่เกิดขึ้นจากการสืบค้นที่มีความเหมาะสม ร่วมกับการศึกษาทางระบาดวิทยาและการค้นพบทางการแพทย์

3. ขั้นตอนที่ 3 จำแนกปัญหาสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และปรากฏให้เห็นว่ามีความเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพที่ได้ถูกคัดเลือก สมควรได้รับการดูแลเอาใจใส่มากที่สุด ในขั้นตอนที่ 2 นอกจากนี้มีสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ได้แก่ เศรษฐฐานะ พันธุกรรม และปัจจัยสิ่งแวดล้อม แต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาพ

4. ขั้นตอนที่ 4 พื้นฐานของงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทำให้สามารถจำแนกปัจจัยที่มีความเป็นไปได้ต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งปัจจัยนำประกอบด้วย คุณลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ แรงจูงใจของบุคคลเกี่ยวกับความสะดวกหรืออุปสรรคสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยเอื้ออาจพิจารณาถึงอุปสรรคจากแรงทางสังคมหรือจากระบบ ข้อจำกัดของความสะดวก ทรัพยากรในชุมชนที่ไม่เพียงพอ

ต่อจำนวนประชากร การขาดรายได้หรือสิทธิในการรักษาพยาบาลและข้อจำกัดทางด้านกฎหมายและสถานภาพ ส่วนปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับการสะท้อนกลับเมื่อได้รับจากบุคคลอื่น ผลลัพธ์อาจจะเกิดการสนับสนุนหรือขัดขวางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็เป็นได้ ซึ่งขั้นตอนที่ 4 นี้จะมีผลกระทบโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมที่ได้เลือกไว้ในขั้นตอนที่ 2

5. ขั้นตอนที่ 5 การศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม จะเกิดขึ้นอย่างอิสระซึ่งนักการศึกษาได้นำเข้ามาอยู่ในขั้นตอนที่ 5 ของ PRECEDE โดยในขั้นตอนนี้จะมีการตัดสินใจอย่างแน่ชัดว่าปัจจัยที่เกิดขึ้นทั้ง 3 กลุ่มจะเป็นจุดสำคัญในการสร้างแนวปฏิบัติซึ่งการตัดสินใจจะอยู่บนพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่สำคัญและทรัพยากรที่มีอยู่

6. ขั้นตอนที่ 6 การจัดการที่ตรงกับปัญหาและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ จะทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรม

7. ขั้นตอนที่ 7 การรวบรวมและประเมินผลขั้นสุดท้าย ซึ่งจะประเมินผลอย่างสมบูรณ์และพิจารณาส่วนที่ต่อเนื่องของงานทั้งหมด

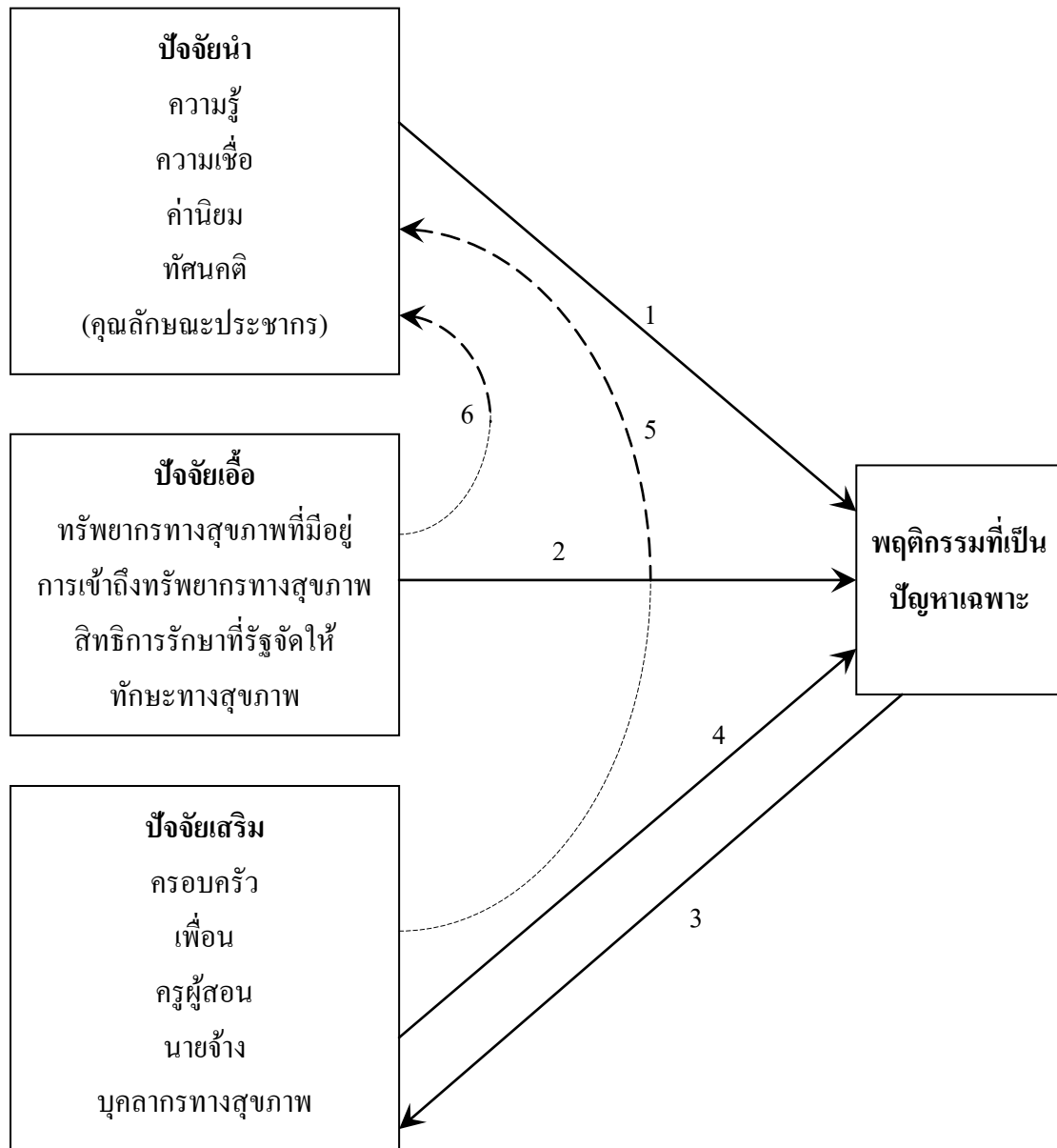
การวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพตาม PRECEDE FRAMEWORK จำแนกออกได้เป็น 3 กลุ่ม (Green et al., 1980) ได้แก่

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยแรก ที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรม โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของเหตุผลและแรงจูงใจ ประกอบด้วยความรู้ (Knowledge) ความเชื่อ (Beliefs) ค่านิยม (Values) ทักษะ (Attitudes) และปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร (Population characteristics) ได้แก่ สถานภาพทางสังคม อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว เป็นต้น

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง ปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรม โดยพิจารณาจากแรงจูงใจ ความปรารถนาที่จะทำให้เกิดความเข้าใจหรือการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ทักษะ ของบุคคล และทรัพยากร ซึ่งได้แก่ สิ่งเอื้ออำนวยในการรักษาสุขภาพ บุคคล โรงเรียน คลินิก และทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง ปัจจัยซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการเกิดพฤติกรรม ต่อเนื่องไปจนถึงการได้รับสิ่งตอบแทน สิ่งกระตุ้น หรือการลงโทษสำหรับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง โดยสนับสนุนให้มีอยู่ต่อไปหรือไม่ก็ยกเลิกพฤติกรรมนั้น ได้แก่ ประโยชน์ที่ได้รับจากสังคม วัตถุและการคาดการณ์ที่เป็นจริงหรือรางวัลที่ได้รับทดแทนจากครอบครัว เพื่อน ครู นายจ้าง และบุคลากรทางสุขภาพ

ทั้งนี้ปัจจัยทั้ง 3 ประการดังกล่าว ซึ่งนับได้ว่ามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ สามารถแสดงในรูปแบบของความสัมพันธ์ได้ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ที่มา Green, et al. (1980)

ทั้งนี้การใช้ PRECEDE FRAMEWORK ในการศึกษาจะได้ประโยชน์ในการนำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปตามที่ต้องการมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับขั้นตอนการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมซึ่งสามารถจำแนกปัจจัยเหล่านั้นออกได้เป็น 3 ประเภทคือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) โดยแต่ละประเภทจะมีผลมาจากลักษณะที่แตกต่างและเป็นที่ยอมรับกันว่าพฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของ

บุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ประเภท ดังนั้นในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องใดก็ตามจะต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวร่วมกันเสมอ ไม่ใช่คำนึงถึงเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้นและจะต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้นก่อน (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, และ เกลิมพล ต้นสกุล, 2550) ดังนั้นในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยจึงได้นำเฉพาะขั้นตอนที่ 4 มาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยแต่ละปัจจัยจะมีความแตกต่างกัน และมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ (Green et al., 1980)

จากแผนภูมิที่ 1 อธิบายได้ว่า ปัจจัยนำเป็นปัจจัยพื้นฐานหรือปัจจัยเริ่มต้นที่มีอิทธิพลก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วยความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะ ทศคติ ความมั่นใจ และปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว เป็นต้น สำหรับปัจจัยเอื้อประกอบด้วย แหล่งทรัพยากรทางสุขภาพที่มีและเข้าถึงได้ สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสวัสดิการของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรเอกชนที่สนับสนุนค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพรวมทั้งทักษะที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ และปัจจัยเสริมเป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ทั้งที่เป็นรางวัล ผลตอบแทน และการลงโทษ โดยได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ครู หัวหน้างาน บุคลากรทางสุขภาพ หัวหน้าชุมชน และผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ นอกจากนี้ปัจจัยเสริมยังมีผลกระทบต่อปัจจัยเอื้อและปัจจัยนำ ส่วนปัจจัยเอื้อก็มีผลกระทบต่อปัจจัยนำเช่นกัน ผลกระทบดังกล่าวจะนำไปสู่พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล

จากความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยทั้ง 3 ประการมาศึกษา โดยได้คัดเลือกเฉพาะตัวแปรจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่า มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดที่นำมาศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำตัวแปรความรู้ ความเชื่อ และความมั่นใจ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกรอบแนวคิดในปัจจัยนำมาศึกษาเนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์ในระดับต่ำ และมีบางงานวิจัยพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์ ส่วนความเชื่อและความมั่นใจมีลักษณะใกล้เคียงและคล้ายคลึงกับทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ดังนั้นจึงไม่ได้นำมาศึกษาเช่นกัน ปัจจัยนำที่นำมาศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส และทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **ปัจจัยนำ** ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยนำใน 5 ตัวแปร คือ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส และทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 อายุแสดงถึงการมีวุฒิภาวะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในระยะตั้งครรภ์โดยมารดาที่มีอายุน้อยพัฒนาการทางด้านจิตใจและอารมณ์จะอาศัยข้อมูลและประสบการณ์เป็นพื้นฐานซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่วนมารดาที่มีอายุน้อยพัฒนาการทางด้านอารมณ์และจิตใจยังไม่ดีพอ การตัดสินใจจึงอาศัยอารมณ์เป็นพื้นฐานในเบื้องต้น ทำให้ขาดการไตร่ตรอง ขาดความรอบคอบ ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยจะเห็นได้จากรายงานการศึกษาของ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และ สุชาดา สุวรรณคำ (2535) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับบริการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่ามีการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า อย่างไรก็ตามจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยหรือมากจะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทิศทางใด เนื่องจากมีรายงานการศึกษา ที่พบว่า อายุของสตรีไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ (น้ำเพชร อาภากร ณ อยุธยา และ คณะ., 2520) และ ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรุณี พึ่งแพง, 2544) รวมทั้งไม่สามารถอธิบายการฝากครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ได้ (วัชรวิ วัชรมัย, 2532) ทั้งอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกและจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ (ดวงพร จินตโนทัยถาวร, 2536) ดังนั้นเพื่อความกระจ่างชัดของข้อมูล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในตัวแปรอายุมีความสัมพันธ์หรือไม่กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอด

1.2 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นพื้นฐานและองค์ประกอบที่สำคัญต่อการพัฒนาการรับรู้ของบุคคลทำให้มีความรอบรู้มากขึ้น มีโอกาสในการค้นคว้าหาแหล่งความรู้และแหล่งสนับสนุนด้วยตนเองได้อย่างกว้างขวาง โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองได้ดี เนื่องจากการศึกษาจะทำให้บุคคลมีโอกาสดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองระหว่างตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (วัฒนา ศรีพจนารถ, 2543) อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์ที่ดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำเนื่องจากมีรายงานการศึกษาที่ระบุว่าระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรุณี พึ่งแพง, 2544) และ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในตัวแปรระดับการศึกษามีความสัมพันธ์หรือไม่กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอด

1.3 จำนวนบุตรมีชีวิต จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบันมีผลต่อการปฏิบัติตนของสตรีในระหว่างตั้งครรภ์ เนื่องจากสตรีที่มีประสบการณ์ผ่านการคลอดมาแล้วหลายครั้งและบุตรยังมีชีวิตอยู่จะมีความสามารถที่ดีในการปรับตัวระหว่างตั้งครรภ์ อีกทั้งการคลอดครั้งก่อนๆ ไม่มีปัญหาอะไรให้วิตกกังวล จึงทำให้มีการฝากครรภ์ลดลงกว่าสตรีที่มีบุตรครั้งแรก โดยจะเห็นได้จากรายงานการศึกษาที่พบว่า จำนวนบุตรมีชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตในปัจจุบันมากกว่า จะมีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตในปัจจุบันน้อยกว่า (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535; อรุณี พึ่งแพง, 2544) ขณะเดียวกันมีรายงานการศึกษาที่ระบุว่า จำนวนบุตรมีชีวิตมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (วัชร วัชรมัย, 2532) และการศึกษาในตัวแปร จำนวนบุตรมีชีวิต พบว่า มีการศึกษาเฉพาะลักษณะความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในตัวแปรจำนวนบุตรมีชีวิต มีความสัมพันธ์หรือไม่กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอด

1.4 สถานภาพสมรส บ่งชี้ถึงสถานะของครอบครัวมีผลต่อความรู้สึกทางด้านจิตใจ โดยสตรีตั้งครรภ์มีสถานภาพสมรสคู่และมีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี จะช่วยให้การปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งตรงข้ามกับสตรีตั้งครรภ์ที่แยกกันอยู่กับสามีและมีชีวิตสมรสที่ล้มเหลวขาดสามีดูแลและให้กำลังใจ จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติไม่ดีต่อตนเองและทารกในครรภ์ซึ่งจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องเหมาะสม (อุษา ฤทธิ์ประเสริฐ, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีสามีจะไม่ต้องการบุตรจึงทำให้ไม่มาฝากครรภ์ ทั้งนี้เพื่อความกระง่ายซัดของข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในตัวแปรสถานภาพสมรสว่ามีความสัมพันธ์หรือไม่กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอด

1.5 ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ มีข้อมูลบ่งชี้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์จะมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับดี (อรุณี พึ่งแพง, 2544) และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับบริการฝากครรภ์ (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผลของการศึกษาที่นำมาทบทวนเป็นไปในทางบวก ซึ่งหากสรุปว่าตัวแปรทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับบริการฝากครรภ์ ยังไม่สามารถสรุปผลได้อย่างชัดเจนมากนักเนื่องจากรูปแบบการศึกษาจะเน้นเฉพาะประเด็นความสัมพันธ์ของการมาฝากครรภ์ที่ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาในตัวแปรทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์หรือไม่กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอด

2. ปัจจัยเอื้อ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยเอื้อใน 3 ตัวแปร ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ และสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ความเพียงพอของรายได้ สตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ประจำและเพียงพอต่อการดำรงชีวิตเป็นตัวแปรสำคัญที่จะมารับบริการฝากครรภ์ได้อย่างสม่ำเสมอและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่จำเป็นได้ เช่น ภาวะด้านโภชนาการและการพักผ่อน (พวงน้อย สาครรัตนกุล, และ จันทิมา ขนบดี, 2547) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท มีโอกาสมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 2.1 เท่าของกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (Koktatong, 2002) อย่างไรก็ตามมีรายงานการศึกษาที่พบว่า รายได้ต่อเดือนของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการฝากครรภ์ (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535) รวมทั้งไม่สามารถอธิบายการฝากครรภ์ได้ (วัชรวิ วัชรมัย, 2532) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในตัวแปรความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์หรือไม่กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอด

2.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ มีรายงานการศึกษาที่พบว่า ระยะทางจากบ้านพักอาศัยถึงสถานบริการรับฝากครรภ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Brown et al., 2008) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีความสะดวกในการมาฝากครรภ์ จะมีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความสะดวกน้อยกว่า (อรุณี พึ่งแพง, 2544) ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535) จากข้อมูลที่ยกขมมาจะเห็นได้ว่าการศึกษเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ พบว่า ยังไม่ครอบคลุมแนวคิดของเพ็นชานสกายและ โทมัส (Penchansky, and Thomas, 1984) และแนวคิดของ คลาร์ก (Clark, 1996) ซึ่งผู้วิจัยนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนั้นจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในตัวแปรการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ โดยครอบคลุมแนวคิดดังกล่าว

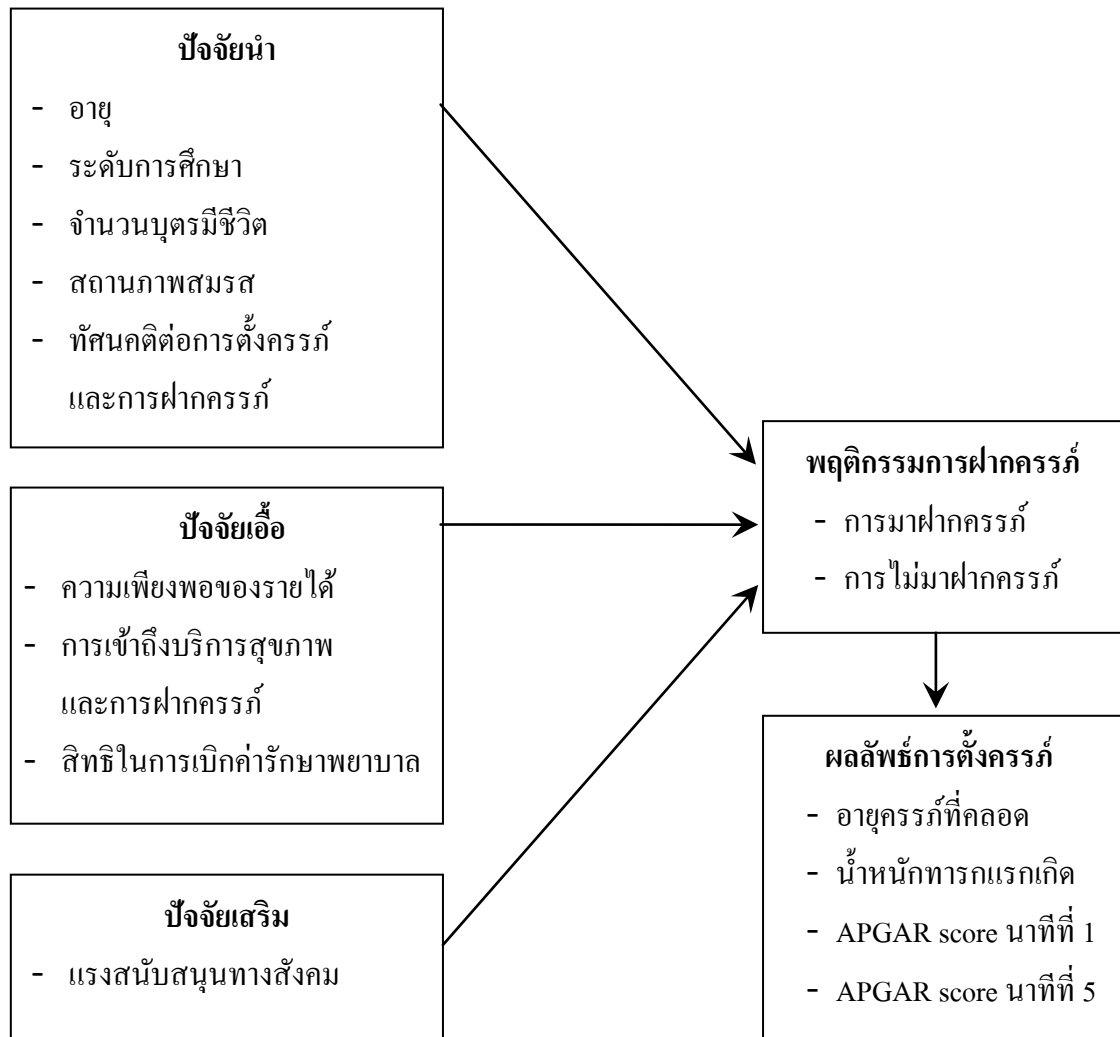
2.3 สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล นับว่าเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานทางสาธารณสุข ได้แก่ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม และการเบิกจ่ายตรงกับหน่วยงานต้นสังกัด เป็นต้น โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล เป็นตัวแปรหนึ่งที่จะทำให้ตัดสินใจเข้ารับบริการการฝากครรภ์ได้ง่ายกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ซึ่งจะเห็นได้จากรายงานการศึกษาที่พบว่า ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่เสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการฝากครรภ์มากกว่าจะมีการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่าสตรีที่เสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการต่ำกว่า (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535) ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีอุปสรรคทางการเงิน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุดา ภูทอง, 2529) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการศึกษาในตัว

ประสิทธิภาพในการเบิกค่ารักษาพยาบาล มีการศึกษาเฉพาะประเด็นที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ ซึ่งไม่ตรงวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ดังนั้นจึงได้หยุดยักตัวแปรสถิติในการเบิกค่ารักษาพยาบาลมาศึกษาเพื่อหาข้อสรุปว่ามีความสัมพันธ์หรือไม่กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอด

3. ปัจจัยเสริม เป็นการสนับสนุนหรือส่งเสริมกิจกรรมทางสุขภาพจากครอบครัวเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ครู ผู้ป่วยด้วยกัน และบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมทางสุขภาพในที่นี้หมายถึง การมารับบริการฝากครรภ์ โดยผู้วิจัยนำตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมมาศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ครู หัวหน้างาน สตรีตั้งครรภ์ด้วยกัน บุคลากรทางสุขภาพ และบุคคลอื่นๆ ในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อสตรีตั้งครรภ์ โดยการสนับสนุนและการส่งเสริมได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์ และสามารถเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (วัฒนา ศรีพจนารถ, 2543) อย่างไรก็ตามมีบางรายงานการศึกษาที่ระบุว่าแรงสนับสนุนทางสังคมของสามีไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์หรือไม่กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอด

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำตัวแปรในแต่ละปัจจัยมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ของมารดาที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มาคลอดบุตรและพักอยู่ในตึกหลังคลอดของ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

นิยามตัวแปร

ความชุก หมายถึง ตัวเลขที่แสดงถึงอัตราการไม่มาฝากครรภ์ของสตรีที่มาคลอดบุตรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ คิดเป็นจำนวนร้อยละ ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปี นับตั้งแต่มารดาหลังคลอดเกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูล กรณีเศษอายุเกิน 6 เดือนให้ปัดเป็น 1 ปีเต็ม

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับชั้นสูงสุดที่สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการและทบวงมหาวิทยาลัยหรือเทียบเท่าของมารดาหลังคลอด

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพโสด คู่หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ ของมารดาหลังคลอด

ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของมารดาหลังคลอด เกี่ยวกับรายได้ทั้งหมดของครอบครัวที่ได้รับต่อเดือน มีความสอดคล้องกับจำนวนรายจ่าย

จำนวนบุตรมีชีวิต หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ของมารดาหลังคลอด โดยไม่นับรวมบุตรคนปัจจุบันที่เพิ่งคลอด

ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกที่มีต่อทารกในครรภ์ และความรู้สึกที่มีต่อการมาฝากครรภ์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของ อรุณี พึ่งแพง (2544) และแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของ วันเพ็ญ กุลนริศ (2530) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนกัน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ

สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล หมายถึง สวัสดิการอย่างหนึ่งของรัฐ รัฐวิสาหกิจ และองค์กรเอกชนที่ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพแก่บุคลากรในองค์กร

การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ หมายถึง ความคิดเห็นของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับความพอเพียง การเข้าถึงบริการ ความสะดวก ความสามารถในการใช้บริการ การยอมรับในบริการ และการใช้บริการการฝากครรภ์ มีรายละเอียดดังนี้

1. ความพอเพียง (Availability) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณของบริการที่มีอยู่กับปริมาณความต้องการของผู้ป่วย หมายถึง ความเพียงพอของแพทย์ ทันตแพทย์ บุคลากรทางสุขภาพ จำนวนของคลินิกและโรงพยาบาล รวมทั้งแผนกที่ให้บริการเฉพาะทาง ได้แก่ การดูแลทางด้านจิตใจ อุบัติเหตุฉุกเฉิน และการฝากครรภ์ เป็นต้น

2. การเข้าถึงบริการ (Accessibility) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่ตั้งของโรงพยาบาล และที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงการเดินทาง ทั้งระยะทาง และระยะเวลา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

3. ความสะดวก (Accommodation) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของแหล่งที่ให้บริการ โดยได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย ประกอบด้วย ระบบการนัด เวลาในการตรวจ ความสะดวกในการรับบริการ และการให้บริการทางโทรศัพท์กับความสามารถของผู้ป่วยที่สะดวกมาตามนัดของแพทย์

4. ความสามารถในการใช้บริการ (Affordability) เป็นความสัมพันธ์ในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรับบริการกับรายได้ของผู้ป่วยที่สามารถจะจ่ายได้รวมถึงสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยมีอยู่

5. การยอมรับในบริการ (Acceptability) เป็นความสัมพันธ์ของผู้ป่วยทางด้านทัศนคติที่มีต่อบุคลิกลักษณะและการปฏิบัติตนของผู้ให้บริการทางสุขภาพรวมถึงคุณภาพของบริการและการรับรู้ถึงความคุ้มค่าของบริการกับราคา

6. การใช้บริการการฝากครรภ์ หมายถึง การเข้ารับบริการการตรวจครรภ์ที่สถานบริการทางสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนเมื่อมีการตั้งครรภ์หรือมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์

ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินโดยแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ คลาร์ก (Clark, 1996) ร่วมกับ เพนชานสกาย และ โทมัส (Penchansky, and Thomas, 1984) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 19-76 คะแนน

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่มารดาหลังคลอดรับรู้ว่าจะได้รับความรัก ความผูกพัน และการยอมรับจากครอบครัว รวมทั้งบุคคลอื่นๆ ในสังคม เกิดความมีคุณค่าในตนเองและนำมาซึ่งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านสถานะจิตใจ อารมณ์ ทรัพย์สิน วัตถุสิ่งของ แรงงาน ข้อมูล ข่าวสาร โดยจำแนกการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ชนิด ได้แก่

1. ความใกล้ชิดและความรักใคร่ผูกพันซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์โดยรวมทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย

2. การมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับและมีคุณค่าต่อสังคม

3. การมีโอกาสให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเป็นการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น

4. การได้รับการยอมรับซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น

5. การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ และกำลังใจ
ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยคะแนนรวมแรงสนับสนุนทางสังคมจากแบบสอบถามการ
มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ของแบรนด์ท์ และไวเนอร์ท (Brandt, and Weinert, 1981) แปล
เป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ มีช่วงคะแนนอยู่
ระหว่าง 21-105 คะแนน

พฤติกรรมการฝากครรภ์ หมายถึง การที่มารดาเข้ารับบริการตรวจครรภ์กับแพทย์พยาบาล
พนักงานอนามัย หรือผดุงครรภ์ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เฝ้าระวังและให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่
เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ให้การตั้งครรภ์และการคลอดดำเนินไปด้วยความปลอดภัยทั้งมารดาและบุตร
ประเมินจากหลักฐานบันทึกไว้ในใบฝากครรภ์ แบ่งเป็น การมาฝากครรภ์ และการไม่มาฝากครรภ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ฝ่ายบริหาร สามารถนำผลของการศึกษามาวางแผน เพื่อกำหนดแนวนโยบายเชิงรุก
เพื่อให้การดูแลแก่สตรีตั้งครรภ์ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ครอบคลุมมากขึ้น
2. ฝ่ายปฏิบัติการ ที่มีหน้าที่ปฏิบัติงานในเชิงรุกระดับปฐมภูมิสามารถนำผลการศึกษา
มาวางแผนในการให้บริการฝากครรภ์ในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงกับการไม่มาฝากครรภ์ให้ได้รับการบริการ
ฝากครรภ์อย่างทั่วถึง
3. เป็นแนวทางเพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลให้แก่มารดาหลังคลอดได้ตระหนักถึง
ความสำคัญของการมารับบริการฝากครรภ์ในครรภ์ต่อไป
4. เพื่อนำผลของการศึกษาเป็นแนวทางในการศึกษาและวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
ต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) เพื่อศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดา ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
2. พฤติกรรมการฝากครรภ์
 - 2.1 การมาฝากครรภ์
 - 2.2 การไม่มาฝากครรภ์
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์และไม่มาฝากครรภ์

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้ให้นิยามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้มีรายละเอียดดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2538)

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริมป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นจะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่

เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และ พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (ยาวลักษณ์ อนุรักษ์ และ คณะ., 2542)

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการ แสดงออกของบุคคลในการกระทำหรือเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยปัจจัยภายใน และภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคิด ปัจจัยทางด้านประชากร ความยากง่าย ของการเข้ารับบริการสาธารณสุข เครื่องมือทางสังคม การได้รับสิ่งกระตุ้น หรือการลงโทษภายหลังการเกิด พฤติกรรม และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม เพื่อจุดประสงค์ในการ ส่งเสริมป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพ

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบไปด้วย 3 ส่วน (เฉลิมพล ดันสกุล, 2541) ได้แก่

1. พฤติกรรมด้านความรู้ / พุทธิปัญญา (cognitive domain) หมายถึง สิ่ง que แสดงให้รู้ว่า บุคคลนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคต่างๆ อย่างไร ซึ่งพฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ การจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ เช่น การบอก ถึงหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ และอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค เป็นต้น
2. พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (affective domain) หมายถึง สภาพ ความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยพฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวกับความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบบริโภคยาสูบกำลัง ความรู้สึกไม่ชอบ บริโภคผัก เป็นต้น
3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (psychomotor domain) หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมา เกี่ยวข้องกับการใช้ความสามารถ โดยแสดงออกทางร่างกาย การปฏิบัติที่แสดงออกและสามารถสังเกต ได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์ หรือบุคลากร สาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ เฉลิมพล ดันสกุล (2541) จำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ มี รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (positive behavior) หมายถึง พฤติกรรม ที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติ ต่อไปและเพิ่มความถี่ในการปฏิบัติขึ้น เช่น การออกกำลังกาย รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การ แปรงฟัน เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงปฏิบัติ หรือพฤติกรรมในเชิงลบ หรือพฤติกรรมที่เลวร้าย (negative behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคภัยไข้เจ็บได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารจำพวก แป้ง ไขมัน ในปริมาณที่มากเกินไปจนเกินความจำเป็น การบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น ทั้งนี้จะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมไว้ให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สามารถสรุปได้ 3 แนวคิด ดังต่อไปนี้ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2530)

1. แนวคิดที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล (intra individual causal assumption) โดยรากฐานของแนวคิดนี้มาจากสมมติฐานเบื้องต้นว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล (internal factors) ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ เป็นต้น นักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้สนใจศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีเจตคติและการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น

2. แนวคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกบุคคล (extra individual causal assumption) กลุ่มนี้มีรากฐานแนวคิดจากสมมติฐาน สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเกิดจากปัจจัยภายนอกบุคคล ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างของสังคม เช่น ระบบการเมือง ระบบเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบทางด้านประชากรและลักษณะทางภูมิศาสตร์ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนอย่างไร ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดนี้ได้แก่ ทฤษฎีทางประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยาสังคม เศรษฐศาสตร์ เป็นต้น

3. แนวคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (multiple causality assumption) มีสมมติฐาน พฤติกรรมของคนเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล เช่น ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรงและการเสี่ยงต่อการติดโรค องค์ประกอบทางสังคม เครือข่ายทางสังคม เป็นต้น

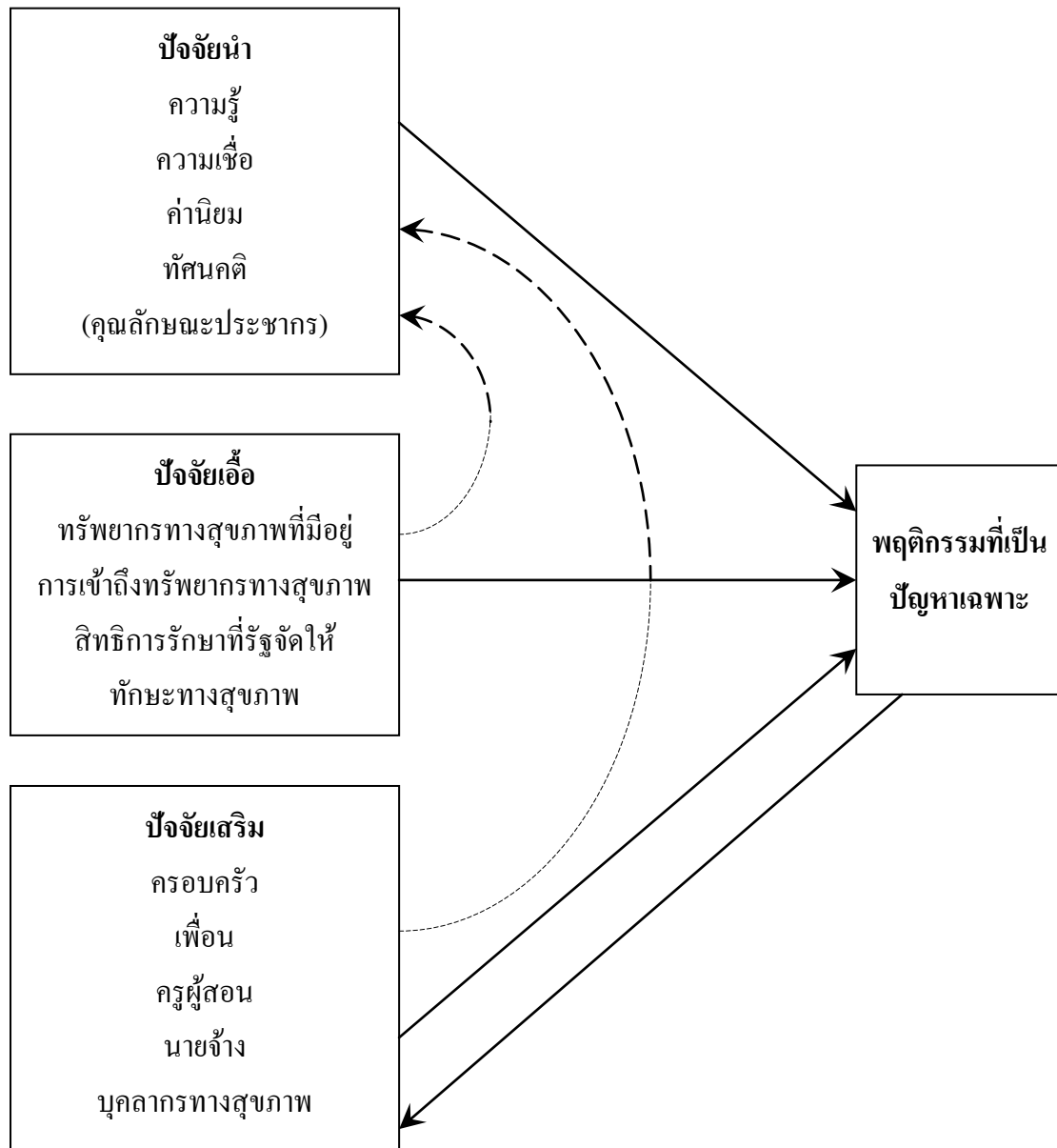
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพตาม PRECEDE FRAMEWORK จำแนกเป็น 3 กลุ่ม (Green et al., 1980) ได้แก่

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยแรก ที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรม โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของเหตุผลและแรงจูงใจ ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้ (Knowledge) ความเชื่อ (Beliefs) ค่านิยม (Values) ทัศนคติ (Attitudes) และปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร (Population characteristics) ได้แก่ สถานภาพทางสังคม อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว เป็นต้น

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง ปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมโดยพิจารณาจากแรงจูงใจ ความปรารถนาที่จะทำให้เกิดความเข้าใจ หรือการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ทักษะ ของบุคคล และทรัพยากร ซึ่งได้แก่ สิ่งเอื้ออำนวยในการรักษาสุขภาพ บุคคล โรงเรียน คลินิก และทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง ปัจจัยซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการเกิดพฤติกรรมต่อเนื่องไปจนถึงการได้รับสิ่งตอบแทน สิ่งกระตุ้น หรือการลงโทษสำหรับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง โดยสนับสนุนให้มียุ่ต่อไปหรือไม่ก็ยกเลิกพฤติกรรมนั้นๆ ได้แก่ ประโยชน์ที่ได้รับจากสังคม วัตถุ และการคาดการณ์ที่เป็นจริงหรือรางวัลที่ได้รับทดแทนจากครอบครัว เพื่อน ครู นายจ้าง และบุคลากรทางสุขภาพ

ปัจจัยทั้ง 3 ประการดังกล่าวนับได้ว่ามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ สามารถแสดงในรูปแบบของความสัมพันธ์ได้ ดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ที่มา Green, et al. (1980)

การใช้ PRECEDE FRAMEWORK เป็นกรอบในการศึกษาจะได้ประโยชน์ในการนำไปสู่การปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปตามที่ต้องการมากขึ้นเพียงใด ขึ้นอยู่กับขั้นตอนการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม โดยสามารถจำแนกปัจจัยเหล่านั้นได้ 3 ประเภท คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ซึ่งแต่ละประเภทมีผลมาจากลักษณะที่แตกต่างและเป็นที่ยอมรับกันว่าพฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล

เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ประเภท ดังนั้นในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องใดก็ตาม จะต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวร่วมกันเสมอ ไม่ใช่คำนึงถึงเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น และจะต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้นก่อน (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, และ เกลิมพล ตันสกุล, 2550) ดังนั้นในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยจึงได้นำเฉพาะขั้นตอนที่ 4 มาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยแต่ละปัจจัยจะมีความแตกต่างกันและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ (Green et al., 1980)

จากการนำทฤษฎีดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมการฝากครรภ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรในแต่ละปัจจัยมาศึกษาดังนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส และทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ และสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม

พฤติกรรมการฝากครรภ์

พฤติกรรมการฝากครรภ์จัดได้ว่าเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่สตรีตั้งครรภ์ควรเลือกปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น การมาฝากครรภ์ และการไม่มาฝากครรภ์

การมาฝากครรภ์ มีผู้ให้นิยามของการฝากครรภ์ไว้ รายละเอียดมีดังนี้

การฝากครรภ์ หมายถึง การดูแลหญิงมีครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์ (วรารุช สุมาวงศ์, 2533)

วิฑูร โอสธานนท์, และ สมพล พงศ์ไทย (2539) กล่าวว่า การฝากครรภ์ หมายถึง ฝากครรภ์กับแพทย์ พยาบาล พนักงานอนามัย หรือผดุงครรภ์

ภิเศก ลุมพิกานนท์ (2542) กล่าวว่า การฝากครรภ์ หมายถึง การดูแลระหว่างตั้งครรภ์มีจุดมุ่งหมายเพื่อสนับสนุนให้ผู้ตั้งครรภ์ ทารก (ทั้งระหว่างอยู่ในครรภ์มารดาและเมื่อคลอดออกมาแล้ว) มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีจนถึง 1 ปี หลังจากทารกคลอด

สมทรง เพ็งสุวรรณ (2547) กล่าวว่า การฝากครรภ์ หมายถึง การดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดดำเนินไปด้วยความปลอดภัยทั้งแม่และลูก

อุ๋นใจ กอนันตกุล (2549) กล่าวว่า การฝากครรภ์เป็นบริการพื้นฐานที่จำเป็น เพื่อให้คำปรึกษาในการดูแลตนเอง ค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การเฝ้าระวัง และให้การรักษากภาวะแทรกซ้อนที่

เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ การฝากครรภ์เป็นขั้นตอนแรกเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องในระยะของการเจ็บครรภ์ การคลอด และหลังคลอด

จากนิยามดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การฝากครรภ์ หมายถึง การที่มารดาได้รับการดูแล โดยเข้ารับบริการตรวจครรภ์กับแพทย์ พยาบาล พนักงานอนามัย หรือผดุงครรภ์ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ใฝ่ระวัง และให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ให้การตั้งครรภ์และการคลอดดำเนินไปด้วยความปลอดภัยทั้งแม่และลูก และต้องมีหลักฐานการฝากครรภ์บันทึกไว้ในใบฝากครรภ์ วัตถุประสงค์ของการมาฝากครรภ์

1. เพื่อยืนยันให้ชัดเจนและแน่นอนว่ามีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นจริง (อภิชาติ จิตต์เจริญ, และ สมพล พงศ์ไทย, 2540) และเป็นการเริ่มต้นวางแผนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Cunningham et al., 2001)

2. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและทารกตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มตั้งครรภ์ โดยการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและความผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นซึ่งเป็นอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์รวมทั้งคัดกรองรายที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อการดูแลเป็นพิเศษ (Benson, and Pernoll, 1994; พรรณี ศิริวรรณภา, 2541; ศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล, 2548)

3. เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ โรคต่างๆ เช่น ซิฟิลิส ซีด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะเลือดมารดาและทารกไม่เข้ากัน รวมทั้งทำที่ผิดปกติต่างๆ ของทารกในครรภ์เพื่อวางแผนให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป (วรารุณ สุมาวงศ์, 2533; ปรีชา วาณิชเศรษฐกุล, 2546)

4. เพื่อให้การรักษาแก้ไขอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้วกับมารดาและทารกในครรภ์ให้เป็นปกติมากที่สุด (อภิชาติ จิตต์เจริญ, และ สมพล พงศ์ไทย, 2540)

5. เพื่อส่งเสริมให้ความรู้และคำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว โดยครอบคลุมทุกด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย เช่น โภชนาการ สุขอนามัยและทางด้านอารมณ์ เช่น ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทางด้านจิตสังคม เช่น เสริมสร้างให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีมีวิธีการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้องเหมาะสม ช่วยเหลือให้ได้รับสิทธิการให้บริการเท่าเทียมกันในแต่ละบุคคล (Benson, and Pernoll, 1994; วรารุณ สุมาวงศ์, 2533; ชีรา ตันทวนิช, 2538; พรรณี ศิริวรรณภา, 2541) นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับบทบาทและพฤติกรรมความเป็นมารดาบิดาเพื่อความสมบูรณ์พร้อมของครอบครัว (อภิชาติ จิตต์เจริญ, และ สมพล พงศ์ไทย, 2540) รวมทั้งให้สตรีตั้งครรภ์ได้ทราบถึงขั้นตอนในการคลอดและหัตถการต่างๆ ที่อาจจำเป็น และทราบถึงภาวะแทรกซ้อนและผลดีผลเสียที่จะตามมาตลอดจนมีเจตคติที่ดีต่อการคลอด สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์และการคลอดได้อย่างเหมาะสม (Benson, and Pernoll, 1994; ปรีชา วาณิชเศรษฐกุล, 2546)

6. เพื่อป้องกัน ไข้ระวัง การเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับมารดา และทารกตั้งแต่ระยะเริ่มตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ให้สามารถคลอดบุตรที่มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง โดยสุขภาพของมารดาไม่ทรุดโทรมมาก มีการฟื้นตัวได้โดยเร็ว (Benson, and Pernoll, 1994; Cunningham et al., 2001; ชีรา ตันทวนิช, 2538; พรรณี ศิริวรรณานา, 2541)

7. เพื่อลดอัตราการตายคลอด อัตราตายของทารกในระยะแรกคลอด และในช่วงปริกำเนิด เพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ และการคลอดปกติ รวมทั้งลดอัตราการตาย และภาวะแทรกซ้อนของมารดาที่เกิดจากการคลอด ได้แก่ การคลอดผิดปกติ การติดเชื้อ การเสียเลือด และสูติศาสตร์หัตถการต่างๆ (วราวุธ สุมาวงศ์, 2533) โดยการดูแลหรือรักษาให้การตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดดำเนินไปตามกลไกปกติมากที่สุด เพื่อให้สตรีและทารกในครรภ์มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดทั้งก่อนและหลังคลอด (พรรณี ศิริวรรณานา, 2541)

ระยะของการฝากครรภ์ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การฝากครรภ์ครั้งแรกและการฝากครรภ์ครั้งต่อไป มีรายละเอียดดังนี้

1. การฝากครรภ์ครั้งแรก การตรวจและดูแลครรภ์ที่เป็นไปโดยถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ควรเริ่มตั้งแต่เมื่อสตรีทราบว่าตนเองขาดระดู (Cunningham et al., 2001) หรือมีอายุครรภ์น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (อภิชาติ จิตต์เจริญ, และ สมพล พงศ์ไทย, 2540) โดยกิจกรรมที่ควรปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (ภิเศก ลุมพิกานนท์, 2542) ได้แก่

1.1 การซักประวัติ ได้แก่ ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีตและปัจจุบันรวมถึงอาการที่เกิดในระยะแรกของการตั้งครรภ์ การซักประวัติโดยละเอียด สมบูรณ์ครบถ้วน จะช่วยยืนยันการตั้งครรภ์ การคำนวณอายุทารกในครรภ์ การคาดคะเนวันคลอด การวิเคราะห์ปัญหาที่ถูกต้องแม่นยำ รวมทั้งช่วยให้เจ้าหน้าที่อื่นๆ ในหน่วยฝากครรภ์สามารถแปลผลได้อย่างถูกต้องซึ่งจะเป็นประโยชน์ได้มากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่การดูแลรักษาปฏิบัติร่วมกันเป็นทีมสุขภาพ (อภิชาติ จิตต์เจริญ, และ สมพล พงศ์ไทย, 2540; ภิเศก ลุมพิกานนท์, 2542; ปรีชา วาณิชเศรษฐกุล, 2546)

1.2 การตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจร่างกายทุกระบบนับตั้งแต่บุคลิกภาพ การวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต การตรวจดูแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง การคลำม้ามและตับ การตรวจเต้านม เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อประเมินสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ในเบื้องต้น ส่วนการตรวจครรภ์จะบ่งบอกให้ทราบถึงขนาดของครรภ์ จำนวนทารกในครรภ์ แนวและส่วนนำของทารก และการมีชีวิตอยู่ของทารก การตรวจครรภ์สามารถทำได้โดยการตรวจทางหน้าท้อง เพื่อวินิจฉัยขนาดของมดลูก ท่าและตำแหน่งของทารก ส่วนการตรวจภายใน เช่น ขนาดของมดลูก การติดเชื้อ การมีเลือดออกทางช่องคลอด รวมทั้งการประเมินสภาพของเชิงกรานและสภาพของปากมดลูกในกรณีที่มีปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ

(Benson, and Pernoll, 1994; อภิชาติ จิตต์เจริญ, และ สมพล พงศ์ไทย, 2540; ปรีชา วาณิชยเศรษฐกุล, 2546)

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพของสตรีและทารกในครรภ์ ทั้งนี้ในกรณีที่พบความผิดปกติจากประวัติการตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ และตรวจภายใน อาจต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและทำการรักษา ติดตามการดำเนินของโรค โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในสตรีที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ได้แก่ การตรวจความเข้มข้นของเลือด (Complete blood count) ประกอบด้วยการหาค่าความเข้มข้นของเลือด การดูลักษณะเม็ดเลือดแดง การนับจำนวนเม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือด เป็นต้น การตรวจปัสสาวะ การตรวจหมู่เลือด (ABO และ Rh) การตรวจหาซีฟิลิส การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การตรวจหาเชื้อเอชไอวี ส่วนการตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น การตรวจหาภูมิต้านทานต่อเชื้อไวรัสหัดเยอรมัน (rubella IgG) การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจความเจริญของปอดทารก การตรวจหาเซลล์มะเร็งที่คอมดลูกและช่องคลอด รวมไปถึงการตรวจอัลตราซาวด์ เป็นต้น (สุริย์ สิมารักษ์, และ ชีระ ทองสง, 2535; อภิชาติ จิตต์เจริญ, และ สมพล พงศ์ไทย, 2540; ปรีชา วาณิชยเศรษฐกุล, 2546)

1.4 การประเมินสุขภาพของสตรีและทารกในครรภ์ โดยข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติและจากการตรวจดังกล่าว หลังจากนั้นจะมีการตรวจติดตามเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินสุขภาพของสตรี การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และการวินิจฉัยภาวะครรภ์เสี่ยงสูง โดยมีปัจจัยสำคัญหลายประการที่นำมาพิจารณาเพื่อทำการประเมิน ได้แก่ การประเมินอายุครรภ์จากการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย การทราบวันที่มีไข่ตก การตรวจภายใน การตรวจครรภ์ การคืบของทารก และการตรวจมดลูก เป็นต้น การวินิจฉัยภาวะครรภ์เสี่ยงสูงจะประเมินจากอายุของสตรีตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด ส่วนสูง น้ำหนัก ความผิดปกติทางสูติกรรมครั้งก่อนๆ ผลการตรวจเลือดมีความผิดปกติ โรคเบาหวาน โรคทางอายุรกรรมอื่นๆ และภาวะการไม่เข้ากันระหว่างเลือดแม่กับลูก (isoimmunization) (อภิชาติ จิตต์เจริญ, และ สมพล พงศ์ไทย, 2540; ปรีชา วาณิชยเศรษฐกุล, 2546)

1.5 การให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ ไป ได้แก่ การให้ความรู้ด้านภาวะโภชนาการ และสุขอนามัยที่ถูกต้อง การรักษาอาการผิดปกติที่พบได้บ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ปวดหลัง ปวดท้องน้อยบริเวณใต้ลิ้นปี่ ฟันผุ ตะคริว ท้องผูก หลอดเลือดขอด ริดสีดวงทวาร การให้คำแนะนำถึงอาการที่ควรรับมาโรงพยาบาล เช่น อาการเลือดออกจากช่องคลอด ปวดท้องน้อยมาก มีน้ำออกจากช่องคลอด เด็กไม่ดิ้นหรือดิ้นน้อยลง และการพิจารณาให้วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก (ดาราวิ พลอยเลื่อมแสง, 2535; อภิชาติ จิตต์เจริญ, และ สมพล พงศ์ไทย, 2540; ปรีชา วาณิชยเศรษฐกุล, 2546)

1.6 การประเมินผลการดูแลรักษา เมื่อมีการฝากครรภ์ครั้งแรกแล้วจะนัดตรวจติดตามเป็นระยะ เพื่อประเมินสุขภาพของสตรีและทารกในครรภ์ ซึ่งพิจารณาจากน้ำหนักตัวที่

เพิ่มขึ้น ความดันโลหิต อาการผิดปกติต่างๆ ขนาดของมดลูก การตรวจปริมาณของน้ำตาล และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (อภิชาติ จิตต์เจริญ, และ สมพล พงศ์ไทย, 2540; ปรีชา วาณิชยเศรษฐกุล, 2546)

1.7 การนัดตรวจครรภ์ครั้งต่อไป เมื่อสตรีมาฝากครรภ์ครั้งแรกและมีอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ บุคลากรทางสุขภาพจะนัดทุก 4 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ นัดทุก 2 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป นัดทุกสัปดาห์จนถึงคลอด (Dickerson, and Chez, 1999) ในกรณีที่ตรวจวินิจฉัยแล้ว พบว่า สตรีมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ จะนัดตรวจครรภ์ถี่ขึ้นกว่าเดิมตามความจำเป็น

2. การฝากครรภ์ครั้งต่อไป เป็นการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากการฝากครรภ์ครั้งแรกโดยการนัดจากบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลรักษา ซึ่งกิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (ภิเศก ลุมพิกานนท์, 2542) มีดังนี้

2.1 การซักประวัติ จะแตกต่างจากการมาฝากครรภ์ครั้งแรกเพียงเพื่อทราบถึงสภาพร่างกายต่างๆ ไป เช่น การตรวจดูภาวะโลหิตจาง วัดความดันโลหิต การตรวจครรภ์ รวมทั้งวัดระดับขดมดลูกเป็นเซนติเมตร การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ การตรวจระบบร่างกายตามอาการ เป็นต้น

2.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยจะทราบผลของการตรวจจากการมาฝากครรภ์ครั้งแรก หากพบว่ามีภาวะผิดปกติบุคลากรทางสุขภาพจะให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมต่อไป นอกจากนี้มีการตรวจความเข้มข้นของเลือด (CBC) และการตรวจหาเชื้อซิฟิลิส (VDRL) ขณะอายุครรภ์ได้ 32 สัปดาห์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ตามความจำเป็น เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ และการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

2.3 การให้คำแนะนำโดยสรุป ซึ่งจะเน้นเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสตรีตั้งครรภ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะไตรมาสที่ 3 เริ่มให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคลอด การปฏิบัติตนระหว่างคลอด การเตรียมตัวสำหรับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการวางแผนครอบครัวหลังคลอด เป็นต้น

2.4 การรักษาพยาบาลและรักษาอาการผิดปกติตามความเหมาะสมรวมไปถึงการเสริมวิตามินหรือแร่ธาตุตามความจำเป็นของร่างกายสตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์จะได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมในทุกด้าน ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งจะช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัยตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด ขณะที่สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เข้ารับบริการฝาก

กรรมรค์ ข้อมาขาดโอกาสที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในกรรมรค์ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

การไม่มาฝากกรรมรค์ หมายถึง การที่มารดาไม่ได้รับการดูแลโดยไม่ได้มารับบริการตรวจกรรมรค์กับแพทย์ พยาบาล พนักงานอนามัย หรือผดุงกรรมรค์ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เฝ้าระวัง และให้การรักษาสภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และไม่มีหลักฐานการฝากกรรมรค์บันทึกไว้ในใบฝากกรรมรค์

ความชุกของการไม่มาฝากกรรมรค์ จากสถิติการคลอดรวมทั้งหมดในปี พ.ศ. 2551 ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบว่า มีมารดาที่มาคลอดบุตรโดยไม่มาฝากกรรมรค์ ร้อยละ 5.90, 6.25, 6.39, และร้อยละ 3.86 ตามลำดับ ขณะที่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบว่า มีการศึกษาความชุกของการไม่มาฝากกรรมรค์ในประเทศไทย

ผลลัพธ์ของการไม่มาฝากกรรมรค์ การไม่มาฝากกรรมรค์จะส่งผลเสียทั้งต่อตัวมารดา รวมไปถึงทารกในกรรมรค์ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาที่ไม่มาฝากกรรมรค์ มีดังนี้

1. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ด้านมารดา มีการศึกษาพบว่า การไม่มาฝากกรรมรค์มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และระหว่างคลอด ได้แก่ ภาวะเลือดออกในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ภาวะซีด ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Owolabi et al., 2008) ภาวะชัก (Abi-Said et al., 1995; Owolabi et al., 2008) ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด และติดเชื้อที่ถุงน้ำคร่ำ (Raatikainen et al., 2007) การฉีกขาดในระยะที่ 3 ของการคลอด (Owolabi et al., 2008) อีกทั้งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลซึ่งจะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดการฉีกขาดที่แผลฝีเย็บในระดับ 3 (Third degree tear) (พัฒนาวไล พินทุนันท์, 2548) และสามารถร่วมทำนายการไม่มาตรวจตามนัดหลังคลอดของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่ามารดาที่มีการฝากกรรมรค์ถึง 7 เท่า (Chalermpitchai, 2005) นอกจากนี้ อัตราตายของมารดาพบสูงที่สุดในกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝากกรรมรค์พบน้อยที่สุดในกลุ่มที่เริ่มฝากกรรมรค์ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (Sachs et al., 1987; Syverson et al., 1990 cited in Mikhail, 2000) ขณะที่อัตราตายของมารดาระหว่างตั้งครรภ์จะลดลงเมื่อมีการดูแลรักษาที่ดี (Harper et al., 2003) ส่วนจำนวนครั้งของการฝากกรรมรค์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด (สมบุญเรือน โรจน์รุ่ง, และ นฤมล ชีระรังสิกุล, 2538) รวมทั้งผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่เป็นไปในทางไม่ดี (Fujita et al., 2005)

การไม่มาฝากครรภ์ไม่เพียงแต่จะมีผลลัพธ์ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังพบว่า มารดาที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์จะมีอายุครรภ์เฉลี่ยที่คลอดมากกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Amornprakas, 2005) มารดายังมีการฝากครรภ์มากครั้งเท่าใดจะยังมีอายุครรภ์เมื่อคลอดสูงขึ้นตามลำดับ (สุดารัตน์ สุวารี, 2531) กล่าวคือ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุครรภ์เมื่อคลอด (จารุวรรณ รวีไพบูลย์, 2532) และสามารถอธิบายความผันแปรของอายุครรภ์ที่คลอดได้ร้อยละ 22 (Chayathab, 2006) ซึ่งตรงข้ามกับงานวิจัยของ สมบูรณ์ เรือนโรจน์รุ่ง, และ นฤมล ชีระรังสิกุล (2538) ที่พบว่า การมาฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอด

2. ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ด้านทารกแรกเกิด มีการศึกษาพบว่ามารดาที่ไม่มาฝากครรภ์มีอุบัติการณ์การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่ามารดาที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ โดยพบร้อยละ 10.2 และร้อยละ 4.8 ตามลำดับ (Supphalek, 1983) มารดาที่ไม่มาฝากครรภ์มีอัตราเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยเป็น 2 เท่าของมารดาที่มาฝากครรภ์ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และ คมคาย นาเคปัท, 2528) และเป็น 2.4 เท่าของกลุ่มที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่ 7 ครั้งขึ้นไป (สุมาลี อารีเอื้อ, 2526) ขณะเดียวกันมารดาวัยรุ่นที่ไม่มาฝากครรภ์ มีอุบัติการณ์การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยอยู่ในเกณฑ์สูง (สมบัติ บุญทันใจ, 2532) นอกจากนี้มารดาที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสแรกจะให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักปกติมากกว่ามารดาที่มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่าโดยมีอัตราเสี่ยงเป็น 1.2 เท่า (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และ คมคาย นาเคปัท, 2528) และสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของน้ำหนักทารกแรกเกิดได้ถึงร้อยละ 12.3 (Chayathab, 2006) อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ามารดาไม่มาฝากครรภ์จะให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่ามารดาที่มาฝากครรภ์อย่างชัดเจน และตัวแปรของการฝากครรภ์สามารถอธิบายการผันแปรน้ำหนักทารกแรกเกิดได้ร้อยละ 6 แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่า การมาฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุจินดา พงษ์เมธา, 2532) รวมทั้งค่าเฉลี่ยของน้ำหนักทารกแรกเกิดระหว่างมารดาในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และกลุ่มที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่อัตราตายของทารกแรกเกิดจะเพิ่มขึ้นถ้าได้รับการดูแลก่อนคลอดไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเมื่อการตั้งครรภ์นั้นมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า โรคหัวใจ โรคปอด ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคไต ครรภ์เป็นพิษ และมีประวัติคลอดทารกก่อนกำหนด หรือคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ (Chen et al., 2007) และยังพบว่า การไม่มาฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทารกตายในครรภ์ในระดับสูงเท่ากับการเกิดทารกตายปริกำเนิด (Raatikainen et al., 2007; Owolabi et al., 2008) โดยมารดาที่ไม่มาฝากครรภ์เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดทารกตายปริกำเนิดเป็น 2.11 เท่า และ 2.34 เท่า ของมารดาในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ (ทวิวรรณ ศรีสุขคำ, 2537; ทศนีย์ ทิพย์ไสยาสน์, 2532) ส่วนการมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ เสี่ยงต่อการคลอด

ทารกตายปริกำเนิด 1.95 และ 2.06 เท่า ของมารดาในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (ทวิวรรณ ศรีสุขคำ, 2537; ทัศนีย์ ทัพย์ไสยาสน์, 2532) นอกจากนี้การมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิด (APGAR score) นาทีที่ 1 (สมบุญ เรือนโรจน์รุ่ง, และ นฤมล ชีระรังสิกุล, 2538) ขณะที่คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาทีที่ 5 ค่าเฉลี่ยระหว่างมารดาในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Amornprakas, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการไม่มาฝากครรภ์จะส่งผลเสียทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ ขณะที่แนวทางการศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในประเด็นการมาฝากครรภ์หรือไม่ครบตามเกณฑ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์เพื่อความกระจ่างชัดของข้อมูลและสามารถสรุปผลได้อย่างชัดเจนซึ่งจะเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์และไม่มาฝากครรภ์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ PRECEDE FRAMEWORK มาเป็นกรอบแนวคิด โดยนำเฉพาะขั้นตอนที่ 4 มาวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นำมาทบทวน มีรายละเอียดดังนี้

1. **ปัจจัยนำ** เป็นปัจจัยพื้นฐานหรือปัจจัยเริ่มต้นที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ผู้วิจัยศึกษาใน 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส และทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีรายละเอียดดังนี้

อายุ พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล มีความสัมพันธ์กับอายุของบุคคลนั้นๆ โดยจะเห็นได้จากการศึกษาของ เทพณรงค์ จารุพานิช, และ สมพงษ์ บุญสืบชาติ (2523) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี มีการมาฝากครรภ์มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ขณะที่กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 20.52 สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษณี โคกตาทอง (Koktatong, 2002) ที่พบว่า กลุ่มที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี มีโอกาสมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์เป็น 3.18 เท่าของกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนการศึกษาของ สุพรรณิช จันทิพัทธ์ (2534) พบว่า กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี และระหว่าง 25-29 ปีจะมีการฝากครรภ์ที่ไม่แตกต่างกันโดยจะมากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ แจนซัน ลินมาร์ค และแลงฮอฟฟ์-รูส (Jansone, Lindmark, and Langhoff-Roos, 2001) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์ส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปและเมื่อพิจารณาถึงจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ สุดา ภูทอง (2529) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 25-29 ปี มีจำนวนการฝาก

ครรภ์มากที่สุด 5 ครั้งขึ้นไปถึงร้อยละ 51.40 ทั้งนี้จากวรรณกรรมที่หยิบยกมาจะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี จะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์ดีกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า ถึงแม้ว่าการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535) จะพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่าจะมีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่าและอายุมีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ก็ตาม แต่ค่าของความสัมพันธ์มีระดับค่อนข้างต่ำ ขณะเดียวกันมีรายงานการศึกษาที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ในระหว่าง 25-29 ปี (วิโรจน์ เจริญศักดิ์, 2531) และการศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544) พบว่า อายุของสตรีตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536) และ จารวรรณ ธีวโพนุลย์ (2532) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์ทั้งอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกและจำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำเพชร อาภากร ณ อุรุทยา, และ คณะ (2520) ที่พบว่า อายุของสตรีตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะมาฝากครรภ์หรือไม่มาฝากครรภ์โดยทุกกลุ่มอายุจะมีการมาฝากครรภ์ที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในตัวแปรอายุเพื่อการสรุปผลที่ชัดเจนของข้อมูลว่ามีความสัมพันธ์เป็นอย่างไรกับการไม่มาฝากครรภ์

ระดับการศึกษา สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาที่ดีจะมีความรอบรู้มีข้อมูลที่หลากหลาย ซึ่งจะช่วยให้พฤติกรรมการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์มีความถูกต้องเหมาะสม จะเห็นได้จากการศึกษาของ บราวน์ และคณะ (Brown et al., 2008) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ secondary school หรือมากกว่าจะมาฝากครรภ์มากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และ สุชาดา สุวรรณคำ (2535) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปจะมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่าไม่ครบตามเกณฑ์ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาและมีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-4 และปีที่ 5-7 เสี่ยงต่อการมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เป็น 2.64, 2.26 และ 2.16 เท่าของกลุ่มที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ส่วน สุดา ภูทอง (2529) พบว่า กลุ่มที่มีระดับการศึกษานุปริญญาขึ้นไปเกือบทั้งหมดมาฝากครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไปถึงร้อยละ 99.30 โดยกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาและในระดับต่ำกว่าประถมศึกษาไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 70.10 ขณะที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไปพบน้อยเพียงร้อยละ 6.90 นอกจากนี้ วิโรจน์ เจริญศักดิ์ (2531) ยังพบว่า กลุ่มที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์โดยน้อยกว่า 4 ครั้งตลอดการตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาจนถึงระดับประถมศึกษาโดยพบร้อยละ 93.10 ขณะที่กลุ่มที่มีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษาพบในจำนวนน้อยที่สุด เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ ตรินห์ และคณะ (Trinh et al., 2007) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่น้อยกว่า primary school เป็นปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ไม่เพียงพอ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก พบว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีการมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ยังน้อยกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (จารุวรรณ รวีไพบูลย์, 2532; ดวงพร จินตโนทัยถาวร, 2536) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า แต่อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถสรุปได้เช่นนั้น เนื่องจากรายงานการศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ และรายงานการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกศึกษาเป็นแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มสตรีที่มากลอดบุตรที่ห้องคลอดสามัญเท่านั้น ผู้มารับบริการส่วนใหญ่จะมีการศึกษาในระดับต่ำ ลักษณะพื้นฐานจึงคล้ายคลึงกันตั้งแต่เริ่มต้น ส่วนรายงานการศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529) วิโรจน์ เจริญศักดิ์ (2531) สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และ สุชาดา สุวรรณคำ (2535) มีสถานที่ที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นศูนย์อนามัยและโรงพยาบาลในเขตชนบท และมีบางรายงานการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันทั้งทางเชื้อชาติและวัฒนธรรม ได้แก่ งานวิจัยของ ตรินห์ และคณะ (Trinh et al., 2007) บราวน์ และคณะ (Brown et al., 2008) ถึงแม้ว่างานวิจัยของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535) และ อรุณี พึ่งแพง (2544) จะมีกลุ่มตัวอย่างและสถานที่ที่เก็บรวบรวมข้อมูลใกล้เคียงและคล้ายคลึงกันกับที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา แต่ผลของการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเพื่อความกระจ่างชัดสามารถสรุปผลได้ชัดเจนยิ่งขึ้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาตัวแปรระดับการศึกษาว่ามีความสัมพันธ์เป็นอย่างไรกับการไม่มาฝากครรภ์

จำนวนบุตรมีชีวิต จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบันของสตรีตั้งครรภ์ เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฝากครรภ์จะเห็นได้จากการศึกษาของ สุพรรณีย์ จันทพิศ (2534) ที่พบว่า จำนวนบุตรมีชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการฝากครรภ์ โดยกลุ่มที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตน้อยกว่า 2 คนจะมารับบริการฝากครรภ์มากกว่ากลุ่มที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันมากกว่าจะมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544) และ การศึกษาของ ตรินห์ และคณะ (Trinh et al., 2007) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่จะมีจำนวนบุตรมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ส่วนการศึกษาของ เจนสัน และคณะ (Jansone et al., 2001) พบว่า มารดาที่มีจำนวนการคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผลของการวิจัยส่วนใหญ่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตในปัจจุบันน้อยกว่าจะมารับ

บริการฝากครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตมากกว่า อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีบุตรมาแล้วหลายคนและบุตรยังมีชีวิตอยู่การตั้งครรภ์ในครรภ์หลังความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองจะลดน้อยลงกว่าการมีบุตรคนแรกๆ เนื่องจากรายงานการศึกษาของ วัชร วัชรมัย (2532) พบว่า จำนวนบุตรเกิดรอดและจำนวนบุตรมีชีวิตมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเพื่อให้การสรุปผลมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรจำนวนบุตรมีชีวิตมาศึกษาว่ามีความสัมพันธ์เป็นอย่างไรกับการไม่มาฝากครรภ์

สถานภาพสมรส สัมพันธภาพของคู่สมรส เป็นสัมพันธภาพของการสนับสนุนทางด้านอารมณ์เป็นการสนับสนุนที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด (Cronenwett and Kunst-wilson, 1981) โดยสตรีที่มีสถานภาพสมรสแต่งงานแล้ว จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีกว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ยังไม่แต่งงาน (Rowenstein and Rinehart, 1981) จะเห็นได้จากการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ (Binns, Grenade and Ashley, 1995) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสอยู่คู่กับสามีจะได้รับการสนับสนุนให้เข้ารับบริการฝากครรภ์จากสามี ขณะเดียวกัน สุกิจ พรหมรับ (2541) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาชีวิตสมรส โดยเฉพาะเป็นการหย่ามีความเสี่ยงที่จะมาฝากครรภ์ไม่เหมาะสมมากขึ้น อย่างไรก็ตามไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสที่ดีจะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์ดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสไม่ดี เนื่องจากรายงานการศึกษาของ เกษณี โภกตาทอง (Koktatong, 2002) พบว่า การสนับสนุนจากสามีไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ การศึกษาของ มาลัย ตำราญจิต (2540) พบว่า มารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันเนื่องจากกลุ่มที่ศึกษาเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีสถานภาพสมรสอยู่คู่กับสามีถึงร้อยละ 96.10 จึงได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากสามีเป็นอย่างดี การศึกษาของ อุษา ฤทธิ์ประเสริฐ (2540) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเพื่อความกระจ่างชัดของข้อมูลและการสรุปผลที่ชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์เป็นอย่างไรกับการไม่มาฝากครรภ์

ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีผู้ให้นิยามของทัศนคติไว้ดังนี้ ทัศนคติ (attitude) หมายถึง ความโน้มเอียงในการประเมินค่าสิ่งต่างๆ หรือสัญลักษณ์ของสิ่งนั้นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง การประเมินจะเป็นความรู้สึกที่สามารถบอกได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และความโน้มเอียงที่จะประพฤติ (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ที่มีต่อ

การตั้งครรรค์และการฝากครรรค์ โดยจะแสดงออกมาทางพฤติกรรม ซึ่งเป็นไปได้ทั้งทางบวกและลบ โดย เฉลิมพล ดันสกุล (2541) จำแนกองค์ประกอบของทัศนคติได้ 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (cognitive component) คือ การรับรู้ว่าสิ่งนั้นคืออะไรมีความรู้ ในรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งนั้น เช่น คนจะมีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากได้ก็ต้องรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ช่องปาก ซึ่งความรู้เป็นฐานของความเชื่อที่ทำให้บุคคลผู้นั้นเชื่อว่าข้อมูลนั้นๆ เป็นจริงหรือไม่จริง มีคุณ มีโทษอย่างไร

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (affective component) แสดงถึงอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อ สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจสิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด ความสำคัญขององค์ประกอบ นี้ทำให้นักวิจัยบางคนวัดเจตคติโดยวัดแต่องค์ประกอบนี้เพียงองค์ประกอบเดียว แต่ในความจริงแล้ว องค์ประกอบทางความรู้สึกนี้โดยทั่วไปจะสัมพันธ์กับอีก 2 องค์ประกอบ เช่น คนที่มีความรู้สึกเกี่ยวกับ สิ่งหนึ่งสิ่งใดพอที่จะเกิดเจตคติได้ย่อมสัมพันธ์สอดคล้องกับความรู้สึกชอบพอที่เกิดขึ้นต่อสิ่งนั้นและ ย่อมมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์สอดคล้องกับความพร้อมที่จะประพฤติปฏิบัติออกมา เป็นการกระทำของ องค์ประกอบถัดไป

3. องค์ประกอบด้านความพร้อมที่จะกระทำ (action tendency / behavioral component) เมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประเมินและมีความรู้สึกชอบพอหรือไม่ชอบพอสู่สิ่งใดแล้วผลที่ตามมาจะเกิด เป็นความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่งซึ่งสอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินและความรู้ต่อสิ่งนั้น

จากองค์ประกอบของทัศนคติดังกล่าว สรุปได้ว่า ทัศนคติต่อการตั้งครรรค์และการฝาก ครรรค์ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านความรู้สึก และด้านความพร้อมที่จะ กระทำ อธิบายได้ว่า ถ้าสตรีตั้งครรรค์มีความรู้และความรู้สึกที่ดีต่อการตั้งครรรค์และการฝากครรรค์ จะ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการฝากครรรค์เป็นไปในทางที่ดี

นอกจากนิยามและองค์ประกอบของทัศนคติดังกล่าววรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อ การตั้งครรรค์และการฝากครรรค์ซึ่งผู้วิจัยนำมาทบทวน มีรายละเอียดดังนี้

จากรายงานการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535) พบว่า เจตคติต่อการตั้งครรรค์มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้ารับบริการฝากครรรค์ กล่าวคือ สตรีตั้งครรรค์ที่มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรรค์ จะมีการฝากครรรค์ครบตามเกณฑ์มากกว่าสตรีที่มีเจตคติไม่ดีต่อการตั้งครรรค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544) ที่พบว่า เจตคติต่อการตั้งครรรค์มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรรค์ครบหรือไม่ครบ ตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ มะลิวรรณ หมั่นเกล้าแก้ววิจิต (2551) ที่พบว่า เจตคติที่ดีต่อการตั้งครรรค์จะมีผลต่อการมาฝากครรรค์ครบตามเกณฑ์ของสตรีตั้งครรรค์วัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าแนวทางการศึกษาใน ตัวแปรทัศนคติต่อการตั้งครรรค์และการฝากครรรค์ จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมาฝากครรรค์ครบ

หรือไม่ครบตามเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ ขณะเดียวกันรายงานการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535) ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาหลังคลอดสามัญในโรงพยาบาลศิริราชเท่านั้น ส่วน มะลิวรรณ หมีนแก้วกล้าวิชิต (2551) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาวัยรุ่น ซึ่งไม่ตรงวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ดังนั้นเพื่อความกระชับของข้อมูล และสามารถสรุปผลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มาศึกษาว่ามีความสัมพันธ์เป็นอย่างไรกับการไม่มาฝากครรภ์

2. ปัจจัยเอื้อ เป็นทรัพยากรที่มีอยู่และเข้าถึงได้ซึ่งจะเอื้อต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผู้วิจัยศึกษาใน 3 ตัวแปร ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ และสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่หยิบยกมาศึกษามีรายละเอียดดังนี้

ความเพียงพอของรายได้ รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น (Orem, 1985) โดยผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในการจัดหาสิ่งบริการเพื่อบำรุงรักษาสุขภาพ (Pender, 1982) จะเห็นได้จากการศึกษาของ ตรินห์ และคณะ (Trinh et al., 2007) ที่พบว่า การมีเศรษฐกิจไม่ดีเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอ การศึกษาของ ดวงพร จินตโนทัย (2536) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนสูงกว่าจะมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าและการศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544) จารุวรรณ รวีไพบูลย์ (2532) ดวงพร จินตโนทัย (2536) อรุณี พึ่งแพง (2544) เกษณี โลกตาทอง (Koktatong, 2002) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของ สุพรรณิษฐ์ จันทพิทศ (2534) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างไรก็ตามไม่สามารถสรุปผลได้อย่างชัดเจนว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้มากจะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์ดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อยเนื่องจากมีรายงานการศึกษาที่ระบุว่ารายได้ต่อเดือนของครอบครัวไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535) และไม่สามารถอธิบายการฝากครรภ์ได้ (วัชรวิกรมัย, 2532) ขณะที่รายงานการศึกษาของตรินห์และคณะ กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านเชื้อชาติและวัฒนธรรม ดังนั้นเพื่อให้สามารถสรุปผลได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในตัวแปรความเพียงพอของรายได้ว่ามีความสัมพันธ์เป็นอย่างไรกับการไม่มาฝากครรภ์

การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ จากแนวคิดของ เพนชานสกาย และโทมัส (Penchansky, and Thomas, 1984) ซึ่งกล่าวถึงแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพว่าเป็นความพอดีกันระหว่างผู้ป่วยและระบบการดูแลสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 5 ประเภท ได้แก่

1. ความพอเพียง (availability) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณของบริการที่มีอยู่กับปริมาณความต้องการของผู้ป่วย โดยหมายถึง ความเพียงพอของแพทย์ ทันตแพทย์ บุคลากรทางสุขภาพ จำนวนของคลินิกและโรงพยาบาล รวมทั้งแผนกที่ให้บริการเฉพาะทาง ได้แก่ การดูแลทางด้านจิตใจ และอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น

2. การเข้าถึงบริการ (accessibility) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่ตั้งของโรงพยาบาล และที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงการเดินทาง ทั้งระยะทาง และระยะเวลา รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

3. ความสะดวก (accommodation) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของแหล่งที่ให้บริการ โดยได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย ประกอบด้วยระบบการนัด เวลาในการตรวจ ความสะดวกในการรับบริการ และการให้บริการทางโทรศัพท์ที่ความสามารถของผู้ป่วยที่สะดวกมาตามนัดของแพทย์

4. ความสามารถในการใช้บริการ (affordability) เป็นความสัมพันธ์ในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรับบริการกับรายได้ของผู้ป่วยที่สามารถจะจ่ายได้รวมถึงสิทธิการรักษาที่ผู้ป่วยมีอยู่

5. การยอมรับในบริการ (acceptability) เป็นความสัมพันธ์ของผู้ป่วยทางด้านทัศนคติที่มีต่อบุคลิกลักษณะและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการทางสุขภาพ

คลาร์ก (Clark, 1996) กล่าวว่า ระบบการดูแลทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลในชุมชน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความพอเพียง (availability) หรือขาดการบริการด้านการดูแลทางสุขภาพ ประกอบด้วยประเภทของบริการทางสุขภาพที่มีอยู่ ได้แก่ สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิกับความต้องการของประชากรและจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทางด้านการดูแลแผนกฉุกเฉินและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือศูนย์รับบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งหมายรวมถึง ชนิดของการบริการทางสุขภาพที่มีความเฉพาะและมีประสิทธิภาพ เช่น หน่วยบริการรับฝากครรภ์ นอกจากนี้ด้านความพอเพียง ประกอบด้วย การให้บริการทางโทรศัพท์ และระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยบุคลากรที่มีความชำนาญ

2. ด้านการเข้าถึงบริการ (accessibility)

3. ด้านการให้บริการทางสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาที่สถานบริการทางสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน หรือมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

4. ด้านการเงิน หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลรวมถึงสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยมี

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ประกอบด้วย ความพอเพียง การเข้าถึงบริการ ความสะดวก ความสามารถในการใช้บริการ การยอมรับในบริการ และการให้บริการการฝากครรภ์

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งผู้วิจัยนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา พบว่า อุปสรรคในการมาฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอุปสรรคจะมาฝากครรภ์มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีกลุ่มที่มีอุปสรรค กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอุปสรรคจะมาฝากครรภ์ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 63.5 ขณะที่กลุ่มที่มีอุปสรรคจะมาฝากครรภ์น้อยกว่า โดยมีอุปสรรคด้านการทำงานร้อยละ 20 ด้านการเดินทางร้อยละ 14.6 และด้านการเงินร้อยละ 7.5 (สุดา ภูทอง, 2529) โดยเฉพาะอุปสรรคด้านการทำงาน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอุปสรรคจากการทำงานและมีความจำเป็นต้องขอลาหยุดงานจะมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีอุปสรรคจากการทำงานและสามารถลาหยุดงานได้โดยไม่มีผลกระทบ (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535) นอกจากนี้ระยะทางจากบ้านพักอาศัยถึงสถานที่ให้บริการทางสาธารณสุขยังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีที่พักอาศัยไกลจากสถานบริการทางสาธารณสุขไม่เกิน 5 กิโลเมตรจะมาฝากครรภ์มากกว่ากลุ่มที่มีที่พักอาศัยไกลมากกว่า 5 กิโลเมตร ขณะที่ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Brown et al., 2008) ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถมาใช้บริการในช่วงเวลาที่เปิดให้บริการได้จะมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่ากลุ่มที่มารับบริการในช่วงเวลาที่เปิดให้บริการได้ (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535) โดยกลุ่มที่มีความสะดวกในการมาฝากครรภ์จะมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอและมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มที่มีความสะดวกในการมาฝากครรภ์น้อยกว่า (อรุณี พึ่งแพง, 2544) ขณะที่อุปสรรคทางการเงิน พบว่า ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการฝากครรภ์มากกว่าจะมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่ากลุ่มที่เสียค่าใช้จ่ายในการมารับบริการฝากครรภ์ที่ต่ำกว่า (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าแนวทางการศึกษาในตัวแปรการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ยังไม่ครอบคลุมแนวคิดของ เพนชานสกาย และ โทมัส (Penchansky, and Thomas, 1984) โดย อรุณี พึ่งแพง (2544) ศึกษาเฉพาะความสะดวกในการมารับบริการฝากครรภ์ สุดา ภูทอง (2529) ศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคของการฝากครรภ์ บราวน์ และคณะ (Brown et al., 2008) ศึกษาเฉพาะระยะทางระหว่างสถานบริการทางสาธารณสุขกับที่พักอาศัยของสตรีตั้งครรภ์ ขณะเดียวกัน สุพิศ สุวรรณประทีป (2535) ศึกษาค่อนข้างครอบคลุมแนวคิดของ เพนชานสกาย และ โทมัส ยกเว้นด้านความพอเพียง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในตัวแปรการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ โดยครอบคลุมแนวคิดดังกล่าว

สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลเป็นหลักประกันทางสุขภาพที่จะช่วยให้บุคคลที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางสุขภาพที่น้อยกว่าซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทางที่ดี จะเห็นได้จากการศึกษาของ ตรินห์ และคณะ (Trinh, et al., 2007) ซึ่งพบว่า การไม่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ไม่เพียงพอ และรายงานการศึกษาของ สุกิจ พรหมรับ (2541) พบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ไม่มีสวัสดิการรักษายาบาลมีโอกาสเสี่ยงต่อการมาฝากครรภ์ไม่เหมาะสมถึง 5 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ที่มีสวัสดิการรักษายาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าแนวทางการศึกษาในตัวแปรสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลยังมีไม่มากและกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษาเป็นกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์และบริบทของกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษามีความแตกต่างกันทั้งทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

3. ปัจจัยเสริมเป็นการสนับสนุนหรือการส่งเสริมกิจกรรมทางสุขภาพจากเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน แพทย์พยาบาล ผู้ป่วยด้วยกัน และครอบครัว โดยปัจจัยเสริมเป็นไปได้ทั้งทางบวกและลบ ขึ้นอยู่กับทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลที่มีความสำคัญ (Green et al., 1980) อาจเป็นรางวัล หรือผลตอบแทน หรือการได้รับการลงโทษ ภายหลังได้แสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา ทำให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม (Green, and Kreuter, 1999) โดยผู้วิจัยนำปัจจัยเสริมมาศึกษาเพียง 1 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งรายละเอียดมีดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม นักการศึกษาได้กล่าวถึงความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ โดยผู้วิจัยหยิบยกมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

ไวสส์ (Weiss, 1974) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เพื่อรักษาไว้ซึ่งความสุขทางด้านจิตใจ

คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าตนเองจะได้รับความรักความมีคุณค่าในตนเองและการได้รับการยอมรับเป็นสมาชิกของเครือข่ายในสังคมโดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนวัตถุดิบของ การได้รับการบริการ การได้รับความสุขทางด้านจิตใจ มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน และร่วมกันแก้ไขปัญหา

เฮาส์ (House, 1981 Cited in Brown, 1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักเอาใจใส่ ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือในด้านทรัพยากร เช่น การเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับหรือข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

เขาวลักษณะ เสรีเสรี (2543) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าได้รับความรัก ความผูกพันมีโอกาที่จะได้รับและให้การดูแล ได้รับการยืนยันคุณค่าในตนเอง ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูล อารมณ์ วัตถุ และสิ่งของต่างๆ จากบุคคลอื่นซึ่งจะช่วยให้บุคคลดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีความเจริญพัฒนามากขึ้น

จากนิยามและความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าได้รับความรัก ความผูกพัน และการยอมรับจากครอบครัว รวมทั้งบุคคลอื่นๆ ในสังคมเกิดคุณค่าในตนเองและนำมาซึ่งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านสภาวะจิตใจ อารมณ์ ทรัพย์สิน วัตถุสิ่งของ แรงงาน ข้อมูล ข่าวสาร เป็นต้น

ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม ไวสส์ (Weiss, 1974) จำแนกชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ชนิด ได้แก่

1. ความใกล้ชิดและความรักใคร่ผูกพัน ซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์โดยรวมทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย
2. การมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับและมีคุณค่าต่อสังคม
3. การมีโอกาให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเป็นการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น
4. การได้รับการยอมรับซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น
5. การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ และกำลังใจ เป็นต้น

แบรนด์ท์ และไวเนอร์ท (Brandt, and Weinert, 1981) จำแนกชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด ได้แก่

1. เป็นเครื่องชี้วัดคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม
2. การให้ความรักใคร่ และความผูกพัน
3. มีโอกาสในการดูแลช่วยเหลือบุคคลอื่น
4. การได้รับความช่วยเหลือในด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร และด้านอารมณ์ตามความจำเป็นเท่าที่ผู้ให้ความช่วยเหลือจะสามารถให้ได้

เฮาส์ จำแนกชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด (House, 1981 cited in Brown, 1986) ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotion support) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ได้รับความรู้สึกไว้วางใจ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการรับฟังจากบุคคลอื่นๆ ทำให้บุคคลนั้นๆ ตระหนักถึงควมมีคุณค่าในตนเอง
2. การสนับสนุนเพื่อการประเมิน (appraisal support) หมายถึง การได้รับข้อมูลในเชิงย้อนกลับเพื่อการเปรียบเทียบและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในสังคม เช่น การเห็นพ้อง เป็นต้น
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เพื่อชี้แนะและเป็นแนวทาง
4. การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ (instrumental support) ได้แก่ การช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

ทั้งนี้ นอกเหนือจากความหมายและชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมที่นำมาเป็นแนวทางในการศึกษา วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งผู้วิจัยนำมาทบทวน มีรายละเอียดดังนี้

อรุณี พึ่งแพง (2544) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติในระดับดีจะมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ ส่วนรายงานการศึกษาของ มะลิวรรณ หมีนแก้วกล่าววิจิต (2551) พบว่า คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ขณะที่มีการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของสามีไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการฝากครรภ์เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสตรีครรภ์แรกและครรภ์ที่สองซึ่งสามีจะให้การดูแลเอาใจใส่และให้ความสนใจเป็นอย่างดี (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาเฉพาะการมาฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่และบางตัวแปรยังมีผู้นำมาศึกษากันไม่มาก ดังนั้นเพื่อความชัดเจนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรทั้ง 9 ตัวแปรมาศึกษาได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อต้องการทราบว่าตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์เป็นอย่างไรกับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรุงเทพมหานคร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) เพื่อศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาหลังคลอดที่พักอยู่ตึกหลังคลอดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้แก่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาหลังคลอดที่พักอยู่ตึกหลังคลอดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้แก่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

- 2.1 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 2.2 มีความยินดีและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
- 2.3 ไม่มีโรคประจำตัวก่อนการตั้งครรภ์ เช่น หอบหืด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไทรอยด์ เป็นต้น

และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางสุขภาพ เช่น สัญญาณชีพไม่คงที่มีอาการหอบเหนื่อยแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกมีจำนวน 1 ราย โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (CCU)

3. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาผู้วิจัยเลือกใช้หลักเกณฑ์ของ เลมส์โซว์ ฮอสเมอร์ แคลร์ และลวานยา (Lemeshow, Hosmer, Klar, and Lwanya, 1991) ซึ่งมีสูตร ดังนี้

$$N = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 P q}{d^2}$$

N	=	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา
$Z_{\alpha/2}$	=	ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับ 0.05 มีค่า 1.96
P	=	อัตราการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่มากลอดบุตรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ในปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีจำนวนร้อยละ 5.90, 6.25, 6.39 และ 3.86 จึงใช้ $P = 0.059$, 0.062, 0.063, และ 0.038 แทนค่าในสูตร
q	=	1-P
d	=	ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งยอมรับได้ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดให้ $= 0.05$ แทนค่าในสูตร จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างดังนี้

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.059) (0.941)}{(0.05)^2}$$

$$= 86$$

โรงพยาบาลกลาง

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.062) (0.938)}{(0.05)^2}$$

$$= 90$$

โรงพยาบาลตากสิน

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.063) (0.937)}{(0.05)^2}$$

$$= 91$$

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.038) (0.962)}{(0.05)^2}$$

$$= 57$$

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นจำนวน 86, 90, 91 และ 57 ราย ตามลำดับ แต่เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลและป้องกันการได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างไว้เกินกว่าค่าที่คำนวณได้ร้อยละ 10 (จริยาเลิศ อรรถขมณี และ คณะ., 2543) ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96, 100, 102 และ 64 ราย ตามลำดับ รวมทั้งหมดไม่น้อยกว่า 362 ราย โดยทำการจับฉลากได้มารดาหลังคลอดที่มีเลขที่ภายใน (AN) เป็นเลขคู่ และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในตึกพักหลังคลอดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้แก่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ตึกพักหลังคลอดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง แก่มารดาหลังคลอดทุกราย โดยให้บริการทั้งมารดาที่ได้รับการฝากครรภ์และไม่ได้รับการฝากครรภ์ คลอดปกติทางช่องคลอดและคลอดที่ผิดปกติ (คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศกีม และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง) และทารกแรกเกิดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ โดยมารดาหลังคลอดจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ การตรวจวัดสัญญาณชีพ การสังเกตอาการผิดปกติหลังคลอด เช่น มดลูกหดรัดตัวไม่ดี หรือตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น รวมทั้ง

ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากอาการคัดตึงเต้านม ปวดมดลูก และแผลฝีเย็บ เป็นต้น เมื่อมารดาได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้กลับไปพักที่บ้านบุคลากรทางสุขภาพจะให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อให้สามารถดูแลตนเองในเบื้องต้นได้ เช่น การดูแลแผลฝีเย็บ ระยะเวลาที่ควรงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ การวางแผนครอบครัว การให้คำแนะนำในการเลี้ยงดูบุตร เช่น การให้นมบุตร การฝึกทักษะอาบน้ำให้บุตร เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็นสองส่วน ส่วนแรกเป็นข้อมูลทั่วไปมีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบและเติมข้อความ ประกอบด้วยลักษณะประชากร สังคม และเศรษฐกิจของมารดาหลังคลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส และสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล มีจำนวนทั้งหมด 6 ข้อ (ได้จากการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด) ส่วนที่สองเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบด้วยข้อมูลของมารดาและทารกแรกเกิด โดยข้อมูลของมารดา ได้แก่ จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ การวางแผนการมีบุตร การแท้งบุตรและการคลอด จำนวนบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน เหตุผลของการมาฝากครรภ์หรือไม่มาฝากครรภ์ สถานที่ที่ฝากครรภ์ จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ มีจำนวนทั้งหมด 8 ข้อ (ได้จากการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด) อายุครรภ์ที่คลอด วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด และหลังคลอด จำนวนทั้งหมด 4 ข้อ (ได้จากแบบบันทึกทางการแพทย์) ส่วนข้อมูลของทารกแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิด (APGAR score) นาทีที่ 1 และ 5 ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอดมีจำนวนทั้งหมด 4 ข้อ (ได้จากแบบบันทึกทางการแพทย์) (ดูรายละเอียดจากภาคผนวก)

2. แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจ ความรู้สึกที่มีต่อทารกในครรภ์และความรู้สึกที่มีต่อการมาฝากครรภ์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของ อรุณี พึ่งแพง (2544) และแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของ วันเพ็ญ กุลนริศ (2530) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนกัน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม

26 ข้อ เป็นข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกลึกทางบวกจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 6, 7, 9, 10, 13, 19, 21, 22, 23, 24, 25 และข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกลึกในทางลบจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 26 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (ดูรายละเอียดจากภาคผนวก)

2.1 ข้อความที่แสดงความคิดเห็นทางด้านบวกให้คะแนน ดังนี้

2.1.1	เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
2.1.2	เห็นด้วยมาก	ให้	4	คะแนน
2.1.3	เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3	คะแนน
2.1.4	เห็นด้วยน้อย	ให้	2	คะแนน
2.1.5	ไม่เห็นด้วยเลย	ให้	1	คะแนน

2.2 ข้อความที่แสดงความคิดเห็นทางด้านลบให้คะแนน ดังนี้

2.2.1	เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	1	คะแนน
2.2.2	เห็นด้วยมาก	ให้	2	คะแนน
2.2.3	เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3	คะแนน
2.2.4	เห็นด้วยน้อย	ให้	4	คะแนน
2.2.5	ไม่เห็นด้วยเลย	ให้	5	คะแนน

ดังนั้นค่าคะแนนจะอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการตั้งครุฑและการฝากครุฑ คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย หมายถึง มีทัศนคติต่อการตั้งครุฑและการฝากครุฑในระดับดี คะแนนต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย หมายถึง มีทัศนคติต่อการตั้งครุฑและการฝากครุฑในระดับไม่ดี

3. แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครุฑเป็นความคิดเห็นของมารดา หลังคลอดเกี่ยวกับความพอเพียง การเข้าถึงบริการ ความสะดวก ความสามารถในการใช้บริการ การยอมรับในบริการ และการใช้บริการการฝากครุฑ ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครุฑซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ คลาร์ก (Clark, 1996) ร่วมกับ เพนชานสกาย และ โทมัส (Penchansky, and Thomas, 1984) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ดังนี้ ด้านความพอเพียงจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-4 ด้านการเข้าถึงบริการจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5-7 ด้านความสะดวกจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8-10 ด้านความสามารถในการใช้บริการจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11 และข้อ 12 ด้านการยอมรับในบริการจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13-16 และด้านการใช้บริการการฝากครุฑจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17-19 โดยเป็นข้อคำถามที่แสดงความคิดเห็นทางบวกจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19 และ

ข้อคำถามที่แสดงความคิดเห็นทางลบจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 9, 11, 15 (ดูรายละเอียดจากภาคผนวก) ซึ่งด้านความพอเพียง การเข้าถึงบริการ ความสะดวก ความสามารถในการใช้บริการ การยอมรับในบริการ และการใช้บริการการสุขภาพ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

3.1 ข้อความที่แสดงความคิดเห็นทางด้านบวกให้คะแนน ดังนี้

3.1.1	เป็นจริงมากที่สุด	ให้	4	คะแนน
3.1.2	เป็นจริงมาก	ให้	3	คะแนน
3.1.3	เป็นจริงน้อย	ให้	2	คะแนน
3.1.4	ไม่เป็นจริง	ให้	1	คะแนน

3.2 ข้อความที่แสดงความคิดเห็นทางด้านลบให้คะแนน ดังนี้

3.2.1	เป็นจริงมากที่สุด	ให้	1	คะแนน
3.2.2	เป็นจริงมาก	ให้	2	คะแนน
3.2.3	เป็นจริงน้อย	ให้	3	คะแนน
3.2.4	ไม่เป็นจริง	ให้	4	คะแนน

ดังนั้นค่าคะแนนจะอยู่ระหว่าง 19-76 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ในระดับดี คะแนนต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ในระดับไม่ดี

4. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของมารดาว่าได้รับความรัก ความผูกพัน และการยอมรับจากครอบครัวรวมทั้งบุคคลอื่นๆ ในสังคมเกิดควมมีคุณค่าในตนเองและนำมาซึ่งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านสภาวะจิตใจ อารมณ์ ทรัพย์สิน วัตถุสิ่งของ แรงงาน ข้อมูล ข่าวสาร ซึ่งเป็นแบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมสร้างโดยแบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt, and Weinert, 1981) จากการสังเคราะห์ตามแนวคิดในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมของ ไวสส์ (Weiss, 1974) เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ แบบวัดชุดนี้มี 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับการยืนยันการมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การได้รับความรัก ความผูกพัน การมีโอกาสได้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านอารมณ์ และวัตถุสิ่งของ แบบวัดชุดนี้แปลเป็นภาษาไทยโดยจิรา หงษ์ตระกูล (2532) และนำมาปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาที่มีบุตรคนแรกโดย สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) และหญิงตั้งครรภ์รุ่น โดย เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร (2543) แบบสอบถามมีจำนวน 21 ข้อ เป็นข้อคำถามด้าน

บวกจำนวน 19 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และเป็นข้อคำถามด้านลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 และ 14 มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เป็นจริงเลยถึงเป็นจริงมากที่สุด (ดูรายละเอียดจากภาคผนวก)

การให้คะแนนมีดังนี้ ข้อความด้านบวกให้คะแนน 5-1 คะแนน สำหรับการตอบเป็นจริงมากที่สุดถึงไม่เป็นจริงเลย ส่วนข้อความด้านลบจะให้คะแนนเป็นตรงกันข้ามซึ่งคะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 21-105 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

และเมื่อสุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) นำแบบสอบถามชุดนี้ไปใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87 และเพิ่มเป็น 0.90 หลังจากนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 205 ราย และ เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร (2543) ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.91 และเป็น 0.90 เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 313 ราย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content Validity) โดยการนำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ทางด้านสถิติศาสตร์การพยาบาลมารดาและทารกจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความชัดเจนของภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและปัญหาหรืออุปสรรคในการใช้ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามทุกชุด ไปคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามแต่ละชุดดังนี้

2.1 แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.866 เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 362 ราย

2.2 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.852 เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 362 ราย

2.3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 362 ราย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล และจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดลนำเสนอต่อผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแผนกตึกพักหลังคลอดของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวกับพยาบาลหัวหน้าตึกหลังคลอดในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 2 หลังคลอด เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวมารดาได้รับการพักผ่อนจากการคลอดและหายจากอาการอ่อนเพลียรวมทั้งแบบบันทึกทางการแพทย์มีความสมบูรณ์ครบถ้วน โดยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเวลา 08.00-16.00 น. ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลในวันจันทร์ โรงพยาบาลกลางในวันอังคาร โรงพยาบาลตากสินในวันพุธและวันพฤหัสบดี และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ในวันศุกร์ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนต้องการ

5. ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 ผู้วิจัยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาหลังคลอดจำนวนไม่น้อยกว่า 362 ราย

5.2 ผู้วิจัยทำการจับสลากได้มารดาหลังคลอดที่มีเลขที่ภายใน (AN) เป็นเลขคู่และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

5.3 ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ หลังจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการวิจัย

5.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีและสมัครใจโดยการลงนามในหนังสือ แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบสัมภาษณ์ และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการ ฝากครรภ์ แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ และแบบสอบถามแรงสนับสนุน ทางสังคม โดยผู้วิจัยจะอยู่บริเวณใกล้เคียงขณะที่กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเพื่อให้สามารถสอบถาม ข้อสงสัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่านหรือเขียนหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามและทำ เครื่องหมายในแบบสอบถามตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ซึ่งจะใช้เวลาในกระบวนการดังกล่าว โดยรวมประมาณ 40-45 นาที

5.5 หลังจากตอบแบบสอบถามผู้วิจัยกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

5.6 นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักเป็นอย่างยิ่งในการเคารพสิทธิมนุษยชน โดยให้มารดาหลังคลอดเป็นผู้ใช้วิจารณญาณและตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง โดยก่อน การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับซึ่งจะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปโดยรวม ของการวิจัยเท่านั้น ชี้แจงถึงสิทธิในการตกลงหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย และถึงแม้ว่าจะเข้าร่วมการ วิจัยแล้ว หากไม่มีความสะดวกด้วยเหตุผลใดก็ตามสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มี ข้อแม้หรือผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและทราบรายละเอียดทั้งหมด ผู้วิจัยจะขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือในกรณีผู้ให้ความ ยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลซึ่งผ่านการตรวจสอบเรียบร้อยแล้วมาดำเนินการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ เทียบอัตราส่วนเป็นร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความชุกของการไม่มาฝากครรภ์วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่เทียบอัตราส่วนเป็นร้อยละ
3. เหตุผลของการไม่มาฝากครรภ์วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)
4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ โดยใช้สถิติ Chi-Square test (χ^2) กรณีค่าความถี่ที่คาดหวังที่มีค่าน้อยกว่า 5 มีจำนวนเซลล์ไม่เกินร้อยละ 20 ของเซลล์ทั้งหมด จะใช้สถิติ Fisher's Exact test และนำมาหาค่า Odds Ratio
5. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาหลังคลอด วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-Square test (χ^2) กรณีค่าความถี่ที่คาดหวังที่มีค่าน้อยกว่า 5 มีจำนวนเซลล์ไม่เกินร้อยละ 20 ของเซลล์ทั้งหมด จะใช้สถิติ Fisher's Exact test และนำมาหาค่า Odds Ratio

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ รวมทั้งผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาหลังคลอด ที่พักอยู่ตึกหลังคลอด ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 362 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา
2. ความชุกของการไม่มาฝากครรภ์
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และผลลัพธ์การตั้งครรภ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอด
4. ขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์และขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างการไม่มาฝากครรภ์มีโอกาสรiskต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาหลังคลอด

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีอายุตั้งแต่ 15-42 ปี โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 20-34 ปีร้อยละ 76.24 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 33.15 มีรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาทร้อยละ 43.09 มีรายได้พอใช้ร้อยละ 65.75 อยู่กับสามีโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรสร้อยละ 70.72 มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 81.82 ในจำนวนนี้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลกับประกันสังคมร้อยละ 53.40 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับดีร้อยละ 58.56 เข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ในระดับไม่ดียังร้อยละ 53.59 ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ ด้านความพอเพียงและด้านความสามารถในการใช้บริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 53.31 และ 52.21 ตามลำดับ ขณะที่ด้านการเข้าถึงบริการด้านความสะดวก ด้านการยอมรับในบริการ และด้านการใช้บริการการฝากครรภ์มีคะแนนอยู่ในระดับ

ไม่ดีร้อยละ 58.29, 50.83, 53.59 และ 58.01 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ร้อยละ 52.49 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์		รวม	
อายุ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 20 ปี	4	11.76	58	17.68	62	17.13
20-34 ปี	28	82.35	248	75.61	272	76.24
มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	2	5.88	22	6.71	24	6.63
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	362	100.00
$\bar{X}$ (SD)	24.79 (5.645)		25.61 (5.986)		25.53 (5.952)	
min-max	17-41		15-42		15-42	
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0.00	2	0.61	2	0.55
ประถมศึกษา	8	23.53	78	23.78	86	23.76
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	52.94	102	31.10	120	33.15
มัธยมศึกษาตอนปลาย						
หรือเทียบเท่า	8	23.53	86	26.22	94	25.97
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	0	0.00	21	6.40	21	5.80
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0	0.00	39	11.89	39	10.77
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	362	100.00
$\bar{X}$ (SD)	9.00 (2.089)		10.16 (3.426)		10.05 (3.339)	
min-max	6-12		0-20		0-20	

ตารางที่ 1 (ต่อ) ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์		รวม	
รายได้รวมของครอบครัว บาท/เดือน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 5,000 บาท	6	17.65	8	2.44	14	3.87
5,000-10,000 บาท	20	58.82	136	41.46	156	43.09
10,001-15,000 บาท	7	20.59	68	20.73	75	20.72
15,001-20,000 บาท	0	0.00	63	19.21	63	17.40
มากกว่า 20,000 บาท	1	2.94	53	16.16	54	14.92
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	362	100.00
$\bar{X}$ (SD)	8,955.88 (4,918.068)		15,806.58 (11,194.50)		15,163.14 (10,942.136)	
min-max	1,000-25,000		1,000-100,000		1,000-100,000	
ความเพียงพอของรายได้						
รายได้ไม่พอใช้	19	55.88	105	32.01	124	34.25
รายได้พอใช้	15	44.12	223	67.99	238	58.56
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	362	100.00
สถานภาพสมรส						
อยู่กับสามี						
โดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส	22	64.71	234	71.34	256	70.72
อยู่กับสามี						
และจดทะเบียนสมรส	4	11.76	75	22.87	79	21.82
แยกกันอยู่กับสามี	8	23.53	19	5.79	27	7.46
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	362	100.00
สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล						
มี	19	55.88	275	83.84	294	81.82
ไม่มี	15	44.12	53	16.16	68	18.78
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	362	100.00

ตารางที่ 1 (ต่อ) ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์		รวม	
ประเภทของสิทธิ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ในการเบิกค่ารักษาพยาบาล						
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	10	52.63	103	37.45	113	38.44
ประกันสังคม	9	47.37	148	53.82	157	53.40
ต้นสังกัด	0	0.00	24	8.73	24	8.16
จำนวนรวมทั้งสิ้น	19	100	275	100	294	100
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์						
ระดับไม่ดี	25	73.53	125	38.11	150	41.44
ระดับดี	9	26.47	203	61.89	212	58.56
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	362	100.00
$\bar{X}$ (SD)	103.68 (14.562)		116.81 (9.083)		115.57 (10.432)	
min-max	72-127		69-130		69-130	
การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์						
ระดับไม่ดี	25	73.53	169	51.52	194	53.59
ระดับดี	9	26.47	159	48.48	168	46.41
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	362	100.00
$\bar{X}$ (SD)	52.06 (8.098)		56.69 (8.459)		56.25 (8.523)	
min-max	38-75		30-76		30-76	
การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ รายด้าน						
ด้านความพอเพียง						
ระดับดี	19	55.88	174	53.05	193	53.31
ระดับไม่ดี	15	44.12	154	46.95	169	46.69
$\bar{X}$ (SD)	11.50 (2.550)		11.45 (2.966)		11.46 (2.927)	
min-max	6-16		3-16		3-16	
ด้านการเข้าถึงบริการ						
ระดับไม่ดี	23	67.65	188	57.32	211	58.29
ระดับดี	11	32.35	140	42.68	151	41.71

ตารางที่ 1 (ต่อ) ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของมารดาหลังคลอดที่ไม่
มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์		รวม	
ด้านการเข้าถึงบริการ (ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
$\bar{X}$ (SD)	8.38 (2.188)		9.13 (1.933)		9.06 (1.967)	
min-max	4-12		3-12		3-12	
ด้านความสะดวก						
ระดับไม่ดี	25	73.53	159	48.48	184	50.83
ระดับดี	9	26.47	169	51.52	178	49.17
$\bar{X}$ (SD)	7.59 (1.861)		8.58 (1.822)		8.48 (1.856)	
min-max	4-12		3-12		3-12	
ด้านความสามารถในการใช้บริการ						
ระดับไม่ดี	23	67.65	150	45.73	173	47.79
ระดับดี	11	32.35	178	54.27	189	52.21
$\bar{X}$ (SD)	4.85 (1.438)		5.80 (1.389)		5.71 (1.419)	
min-max	2-8		2-8		2-8	
ด้านการยอมรับในบริการ						
ระดับไม่ดี	24	70.59	170	51.83	194	53.59
ระดับดี	10	29.41	158	48.17	168	46.41
$\bar{X}$ (SD)	11.62 (2.118)		12.40 (2.290)		12.33 (2.283)	
min-max	8-16		0-16		0-16	
ด้านการใช้บริการการฝากครรภ์						
ระดับไม่ดี	27	79.41	183	55.79	210	58.01
ระดับดี	7	20.59	145	44.21	152	41.99
$\bar{X}$ (SD)	8.12 (2.371)		9.34 (2.019)		9.22 (2.082)	
min-max	4-12		3-12		3-12	

ตารางที่ 1 (ต่อ) ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (N = 362)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์		รวม	
แรงสนับสนุนทางสังคม	34	100	328	100	362	100
ได้รับแรงสนับสนุน						
ทางสังคมน้อย	27	79.41	145	44.21	172	47.51
ได้รับแรงสนับสนุน						
ทางสังคมมาก	7	20.59	183	55.79	190	52.49
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34		100.00		328	
$\bar{X}$ (SD)	70.21 (14.348)		81.34 (12.068)		80.29 (12.701)	
min-max	35-97		42-105		35-105	

การตั้งครรภ์และการคลอด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกซึ่งเท่ากับครั้งที่ 2 ร้อยละ 37.57 เป็นการคลอดครั้งแรกร้อยละ 46.69 ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 61.05 ไม่มีประวัติการแท้งบุตรร้อยละ 78.45 มีประวัติการแท้งบุตรร้อยละ 21.55 ในจำนวนนี้มีประวัติการแท้งบุตร 1 ครั้งร้อยละ 89.74 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนบุตรมีชีวิต 0-1 คนร้อยละ 83.70 คลอดปกติทางช่องคลอดร้อยละ 77.90 มาคลอดเมื่อมีอายุครรภ์ครบกำหนดร้อยละ 87.57 คลอดทารกมีน้ำหนักตัวครบตามเกณฑ์ร้อยละ 91.61 เกือบทั้งหมดมีคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 1 และ 5 มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนนร้อยละ 97.24 และ 98.62 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ จำแนกตามลักษณะของการตั้งครรภ์และการคลอด

การตั้งครรภ์และการคลอด	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์		รวม	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 ครั้ง	7	20.59	129	39.33	136	37.57
2 ครั้ง	13	38.24	123	37.50	136	37.57
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	14	41.18	76	23.17	90	24.86
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	362	100.00

ตารางที่ 2 (ต่อ) ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ จำแนกตามลักษณะของการตั้งครรภ์และการคลอด

การตั้งครรภ์และการคลอด	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์		รวม	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
$\bar{X}$ (SD)	2.65 (1.475)		1.94 (1.000)		2.01 (1.071)	
min-max	1-6		1-6		1-6	
จำนวนครั้งของการคลอด						
1 ครั้ง	8	23.53	161	49.09	169	46.69
2 ครั้ง	13	38.24	121	36.89	134	37.02
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	13	38.24	46	14.02	59	16.30
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	362	100.00
$\bar{X}$ (SD)	2.44 (1.260)		1.70 (0.841)		1.77 (0.913)	
min-max	1-6		1-6		1-6	
การวางแผนการตั้งครรภ์						
ไม่มีการวางแผน	29	85.29	192	58.54	221	61.05
มีการวางแผน	5	14.71	136	41.46	141	38.95
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	328	100.00
ประวัติการแท้งบุตร						
ไม่มี	29	85.29	255	77.74	284	78.45
มี	5	14.71	73	22.26	78	21.55
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	328	100.00
จำนวนครั้งของการแท้งบุตร						
แท้งบุตร 1 ครั้ง	4	80.00	66	90.41	70	89.74
แท้งบุตร 2 ครั้ง	1	20.00	7	9.59	8	10.26
จำนวนรวมทั้งสิ้น	5	100.00	73	100.00	78	100.00
$\bar{X}$ (SD)	0.18 (0.459)		0.24 (0.477)		0.24 (0.475)	
min-max	0-2		0-2		0-2	

ตารางที่ 2 (ต่อ) ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ จำแนกตามลักษณะของการตั้งครรภ์และการคลอด

การตั้งครรภ์และการคลอด	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์		รวม	
จำนวนบุตรมีชีวิต	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0-1 คน	21	61.76	282	85.98	303	83.70
มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน	13	38.24	46	14.02	59	16.30
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	328	100.00
$\bar{X}$ (SD)	1.47 (1.237)		0.68 (0.844)		0.76 (0.916)	
min-max	0-5		0-5		0-5	
วิธีการคลอด						
คลอดปกติทางช่องคลอด	31	91.18	251	76.52	282	77.90
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	3	8.82	64	19.51	67	18.51
คลอดโดยใช้						
เครื่องดูดสุญญากาศ	0	0.00	11	3.35	11	3.04
คลอดโดยใช้คีม	0	0.00	2	0.61	2	0.55
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	328	100.00
อายุครรภ์ที่คลอด						
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	12	35.29	33	10.06	45	12.43
มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์	22	64.71	295	89.94	317	87.57
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	362	100.00
$\bar{X}$ (SD)	36.68 (3.715)		38.49 (1.538)		38.32 (1.920)	
min-max	25-43		33-43		25-43	
น้ำหนักของทารกแรกเกิด						
น้อยกว่า 2,500 กรัม	6	17.65	26	7.93	32	8.84
มากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม	28	82.35	302	92.07	330	91.16
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	362	100.00

ตารางที่ 2 (ต่อ) ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ จำแนกตามลักษณะของการตั้งครรภ์และการคลอด

การตั้งครรภ์และการคลอด	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์		รวม	
น้ำหนักของทารกแรกเกิด (ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
$\bar{X}$ (SD)	2,850.76		3,060.38		3,040.70	
	(586.224)		(449.890)		(467.443)	
min-max	622-3,830		1,380-4,470		622-4,470	
APGAR score นาทีที่ 1						
น้อยกว่า 7 คะแนน	3	8.82	7	2.13	10	2.76
มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน	31	91.18	321	97.87	352	97.24
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	362	100.00
$\bar{X}$ (SD)	8.76 (1.130)		9.04 (.696)		9.01 (0.750)	
min-max	5-10		4-10		4-10	
APGAR score นาทีที่ 5						
น้อยกว่า 7 คะแนน	3	8.82	2	0.61	5	1.38
มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน	31	91.18	326	99.39	357	98.62
จำนวนรวมทั้งสิ้น	34	100.00	328	100.00	362	100.00
$\bar{X}$ (SD)	9.53 (1.130)		9.95 (0.696)		9.91 (0.582)	
min-max	5-10		4-10		4-10	

ความชุกของการไม่มาฝากครรภ์

ผลการศึกษาความชุกโดยรวมในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 9.39 และความชุกในแต่ละโรงพยาบาล พบว่า ในโรงพยาบาลตากสินพบความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 11.76 ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลพบความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 10.42 ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์พบความชุกของการไม่มาฝาก

ครรภ์ร้อยละ 7.81 และในโรงพยาบาลกลางพบความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 7.00 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ของมารดาหลังคลอด จำแนกตามลักษณะการมาฝากครรภ์ และไม่มาฝากครรภ์

โรงพยาบาล	N	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลตากสิน	102	12	11.76	90	88.24
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล	96	10	10.42	86	89.58
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	64	5	7.81	59	92.19
โรงพยาบาลกลาง	100	7	7.00	93	93.00
รวมทั้ง 4 โรงพยาบาล	362	34	9.39	328	90.61

การฝากครรภ์ จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากคำถามปลายเปิดที่สอบถามเกี่ยวกับเหตุผลของการมาฝากครรภ์และไม่มาฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์ร้อยละ 90.61 ในจำนวนนี้มาฝากครรภ์เพื่อความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ร้อยละ 90.25 มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ร้อยละ 67.99 มาฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้งร้อยละ 90.85 กลุ่มตัวอย่างโดยรวมไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 9.39 ในจำนวนนี้ร้อยละ 29.41 ไม่มีเวลามาฝากครรภ์เนื่องจากต้องดูแลบุตร ดูแลมารดาที่ป่วยเป็นอัมพาตและต้องทำงาน ซึ่งช่วงเวลาที่เปิดให้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐอยู่ในช่วงเวลา 8.00-16.00 น. และไม่สามารถลงงานได้ ขณะเดียวกันถ้าไปฝากครรภ์ที่คลินิกหลังเลิกงานค่าใช้จ่ายจะสูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐ และด้วยการจราจรที่คับคั่งในช่วงโมงเร่งด่วน คลินิกจะปิดการให้บริการก่อนที่จะเดินทางไปถึง ร้อยละ 23.53 ไม่มีเงินมาฝากครรภ์เนื่องจากรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย จำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีวิตเป็นลำดับแรก บางส่วนไม่มีงานทำหรือตกงานทำให้ไม่มีเงินพอเพียงกับการมาฝากครรภ์ บางส่วนมีอาชีพเป็นแม่บ้านได้รับเงินจากสามีเมื่อเลิกกับสามีจึงไม่มีเงินมาฝากครรภ์ ร้อยละ 11.76 มีปัญหาครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างตนเองกับสามีไม่ดี ทะเลาะกับสามีเกือบทุกวัน บางส่วนเลิกกับสามี ส่งผลให้จิตใจหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ไม่มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองและทารกในครรภ์จึงไม่ใส่ใจกับการมาฝากครรภ์ ร้อยละ 11.76 ไม่ต้องการทารกในครรภ์เนื่องจากส่วนหนึ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในระหว่างศึกษาเล่าเรียนเมื่อเกิดการตั้งครรภ์รู้สึกอายและกลัวจึงตั้งใจที่จะทำแท้งผิดกฎหมายแต่ไม่สำเร็จ จำเป็นต้องตั้งครรภ์ต่อไปโดยไม่มีความพร้อมจึงไม่มาฝากครรภ์ ร้อยละ

2.94 ย้ายที่พักอาศัยบ่อยครั้ง เนื่องจากมีอาชีพกรรมกรก่อสร้างต้องย้ายที่พักอาศัยบ่อยครั้งตามลักษณะงานไม่มีความสะดวกในการมาฝากครรภ์ ร้อยละ 2.94 ไม่มีเพื่อนพามาฝากครรภ์ ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการฝากครรภ์จึงทำให้มีความกังวลและกลัวไม่มีความมั่นใจไม่กล้ามาโดยลำพัง ร้อยละ 2.94 กลัวแพทย์กลัวการคลอดไม่กล้ามาโรงพยาบาลเนื่องจากมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ใช้ถ้อยคำไม่สุภาพและมักตำหนิเมื่อไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำจึงไม่กล้ามาฝากครรภ์ ร้อยละ 2.94 ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนเนื่องจากตกสำรวจสำมะโนประชากรและอยู่ระหว่างดำเนินการร้องขอกลัวว่าเมื่อไม่มีหลักฐานทางโรงพยาบาลจะไม่รับฝากครรภ์ ร้อยละ 2.94 ไม่มีบัตรประจำตัวบุคคลต่างด้าวเนื่องจากเป็นต่างด้าวชาวลาวลักลอบเข้ามาทำงานโดยผิดกฎหมาย กลัวว่าเมื่อมาฝากครรภ์แล้วจะถูกแจ้งจับดำเนินคดีจึงไม่กล้ามาฝากครรภ์ ร้อยละ 2.94 ไม่ได้นำไปฝากครรภ์มาเนื่องจากมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดและเดินทางมาเยี่ยมสามีที่ทำงานและคาดว่าจะยังไม่คลอดจึงไม่ได้นำไปฝากครรภ์ติดตัวมา ร้อยละ 2.94 สถานบริการสุขภาพตั้งอยู่ไกลที่พักอาศัย ไม่มีความสะดวกในการเดินทางมาฝากครรภ์ เนื่องจากมีที่พักอาศัยอยู่ไกลจากสถานบริการทางสุขภาพมาก ใช้ระยะเวลาในการเดินทางนานกว่า 2 ชั่วโมง ไม่รวมระยะเวลาที่คอยรถประจำทาง ร้อยละ 2.94 ดิทยาเสพติด กลัวว่าเมื่อมาฝากครรภ์แล้วโรงพยาบาลตรวจพบว่าดิทยาเสพติดจะถูกแจ้งจับดำเนินคดีจึงไม่กล้ามาฝากครรภ์ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของมารดาหลังคลอด จำแนกตามลักษณะการฝากครรภ์

การฝากครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
การฝากครรภ์ (N = 362)		
ฝากครรภ์	328	90.61
ไม่ฝากครรภ์	34	9.39
เหตุผลของการมาฝากครรภ์ (N = 328)		
เพื่อความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์	296	90.25
บุคคลในครอบครัว เพื่อน แนะนำให้มาฝากครรภ์	14	4.27
เพื่อความสะดวกในการมาคลอด เช่น มีสถานที่คลอด เป็นต้น	8	2.44
มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล	4	1.22
กลัวมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์	2	0.61
กลัวแพทย์ต่อว่า	2	0.61
ทำให้ตนเองมีความมั่นใจ ไม่วิตกกังวลในการคลอด	1	0.30
สถานบริการสุขภาพตั้งอยู่ไม่ไกลที่พักอาศัย	1	0.30

ตารางที่ 4 (ต่อ) ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของมารดาหลังคลอด
จำแนกตามลักษณะการฝากครรภ์

การฝากครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลของการไม่มาฝากครรภ์ (N = 34)		
ไม่มีเวลา	10	29.41
ไม่มีเงิน	8	23.53
มีปัญหาคอครบถ้วน	4	11.76
ไม่มีความพร้อม ไม่ต้องการทารกในครรภ์	4	11.76
ย้ายที่พักอาศัยบ่อยครั้ง	1	2.94
ไม่มีเพื่อนพามาฝากครรภ์	1	2.94
กลัวแพทย์ กลัวการคลอด ไม่กล้ามาโรงพยาบาล	1	2.94
ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน	1	2.94
ไม่มีบัตรประจำตัวบุคคลต่างด้าว	1	2.94
ไม่ได้เข้าไปฝากครรภ์มา	1	2.94
สถานบริการสุขภาพตั้งอยู่ไกลที่พักอาศัย	1	2.94
ติดยาเสพติด	1	2.94
สถานที่ฝากครรภ์ (N = 328)		
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์	223	67.99
คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน	57	17.38
ศูนย์บริการสาธารณสุข	20	6.10
อื่นๆ (ฝากครรภ์ในสถานบริการสุขภาพ 2 แห่งขึ้นไป)	15	4.57
โรงพยาบาลอื่นๆ ของรัฐ	13	3.96
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ (N = 328)		
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้งขึ้นไป	298	90.85
น้อยกว่า 4 ครั้ง	30	9.15

อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มาฝากครรภ์ไม่
มีอาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 91.18 มีอาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 8.82 โดยมีอาการ
ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ร้อยละ 66.67 ส่วนที่เหลือร้อยละ 33.33 มีภาวะน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล ส่วน
กลุ่มมาฝากครรภ์ไม่มีอาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 94.51 มีอาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ

ละ 5.49 ในจำนวนนี้มีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.00 รองลงมา มีภาวะเลือดออกทางช่องคลอด ร้อยละ 22.22 มีภาวะอาเจียนไม่สงบและปัสสาวะแสบขัด ร้อยละ 11.11 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์จำนวน ตามลักษณะอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์

	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์		รวม	
อาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	31	91.18	310	94.51	341	94.20
มี	3	8.82	18	5.49	21	5.80
- อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว	2	66.67	9	50.00	11	52.38
- ภาวะน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล	1	33.33	0	0.00	1	4.76
- ภาวะเลือดออกทางช่องคลอด	0	0.00	4	22.22	4	19.05
- ภาวะอาเจียนไม่สงบ	0	0.00	2	11.11	2	9.52
- ปัสสาวะแสบขัด	0	0.00	2	11.11	2	9.52
- ภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด	0	0.00	1	5.56	1	4.76

ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดของมารดาผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มาฝากครรภ์ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดร้อยละ 79.41 มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดร้อยละ 20.59 ในจำนวนนี้มีภาวะ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 57.14 มีภาวะตกเลือดขณะคลอดพบเท่ากับมีภาวะน้ำเดินเนิ่นนานและมีภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 14.29 ส่วนกลุ่มมาฝากครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดร้อยละ 95.73 มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดร้อยละ 4.27 โดยมีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 35.71 มีภาวะน้ำ เดินเนิ่นนานร้อยละ 21.43 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ จำแนกตามลักษณะภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดของมารดา

	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์		รวม	
ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดของมารดา	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	27	79.41	314	95.73	341	94.20
มี	7	20.59	14	4.27	21	5.80
- ภาวะความดันโลหิตสูง	4	57.14	5	35.71	9	42.86
- ภาวะตกเลือดขณะคลอด	1	14.29	1	7.14	2	9.52
- ภาวะน้ำเดินเนิ่นนาน	1	14.29	3	21.43	4	19.06
- ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	1	14.29	1	7.14	2	9.52
- ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะคับขัน	0	0.00	1	7.14	1	4.76
- ศีรษะทารกกับกระดูกเชิงกรานไม่ได้สัดส่วน	0	0.00	1	7.14	1	4.76
- ปากมดลูกฉีกขาด	0	0	1	7.14	1	4.76
- มีภาวะน้ำคร่ำน้อย	0	0	1	7.14	1	4.76

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของมารดา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มาฝากครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดร้อยละ 97.06 มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดร้อยละ 2.94 โดยมีภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 100.00 ส่วนกลุ่มมาฝากครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดร้อยละ 98.48 มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดร้อยละ 1.52 ในจำนวนนี้มีภาวะตกเลือดหลังคลอดพบเท่ากับมีไข้ไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 40.00 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ จำแนกตามลักษณะภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของมารดา

	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์		รวม	
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของมารดา	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	33	97.06	323	98.48	356	98.34
มี	1	2.94	5	1.52	6	1.66
- ภาวะตกเลือดหลังคลอด	1	100.00	2	40.00	3	50.00
- มีไข้ไม่ทราบสาเหตุ	0	0.00	2	40.00	3	33.33
- แผลผ่าตัดมีการติดเชื้อ	0	0.00	1	20.00	2	16.67

ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดของทารก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มาฝากครรภ์ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดร้อยละ 55.88 ทารกมีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดร้อยละ 44.12 โดยเป็นการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 80.00 ส่วนกลุ่มมาฝากครรภ์ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดร้อยละ 88.72 ทารกมีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดร้อยละ 11.28 โดยเป็นการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 89.19 และทารกมีภาวะขาดออกซิเจนร้อยละ 5.41 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ จำแนกตามลักษณะภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดของทารก

	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์		รวม	
ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดของทารก	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	19	55.88	291	88.72	310	85.64
มี	15	44.12	37	11.28	52	14.36
- คลอดก่อนกำหนด	12	80.00	33	89.19	45	86.54
- ภาวะขาดออกซิเจน	3	20.00	2	5.41	5	9.62
- หัวใจเต้นผิดปกติ	0	0.00	1	2.70	1	1.92
- เส้นเลือดไม่ครบ	0	0.00	1	2.70	1	1.92

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของทารก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มาฝากครรภ์ ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดร้อยละ 82.35 ทารกมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดร้อยละ 17.65 โดยทารก

มีน้ำหนักตัวน้อยร้อยละ 83.33 ทารกมีน้ำหนักตัวน้อยและเสียชีวิตร้อยละ 16.67 ส่วนกลุ่มมาฝากครรภ์
ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดร้อยละ 91.46 ทารกมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดร้อยละ 8.54 โดย
ทารกมีน้ำหนักตัวน้อยร้อยละ 92.86 และทารกเสียชีวิตพบในจำนวนเท่ากับทารกปอดอักเสบร้อยละ
3.57 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ จำแนก
ตามลักษณะภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของทารก

	ไม่มาฝากครรภ์		มาฝากครรภ์		รวม	
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของทารก	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	28	82.35	300	91.46	328	90.61
มี	6	17.65	28	8.54	34	9.39
- ทารกน้ำหนักตัวน้อย	5	83.33	26	92.86	31	91.18
- ทารกน้ำหนักตัวน้อย และเสียชีวิต	1	16.67	0	0.00	1	2.94
- เสียชีวิต (จากความผิดปกติของ หลอดเลือดและหัวใจ)	0	0.00	1	3.57	1	2.94
- ปอดอักเสบ	0	0.00	1	3.57	1	2.94

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และผลลัพธ์การตั้งครรภ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของ มารดาหลังคลอด

ปัจจัยนำผลการวิจัยพบว่า อายุและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์
ของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส และ
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอด
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการไม่มาฝากครรภ์

ปัจจัยนำ	ไม่มาฝากครรภ์	มาฝากครรภ์	Chi-square test (χ^2)	p-value
อายุ	(N) 34	(N) 328		
น้อยกว่า 20 ปี	4	58		
20-34 ปี	28	248	0.845	0.655
มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	2	22		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	8	80	0.012	0.911
สูงกว่าประถมศึกษา	26	248		
จำนวนบุตรมีชีวิต				
0-1 คน	21	282	13.237	< 0.001
มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน	13	46		
สภาพสมรส				
อยู่กับสามี	26	309	14.041	0.002*
แยกกันอยู่กับสามี	8	19		
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์				
ระดับไม่ดี	25	125	15.927	< 0.001
ระดับดี	9	203		

*Fischer's Exact test

ปัจจัยเอื้อ ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ และสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ตารางแสดงความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยเอื้อกับการไม่มาฝากครรภ์

ปัจจัยเอื้อ	ไม่มาฝากครรภ์	มาฝากครรภ์	Chi-square test (χ^2)	p-value
ความเพียงพอของรายได้	(N) 34	(N) 328		
รายได้ไม่พอใช้	19	105	7.794	0.005
รายได้พอใช้	15	223		

ตารางที่ 11 (ต่อ) ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการไม่มาฝากครรภ์

ปัจจัยอื่น	ไม่มาฝากครรภ์	มาฝากครรภ์	Chi-square test (χ^2)	p-value
การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์				
ระดับไม่ดี	25	169	5.998	0.014
ระดับดี	9	159		
สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล				
มีสิทธิ	19	275	15.785	< 0.001
ไม่มีสิทธิ	15	53		

ปัจจัยเสริม ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับการไม่มาฝากครรภ์

ปัจจัยเสริม	ไม่มาฝากครรภ์	มาฝากครรภ์	Chi-square test (χ^2)	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	(N) 34	(N) 328		
ได้รับแรงสนับสนุน				
ทางสังคมน้อย	27	145	15.310	< 0.001
ได้รับแรงสนับสนุน				
ทางสังคมมาก	7	183		

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า อายุครรภ์ที่คลอดและคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาที่ที่ 5 มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่น้ำหนักของทารกแรกเกิดและคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาที่ที่ 1 มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การตั้งครรภ์กับการไม่มาฝากครรภ์

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์	ไม่มาฝากครรภ์	มาฝากครรภ์	Chi-square test (χ^2)	p-value
อายุครรภ์ที่คลอด	(N) 34	(N) 328		
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	12	33	18.019	< 0.001*
มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์	22	295		
น้ำหนักของทารกแรกเกิด				
น้อยกว่า 2,500 กรัม	6	26	3.612	0.102*
มากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม	28	302		
APGAR score นาทีที่ 1				
น้อยกว่า 7 คะแนน	3	7	5.132	0.058*
มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน	31	321		
APGAR score นาทีที่ 5				
น้อยกว่า 7 คะแนน	3	2	15.258	0.007*
มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน	31	326		

*Fischer's Exact test

ผลการศึกษานาดของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์ และขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างการไม่มาฝากครรภ์มีโอกาเสี่ยงต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาหลังคลอด

ปัจจัยนำ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน มีโอกาสไม่มาฝากครรภ์เป็น 3.80 เท่าของกลุ่มที่มีจำนวนบุตรมีชีวิต 0-1 คน กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแยกกันอยู่กับสามีมีโอกาสไม่มาฝากครรภ์เป็น 4.22 เท่าของกลุ่มที่อยู่กับสามี และกลุ่มที่มีทัศนคติต่อ

การตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับไม่ดีมีโอกาสนิไม่มาฝากครรภ์เป็น 4.51 เท่าของกลุ่มที่มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ตารางแสดงขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์

ปัจจัยนำ	ไม่มาฝากครรภ์	มาฝากครรภ์	Odds ratio (OR)	95% CI
จำนวนบุตรมีชีวิต	(N) 34	(N) 328		
มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน	13	46	3.80	1.78-8.10
0-1 คน	21	282		
สภาพสมรส				
แยกกันอยู่กับสามี	8	19	4.22	1.63-10.92
อยู่กับสามี	26	309		
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์				
ระดับไม่ดี	25	125	4.51	2.04-9.98
ระดับดี	9	203		

ปัจจัยเอื้อ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่พอใช้มีโอกาสนิไม่มาฝากครรภ์เป็น 2.69 เท่าของกลุ่มที่มีรายได้พอใช้ กลุ่มที่มีคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ในระดับไม่ดี มีโอกาสนิไม่มาฝากครรภ์เป็น 2.61 เท่าของกลุ่มที่มีคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ในระดับดี และกลุ่มที่ไม่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลมีโอกาสนิไม่มาฝากครรภ์เป็น 4.10 เท่าของกลุ่มที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ตารางแสดงขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์

ปัจจัยเอื้อ	ไม่มาฝากครรภ์	มาฝากครรภ์	Odds ratio (OR)	95% CI
ความเพียงพอของรายได้	(N) 34	(N) 328		
รายได้ไม่พอใช้	19	105	2.69	1.32-5.50
รายได้พอใช้	15	223		
การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์				
ระดับไม่ดี	25	169	2.61	1.18-5.77
ระดับดี	9	159		

ตารางที่ 15 (ต่อ) ตารางแสดงขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์

ปัจจัยเอื้อ	ไม่มาฝากครรภ์	มาฝากครรภ์	Odds ratio (OR)	95% CI
สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล				
ไม่มีสิทธิ	15	53	4.10	1.96-8.57
มีสิทธิ	19	275		

ปัจจัยเสริม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยมีโอกาสไม่มาฝากครรภ์เป็น 4.87 เท่าของกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ตารางแสดงขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์

ปัจจัยเสริม	ไม่มาฝากครรภ์	มาฝากครรภ์	Odds ratio (OR)	95% CI
แรงสนับสนุนทางสังคม	(N) 34	(N) 328		
ได้รับแรงสนับสนุน				
ทางสังคมน้อย	27	145	4.87	2.06-11.50
ได้รับแรงสนับสนุน				
ทางสังคมมาก	7	183		

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาฝากครรภ์มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดและมีคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดน้อยกว่า 7 คะแนนเป็น 4.88 และ 15.77 เท่าตามลำดับของกลุ่มตัวอย่างที่มาฝากครรภ์ ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ตารางแสดงขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างการไม่มาฝากครรภ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์

พฤติกรรมฝากครรภ์	ผลลัพธ์การตั้งครรภ์		Odds ratio	95% CI
	อายุครรภ์ที่คลอด			
	น้อยกว่า 37 สัปดาห์	มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์		
ไม่มาฝากครรภ์	12	22	4.88	2.21-10.74
มาฝากครรภ์	33	295		
จำนวนรวมทั้งสิ้น	45	317		
	APGAR score นาทีที่ 5			
	น้อยกว่า 7 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน		
ไม่มาฝากครรภ์	3	31	15.77	2.54-98.01
มาฝากครรภ์	2	326		
จำนวนรวมทั้งสิ้น	5	357		

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยประเด็นที่ได้จากผลการวิจัยผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ มีรายละเอียดดังนี้

ความชุกของการไม่มาฝากครรภ์

ผลการศึกษาความชุกโดยรวมในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 9.39 ผลการศึกษาความชุกในโรงพยาบาลตากสินพบความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 11.76 ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลพบความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 10.42 ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์พบความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 7.81 และในโรงพยาบาลกลางพบความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 7.00 ดังแสดงในตารางที่ 3 แตกต่างจากการศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544) ที่พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 6.5 ถึงแม้ว่าจะนำมาเปรียบเทียบกันโดยตรงไม่ได้ แต่จะเห็นได้ว่าความชุกของการไม่มาฝากครรภ์มีอัตราร้อยละที่เพิ่มขึ้นอธิบายได้ว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ความชุกของการไม่มาฝากครรภ์มีอัตราเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จะเห็นได้จากเหตุผลของการไม่มาฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 4) เช่น ไม่มาฝากครรภ์เนื่องจากไม่มีเงิน ไม่มีความพร้อมไม่ต้องการทารกในครรภ์ ไม่มีเวลาเนื่องจากต้องทำงานเลี้ยงดูบุตร ดูแลบุคคลในครอบครัวที่ป่วยและชราภาพ ดิฉันเสียดายที่พักอาศัยบ่อยครั้งเป็นต้น ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมก็มีส่วนสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่มาฝากครรภ์เนื่องจากมีปัญหาครอบครัว เลิกกับสามี และไม่มีเพื่อนพามาฝากครรภ์ เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การกลัวแพทย์กลัวการคลอดทำให้ไม่กล้ามาโรงพยาบาลและสถานบริการทางสุขภาพตั้งอยู่ไกลที่พักอาศัยไม่มีความสะดวกในการเดินทางมาฝากครรภ์เป็นปัญหาทางด้านการเข้าถึงบริการทางสุขภาพซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการฝากครรภ์ สอดคล้อง

กับการศึกษาที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย มีประสบการณ์ที่พึงพอใจน่ายินดี จะเข้ารับบริการฝากครรภ์มากกว่ากลุ่มอื่น (Mikhail, 2000)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และผลลัพธ์การตั้งครรภ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอด

ในการศึกษาครั้งนี้มีสมมติฐานว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส และทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความพึงพอใจของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ และสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยผลของการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส และทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ อภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

1.1 อายุ ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .845, p = .655$) (ตารางที่ 10) ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยหรือมากไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การฝากครรภ์ อธิบายได้ว่าถึงแม้ว่าอายุจะแสดงถึงการมีวุฒิภาวะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ และมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในระบะตั้งครรภ์โดยมารดาที่มีอายุน้อยกว่า จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่าก็ตาม (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และ สุชาดา สุวรรณคำ, 2535) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาฝากครรภ์มีอายุโดยเฉลี่ย 25.61 ปี กลุ่มที่มาฝากครรภ์มีอายุโดยเฉลี่ย 24.79 ปี จะเห็นได้ว่าทั้ง 2 กลุ่มมีอายุโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจึงไม่ต่างกัน จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-34 ปี เป็นกลุ่มที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์มากที่สุด ทั้งนี้ช่วงอายุระหว่าง 20-30 ปี เป็นช่วงอายุที่เหมาะสมแก่การตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ เนื่องจากร่างกายมีความแข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งจะทำให้ขณะตั้งครรภ์มีปัญหาน้อยที่สุดทั้งต่อตัวมารดา รวมถึงทารกในครรภ์ (วิทยา ถิฐาพันธ์, และ บุญศรี จันทร์รัชกุล, 2550) การที่กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์มีอายุอยู่ในวัยเดียวกันมากที่สุด จึงส่งผลให้อายุมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุใกล้เคียงกันและพบว่า อายุของสตรีตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ แต่ขัดแย้งกับการศึกษา

ของ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และ สุชาดา สุวรรณคำ (2535) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับบริการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 ระดับการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .012, p = 0.911$) (ตารางที่ 10) ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ไม่ว่าจะสูงหรือต่ำไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฝากครรภ์ อธิบายได้ว่าการศึกษาเป็นพื้นฐานและองค์ประกอบที่สำคัญต่อการพัฒนาการรับรู้ของบุคคลทำให้มีความรอบรู้มากขึ้น โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาได้เหมาะสมและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (Orem, 1985) แต่ในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์มีจำนวนปีการศึกษาโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 9.00 ปี และ 10.06 ปี ซึ่งนับได้ว่าทั้ง 2 กลุ่มมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ตารางที่ 1) ดังนั้นระดับความสามารถในการหาข้อมูลสนับสนุนและการเรียนรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์จึงไม่ต่างกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการฝากครรภ์ไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวรรณ ห่มแก้วกล้าวิชิต (2551) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่ต่ำลักษณะพื้นฐานจึงคล้ายคลึงกันตั้งแต่เริ่มต้น ขณะที่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ตรินห์ และคณะ (Trinh et al., 2007) ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันทั้งทางด้านเชื้อชาติและวัฒนธรรม พบว่า ระดับการศึกษาที่น้อยกว่าประถมศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอ และการศึกษาของ จารุวรรณ รวีไพบูลย์ (2532) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 จำนวนบุตรมีชีวิต ผลการวิจัยพบว่า จำนวนบุตรมีชีวิตมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 13.237, p < 0.001$) (ตารางที่ 10) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันน้อยกว่า จะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์ดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตในปัจจุบันมากกว่า อธิบายได้ว่า เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการคลอดบุตรมาแล้วหลายครั้งและบุตรยังมีชีวิตอยู่ อาจคิดว่าตนเองมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ อีกทั้งการคลอดครั้งก่อนๆ ไม่มีปัญหาอะไร จึงทำให้มีการฝากครรภ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีบุตรคนแรก จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน พบว่า ไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 38.14 ขณะที่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 14.02 (ตารางที่ 1) ทั้งนี้การมีจำนวนบุตรมีชีวิตหลายคนและการตั้งครรภ์ในครรภ์หลังทำให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองลดน้อยลงกว่าการมีบุตรคนแรกๆ ฉะนั้นจึงมีการฝากครรภ์น้อยกว่า โดย

กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน มีโอกาสที่จะไม่มาฝากครรภ์เป็น 3.80 เท่าของกลุ่มที่มีจำนวนบุตรมีชีวิต 0-1 คน (ตารางที่ 14) ส่งผลให้จำนวนบุตรมีชีวิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรินห์ และคณะ (Trinh et al., 2007) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ไม่เพียงพอมีจำนวนบุตรมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คน และการศึกษาของ เจนสัน และคณะ (Jansone et al., 2001) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีจำนวนการคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์ ขณะที่ขัดแย้งกับการศึกษาของ วัชร วัชรมัย (2532) ที่พบว่า จำนวนบุตรเกิดรอดและจำนวนบุตรมีชีวิตมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4 สถานภาพสมรส ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 14.041$, $p = 0.002$) (ตารางที่ 10) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสอยู่ กับสามีจะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่แยกกันอยู่กับสามี อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสอยู่คู่กับสามี สะท้อนถึงความสัมพันธ์ที่ดีของกลุ่มสมรส ซึ่งสัมพันธ์ภาพของกลุ่มสมรสเป็นสัมพันธ์ภาพของการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการสนับสนุนที่มีความสำคัญและมีประสิทธิภาพ (Cronnenwett and Kunst-wilson, 1981) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสแต่งงานแล้วจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ยังไม่แต่งงาน (Rowenstein and Rinehart, 1981) และในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแยกกันอยู่กับสามีไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 23.53 ขณะที่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 5.79 (ตารางที่ 1) โดยมีโอกาสที่จะไม่มาฝากครรภ์เป็น 5.00 เท่าของกลุ่มที่อยู่กับสามี (ตารางที่ 14) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่อยู่กับสามีและมีสัมพันธ์ภาพทางสมรสเป็นไปในทางที่ดีจะมีความรู้ดีกว่าตนเองมีคุณค่ามีความมั่นใจมีกำลังใจและมีที่ปรึกษาที่ไว้วางใจได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ดีซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแยกกันอยู่กับสามี ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกิจ พรหมรับ (2541) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสหย่ามีความเสี่ยงมาฝากครรภ์ไม่เหมาะสมมากขึ้น และการศึกษาของ บินน์ส เกรเนด และแอสชเลย์ (Binns, Grenade and Ashley, 1995) ที่พบว่า การสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ เกษณี โคกตาทอง (Koktatong, 2002) ที่พบว่า การสนับสนุนจากสามีไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ และการศึกษาของ มาลัย สำราญจิตร (2540) พบว่า มารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

1.5 ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.927$, $p < 0.001$) (ตารางที่ 10) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมาย

ความว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์จะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ดี อธิบายได้ว่า ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกที่มีต่อการทารกในครรภ์ และความรู้สึกที่มีต่อการมาฝากครรภ์ (อรุณี พึ่งแพง, 2544) และในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับไม่ดี ไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 73.53 ขณะที่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 38.11 (ตารางที่ 1) โดยมีโอกาสที่จะไม่มาฝากครรภ์เป็น 4.51 เท่าของกลุ่มที่มีคะแนนทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับดี (ตารางที่ 14) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเมื่อสตรีทราบอย่างแน่ชัดแล้วว่าตนเองตั้งครรภ์จริงหลังจากปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้แล้ว กลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์จะเกิดเป็นความรักใคร่ผูกพันขึ้นชมยินดีต่อการทารกในครรภ์และต้องการให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรง ส่งผลให้กลุ่มนี้มีพฤติกรรมฝากครรภ์ดีกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2551) ที่ศึกษาเจตคติต่อการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และพบว่ามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544) พบว่า ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535) พบว่าเจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการฝากครรภ์ทางบก ขณะที่ขัดแย้งกับการศึกษาของ เกษณี โศกตาทอง (Koktatong, 2002) ที่พบว่า เจตคติต่อการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์

2. ปัจจัยอื่นใด ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ และสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล อภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

2.1 ความเพียงพอของรายได้ ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.794$, $p = 0.005$) (ตารางที่ 11) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้พอใช้จะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ดี อธิบายได้ว่า รายได้ครอบคลุมเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เป็นแหล่งสนับสนุนให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความต้องการของมนุษย์ รวมไปถึงกิจกรรมทางด้านสุขภาพ (Edeleman and Mandle, 1990) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ประจำ และเพียงพอต่อการดำรงชีวิต เป็นตัวแปรสำคัญที่จะมารับบริการฝากครรภ์ได้อย่างสม่ำเสมอ (พวงน้อย สาครรัตนกุล, และ จันทิมา ขนบดี, 2547) และในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่พอใช้ ไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 55.88 ขณะที่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 32.21 (ตารางที่ 1) โดยมีโอกาสที่จะไม่มาฝากครรภ์เป็น 2.69 เท่า ของกลุ่มที่มีรายได้พอใช้ (ตารางที่ 15) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่มีรายได้พอใช้

ที่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 67.69 ขณะที่ไม่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 44.12 (ตารางที่ 1) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้พอใช้มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตและเพียงพอต่อการดูแลสุขภาพ ขณะที่เดียวกันกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้มักจะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นปัญหาเฉพาะหน้าที่ต้องแก้ไขเป็นลำดับแรกๆ ก่อนที่จะให้ความสำคัญต่อการใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.53 ให้เหตุผลของการไม่มาฝากครรภ์เนื่องจากไม่มีเงิน (ตารางที่ 3) ส่งผลให้กลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้มีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้พอใช้ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรินห์ และคณะ (Trinh et al., 2007) ซึ่งศึกษาเฉพาะจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ แต่กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันทางด้านเชื้อชาติและวัฒนธรรม พบว่าการมีเศรษฐกิจไม่ดีเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ไม่เพียงพอ และการศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิชิต (2551) ที่พบว่า รายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และการศึกษาของ วัชร วัชรมัย (2532) พบว่า รายได้ต่อเดือนของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการฝากครรภ์

2.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.998, p = 0.014$) (ตารางที่ 11) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หมายความว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ได้ในระดับดี จะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ดี อธิบายได้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ ซึ่งได้แก่ ความพอเพียง การเข้าถึงบริการ ความสะดวก ความสามารถในการใช้บริการ การยอมรับในบริการ และการใช้บริการฝากครรภ์ (Clark, 1996; Penchansky, and Thomas, 1984) มีผลต่อพฤติกรรมการฝากครรภ์ ซึ่งในการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ในระดับไม่ดี ไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 73.53 ขณะที่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 51.12 โดยมีโอกาสที่จะไม่มาฝากครรภ์เป็น 2.61 เท่าของกลุ่มที่มีคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ในระดับดี (ตารางที่ 15) และเมื่อพิจารณาผลการวิจัยรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาฝากครรภ์ส่วนใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ด้านการเข้าถึงบริการ ด้านความสะดวก ด้านความสามารถในการใช้บริการ ด้านการยอมรับในบริการ และด้านการใช้บริการการฝากครรภ์ อยู่ในระดับไม่ดี มีเพียงด้านความพอเพียงเท่านั้นที่อยู่ในระดับดี (ตารางที่ 1) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่สามารถเข้าถึงสถานบริการสุขภาพได้ง่าย มีความสามารถในการใช้บริการ และยอมรับในบริการของบุคลากรทางการแพทย์จะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ดี ซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ยาก ไม่มีความสามารถในการใช้บริการ และมีทัศนคติไม่ดีต่อบุคลากรทางการแพทย์ จะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ไม่ดี

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บราวน์ และคณะ (Brown et al., 2008) ที่พบว่า ระยะทางจากบ้านพักอาศัยถึงสถานที่ให้บริการทางสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ และการศึกษาของ สูดา ภูทอง (2529) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอุปสรรคด้านการเดินทาง การเงิน การทำงาน และความรู้ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.785, p < 0.001$) (ตารางที่ 11) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล อธิบายได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลมีหลักประกันที่ทำให้มั่นใจว่าจะเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการฝากครรภ์ที่น้อยกว่า (สุกิจ พรหมรับ, 2541) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ไม่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 55.88 ขณะที่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 83.84 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 44.12 ขณะที่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 16.16 (ตารางที่ 1) โดยมีโอกาสที่จะไม่มาฝากครรภ์เป็น 4.10 เท่า ของกลุ่มที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล (ตารางที่ 15) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรินห์ และคณะ (Trinh et al., 2007) ที่พบว่า การไม่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอ การศึกษาของ สุกิจ พรหมรับ (2541) พบว่า กลุ่มที่ไม่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลมีโอกาสเสี่ยงถึง 5 เท่าต่อการมาฝากครรภ์ไม่เหมาะสมเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล และการศึกษาของ มิเคิล (Mikhail, 2000) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจะเข้ารับบริการฝากครรภ์มากกว่ากลุ่มอื่น

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.310, p < 0.001$) (ตารางที่ 12) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ดีเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าได้รับความรัก ความผูกพัน และการยอมรับจากครอบครัว รวมทั้งบุคคลอื่นๆ ในสังคม ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนเพื่อการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูล

ข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ (House, 1981 cited in Brown, 1986) และในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสตรีครรภ์แรกและครรภ์ที่ 2 และอยู่กับสามี ทำให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่าคุณค่า ได้รับความรักและความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ส่งผลให้มีการมาฝากครรภ์ร้อยละ 55.79 ซึ่งตรงกันข้ามกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยที่ไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 79.41 (ตารางที่ 1) โดยมีโอกาสที่จะไม่มาฝากครรภ์เป็น 4.87 เท่าของกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก (ตารางที่ 16) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิชิต (2551) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดาของตนเองหรือของสามี จึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ดังนั้นจึงส่งผลให้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544) ที่ศึกษาเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ โดยไม่รวมถึง บิดามารดาเพื่อน และบุคคลอื่นๆ ในสังคม พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535) ที่ศึกษาเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์

4. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักของทารกแรกเกิด และคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิด (APGAR score) นาทีที่ 1 และ 5 อภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังต่อไปนี้

4.1 อายุครรภ์ที่คลอด ผลการวิจัยพบว่า อายุครรภ์ที่คลอดมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 18.019, p < 0.001$) (ตารางที่ 13) หมายความว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์จะมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด อธิบายได้ว่า การที่สตรีตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ทำให้ขาดโอกาสได้รับความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ จึงอาจดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น ทำงานหนัก พักผ่อนน้อย เป็นต้น นอกจากนี้การไม่มาฝากครรภ์จะไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ ไม่ได้รับยาบำรุงร่างกาย และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด เช่น ภาวะคลอดก่อนกำหนด (Heaman, Newburn-Cook, Green, Elliott, and Helewa, 2008; สมรักษ์ วงศ์สังข์, 2541) และในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาฝากครรภ์มาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ไม่ครบกำหนดมากถึงร้อยละ 35.29 ขณะที่กลุ่มมาฝากครรภ์มาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ไม่ครบกำหนดเพียงร้อยละ 10.06 และอายุครรภ์เฉลี่ยของกลุ่มไม่มาฝากครรภ์ซึ่งเท่ากับ 36.68 สัปดาห์ พบว่า ต่ำกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ซึ่งเท่ากับ 38.49 สัปดาห์ โดยกลุ่มไม่มาฝากครรภ์มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดเป็น 4.88 เท่า ของกลุ่มที่มาฝากครรภ์ (ตารางที่ 17) จึงส่งผลให้อายุครรภ์ที่คลอดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ รวีไพบูลย์ (2532)

ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการฝากครรภ์กับอายุครรภ์ที่คลอด และพบว่า จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุครรภ์เมื่อคลอด และการศึกษาของ ลักขณา อมรประกาศ (Amornprakas, 2005) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ จะมีอายุครรภ์เฉลี่ยที่คลอดมากกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ขัดแย้งกับการศึกษาของ สมบูรณ์ เรือนโรจน์รุ่ง, และ นฤมล ชีระรังสิกุล (2538) ที่พบว่า การฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอด

4.2 น้ำหนักของทารกแรกเกิด ผลการวิจัยพบว่า น้ำหนักของทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 3.612, p = 0.102$) (ตารางที่ 13) หมายความว่า พฤติกรรมการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ไม่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักของทารกแรกเกิด อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มไม่มาฝากครรภ์และกลุ่มมาฝากครรภ์ส่วนใหญ่คลอดทารกมีน้ำหนักตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม โดยพบร้อยละ 82.35 และ 92.07 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของทารกทั้ง 2 กลุ่ม จึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (2,850.76 กรัม ในกลุ่มไม่มาฝากครรภ์ และ 3,060.38 กรัม ในกลุ่มมาฝากครรภ์) ทำให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจินดา พงษ์เมธา (2532) ที่พบว่า การมาฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด และการศึกษาของ ลักขณา อมรประกาศ (Amornprakas, 2005) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักทารกแรกเกิดระหว่างมารดากลุ่มมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับหลายการศึกษา ที่พบว่า การที่สตรีตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์แต่ไม่ครบตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย (Raatikainen, Heiskanen, and Heinonen, 2007; Janjua et al., 2008; Owolabi et al., 2008)

4.3 คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิด (APGAR score) นาทีที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาทีที่ 1 มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.132, p = 0.058$) (ตารางที่ 13) หมายความว่า พฤติกรรมการฝากครรภ์ไม่เกี่ยวข้องกับคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาทีที่ 1 อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดทั้งกลุ่มไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์มีคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาทีที่ 1 มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ร้อยละ 91.18 และร้อยละ 97.87 ตามลำดับ ทำให้คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาทีที่ 1 โดยเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน (8.76 คะแนน ในกลุ่มไม่มาฝากครรภ์ และ 9.04 คะแนน ในกลุ่มมาฝากครรภ์) จึงส่งผลให้คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาทีที่ 1 มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ สมบูรณ์ เรือนโรจน์รุ่ง, และ

นฤมล ชีระรังสิกุล (2538) ที่พบว่า การฝากครรภ์ที่ครบตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 1

4.4 คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิด (APGAR score) นาທີที่ 5 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 5 มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.258, p < 0.007$) (ตารางที่ 13) หมายความว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์ มีโอกาสคลอดทารกที่มีคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 5 น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีการมาฝากครรภ์ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่สตรีตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์จะทำให้ขาดโอกาสได้รับความรู้ในการดูแลตนเองและไม่ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งอาจมีผลทำให้คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และมีภาวะพร่องออกซิเจนได้ และในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าในกลุ่มไม่มาฝากครรภ์ มีการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 80 ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอดร้อยละ 20 และเสียชีวิตเนื่องจากน้ำหนักตัวน้อยร้อยละ 16.67 ในขณะที่กลุ่มมาฝากครรภ์แม้จะมีทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 89.19 แต่ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอดเพียงร้อยละ 5.41 และทารกเสียชีวิตร้อยละ 3.57 เนื่องจากมีความผิดปกติเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจแต่กำเนิด ทั้งนี้การที่ทารกในกลุ่มไม่มาฝากครรภ์มีภาวะพร่องออกซิเจนถึงร้อยละ 20 จึงมีโอกาที่จะมีคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 5 น้อยกว่า 7 คะแนน เป็น 15.77 เท่า ของกลุ่มที่มาฝากครรภ์ (ตารางที่ 17) ส่งผลให้คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 5 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาของ ลักขณา อมรประภาส (Amornprakas, 2005) ที่พบว่า คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 5 เฉลี่ยระหว่างมารดาในกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้ PRECEDE FRAMEWORK เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด ที่พักอยู่ตึกหลังคลอดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้แก่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 362 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลและความชุกของการไม่มาฝากครรภ์วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่เทียบอัตราส่วนเป็นร้อยละคำนวณค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เหตุผลของการไม่มาฝากครรภ์วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์รวมทั้งผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาหลังคลอด โดยใช้สถิติ Chi-Square test (χ^2) กรณีค่าความถี่ที่คาดหวังที่มีค่าน้อยกว่า 5 มีจำนวนเซลล์ไม่เกินร้อยละ 20 ของเซลล์ทั้งหมด จะสถิติ Fisher's Exact test และนำมาหาค่า Odds Ratio ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ความชุกโดยรวมในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 9.39 ผลการศึกษาความชุกในแต่ละโรงพยาบาล พบว่า ในโรงพยาบาลตากสินพบความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 11.76 ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลพบความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 10.42 ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์พบความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 7.81 และในโรงพยาบาลกลางพบความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 7.00

2. อายุมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .845, p = 0.655$)

3. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .012, p = 0.911$)
4. จำนวนบุตรมีชีวิตมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 13.237, p < 0.001, OR = 3.80, 95\% CI = 1.78-8.10$)
5. สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 14.041, p < 0.002, OR = 5.00, 95\% CI = 2.00-12.53$)
6. ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.927, p < 0.001, OR = 4.51, 95\% CI = 2.04-9.98$)
7. ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.794, p = 0.005, OR = 2.69, 95\% CI = 1.32-5.50$)
8. การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.998, p = 0.014, OR = 2.61, 95\% CI = 1.18-5.77$)
9. สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.785, p < 0.001, OR = 4.10, 95\% CI = 1.96-8.57$)
10. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 40.269, p < 0.001, OR = 4.87, 95\% CI = 2.06-11.50$)
11. อายุครรภ์ที่คลอดมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 18.019, p < 0.001, OR = 4.88, 95\% CI = 2.21-10.74$)
12. น้ำหนักของทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 3.612, p = 0.102$)
13. คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิด (APGAR score) นาทีที่ 1 มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.132, p = 0.058$)
14. คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิด (APGAR score) นาทีที่ 5 มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.258, p = 0.007, OR = 15.77, 95\% CI = 2.54-98.01$)

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ด้านบริหารการพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ โดยกลุ่มที่เข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ได้ยากจะ ไม่มาฝากครรภ์มากกว่ามาฝากครรภ์ ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบในเรื่องการให้บริการสุขภาพและการฝากครรภ์ ควรมีนโยบายปฏิบัติการเชิงรุก เช่น การจัดหน่วยบริการฝากครรภ์เคลื่อนที่ไปในชุมชนแออัดหรือสถานที่อยู่อาศัยซึ่งไกลจากสถานบริการทางสาธารณสุขหรือเปิดคลินิกฝากครรภ์พิเศษในช่วงเช้าก่อนเวลา 08.00 น. และช่วงเย็นหลังเวลา 16.00 น. เพื่อให้กลุ่มด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการฝากครรภ์ได้ง่ายขึ้น

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

2.1 พยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลอนามัยชุมชนควรมีการปฏิบัติการเชิงรุกโดยการไปรับบริการฝากครรภ์หรือตรวจครรภ์ให้กับกลุ่มด้อยโอกาสหรือกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้บริการฝากครรภ์ทั่วถึงมากขึ้น

2.2 จากผลการวิจัย พบว่า ทักษะการต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ ดังนั้นพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาก่อนการแต่งงาน ควรส่งเสริมทักษะที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในสตรีกลุ่มวัยเจริญพันธุ์โดยให้ข้อมูล ความรู้ ซึ่งให้เห็นผลดีของการมาฝากครรภ์และผลเสียของการไม่มาฝากครรภ์

2.3 จากผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดา โดยเฉพาะแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ญาติ และเพื่อนมีส่วนสำคัญ ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัว ญาติ และเพื่อน ให้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ร่างกาย รวมไปถึงทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีการมาฝากครรภ์มากขึ้น

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัญหาในเชิงลึกของมารดา กลุ่มไม่มาฝากครรภ์ให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริง ซึ่งจะช่วยให้การแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายของการไม่มาฝากครรภ์

3.3 นำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ เช่น ทักษะการต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การส่งเสริมสนับสนุนทางสังคม มาจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้มารดา

หลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์ในครรภ์แรกมีทัศนคติที่ดีและได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้มาฝากครรภ์ในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

การศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

THE STUDY OF PREVALENCE OF NO ANTENATAL CARE AND FACTORS ASSOCIATED WITH NO ANTENATAL CARE AMONG MOTHERS WHO DELIVERED AT HOSPITALS OF BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION

ทัศนีย์ หล้าเนียม 5037596 NSAM/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์ชั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, พย.ค., ปณัฏา ปรียทณ, วท.ม. (วิทยาการระบาด), วรรณ พาหุวัฒน์กร, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฝากครรภ์เป็นบริการพื้นฐานที่มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ นับได้ว่าเป็นขั้นตอนแรกเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในระยะตั้งครรภ์ ระยะของการเจ็บครรภ์ การคลอด และหลังคลอด (อุ๋นใจ กอนันตกุล, 2549) เป็นการเริ่มต้นดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพซึ่งภาครัฐได้ให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวโดยเฉพาะบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันจะเห็นได้จากตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) มีการกำหนดเป้าหมายไว้ว่า สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์โดยเริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า สตรีที่ได้รับการตรวจครรภ์และได้รับการดูแลระหว่างการตั้งครรภ์อย่างถูกต้องสม่ำเสมอจะช่วยให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปด้วยดี (สมทรง เพ็งสุวรรณ, 2547) และในกรณีที่การตั้งครรภ์ดำเนินไปตามปกติ การฝากครรภ์จะช่วยป้องกันและส่งเสริมให้มารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดการตั้งครรภ์ต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอดเนื่องจากมารดาจะได้รับความรู้โดยการแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม และการ

เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่หน่วยฝากครรภ์จัดขึ้น ซึ่งจะมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบเพื่อความเหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละราย เช่น กิจกรรมเพื่อปรับบทบาทการเป็นมารดาในสตรีครรภ์แรกหรือสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กิจกรรมเตรียมตัวก่อนคลอดเพื่อให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมและ กิจกรรมการเลี้ยงดูทารกแรกเกิด รวมถึงการวางแผนครอบครัวหลังคลอด เป็นต้น อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการฝากครรภ์จะส่งผลดีดังกล่าวแต่มีสตรีตั้งครรภ์จำนวนไม่น้อยที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการฝากครรภ์แม้แต่ครั้งเดียว โดยจะเห็นได้จากสถิติการคลอดรวมทั้งหมดของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง และ โรงพยาบาลตากสิน พบว่า มีสตรีที่มาคลอดบุตรโดยไม่ได้ฝากครรภ์ ร้อยละ 3.86, 5.90, 6.25 และ 6.39 ตามลำดับ (สถิติการคลอดของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล, โรงพยาบาลกลาง, และ โรงพยาบาลตากสิน, 2551) อัตราดังกล่าวนับได้ว่าเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูง

การที่สตรีตั้งครรภ์ไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์จะส่งผลเสียเป็นอย่างมากทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ เช่น ทำให้ขาดโอกาสได้รับความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ ไม่ได้รับยาบำรุงร่างกาย และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย (Heaman, Newburn-Cook, Green, Elliott, and Helewa, 2008; สมรักษ์ วงศ์สังข์, 2541) โดยทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยพบร้อยละ 10.2 (Supphalek, 1983) ซึ่งสูงเป็น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ได้รับการฝากครรภ์ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และ คมคาย นาคะปัท, 2528) ส่วนในระยะคลอดการไม่ฝากครรภ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้ารกในระยะที่ 3 ของการคลอด (Owolabi et al., 2008) และในระยะหลังคลอด พบว่า มีการตายของทารกปริกำเนิดสูงเป็น 2.11 เท่า และ 2.34 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (ทวิวรรณ ศรีสุขคำ, 2537; ทัศนีย์ ทิพย์ไสยาสน์ 2532) และเพิ่มอัตราตายของทารกจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และการตั้งครรภ์เกินกำหนด (Vintzileos, Ananth, Smulian, Scorza, and Knuppel, 2002) การทำงานของรกบกพร่องนับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้เช่นกัน พบได้บ่อยในมารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์แต่ไม่สม่ำเสมอ (อำพร โอนอ่อน, พรธนา เพื่อสัมพันธ์, และ แสงจันทร์ เพ็ชรแก้ว, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ เซน เวิน ยัง และ วอล์กเกอร์ (Chen, Wen, Yang, and Walker, 2007) ที่พบว่าอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดจะเพิ่มขึ้นถ้าได้รับการดูแลก่อนคลอดไม่เพียงพอ และเมื่อการตั้งครรภ์นั้นมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า โรคหัวใจ โรคปอด ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคไต ครรภ์เป็นพิษ รวมทั้งมีประวัติคลอดทารกก่อนกำหนด หรือคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ (Schoeps et al., 2007) นอกจากนี้ยังพบว่า การไม่ฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ที่สูงมากกับการเกิดภาวะชัก

(Abi-Said, Annegers, Combs-Cantrell, Frankowski, and Willmore, 1995) อีกทั้งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และภาวะติดเชื้อ (พัฒนาโล ฟินทูนันท์, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ ขณะที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฝากครรภ์มีหลายประการ แต่ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่า มีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งถือได้ว่ามีความเจริญมีสถานบริการด้านสุขภาพที่ทันสมัยเป็นจำนวนมากและกระจายอยู่ทั่วกรุงเทพมหานครทั้งที่เป็นสถานบริการของรัฐและเอกชน แต่ยังพบว่า มีสตรีที่มากลอดบุตร โดยไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจและต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิดในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของ กรีน ครูเทอร์ ดีดส์ และพาร์ทริดจ์ (Green, Kreuter, Deeds and Partridge, 1980) ซึ่งกล่าวถึงปัจจัย 3 ประการ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวเป็นเพียงสมมติฐานของผู้วิจัยที่ตั้งขึ้นบนหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งยังไม่มี การแสดงข้อมูลเหล่านี้ให้เห็นอย่างชัดเจน ดังนั้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาหลังคลอดที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลและจัดระบบการให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ได้อย่างเหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มากลอดบุตร โดยไม่ได้เข้ารับบริการฝากครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

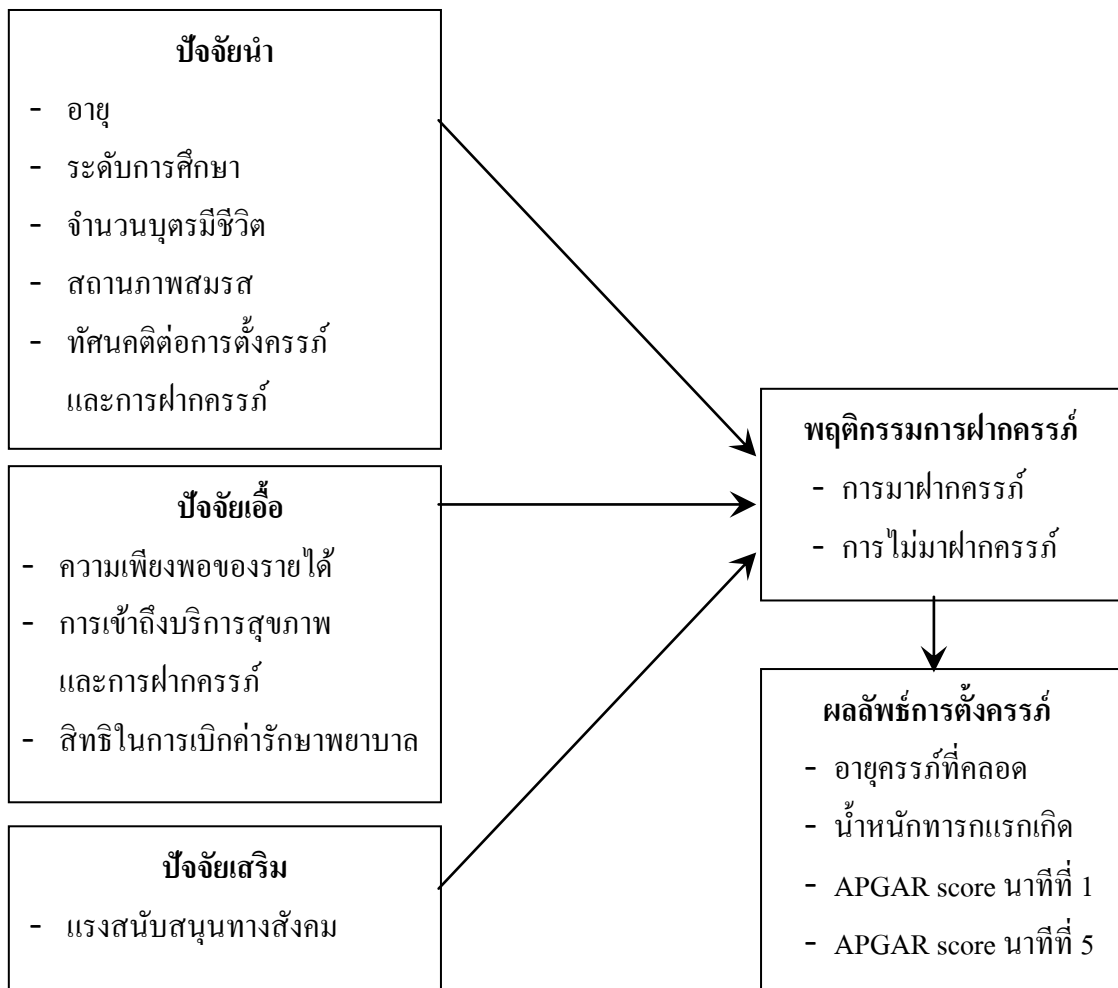
1. เพื่อศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส ทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในการไม่มาฝากครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ PRECEDE FRAMEWORK ของกรีนและคณะ (Green et al., 1980) ซึ่งกล่าวถึงการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และนำมาประยุกต์เข้ากับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังแสดงในแผนภูมิต่อไปนี้



แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) ประชากรในการศึกษาเป็นมารดาหลังคลอดที่พักอยู่ตึกหลังคลอดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีความยินดีและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และไม่มีโรคประจำตัวก่อนการตั้งครรภ์ เช่น หอบหืด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไทรอยด์เป็นต้น และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางสุขภาพ เช่น สัญญาณชีพไม่

คงที่มีอาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ เลมส์ โชว์ ฮอสเมอร์ แคลร์ และ ลวานยา (Lemeshow, Hosmer, Klar, and Lwanya, 1991) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 324 ราย และเพื่อป้องกันการได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนจึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างไว้เกินกว่าค่าที่คำนวณได้ร้อยละ 10 (จริยา เลิศอรธมยณิ และ คณะ., 2543) ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 362 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำการจับฉลากได้มารดาหลังคลอดที่มีเลขที่ภายใน (AN) เป็นเลขคู่จากกลุ่มตัวอย่างในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 96, 100, 102 และ 64 ราย ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็นสองส่วน ส่วนแรกเป็นข้อมูลทั่วไปมีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบและเติมข้อความ ประกอบด้วยลักษณะประชากร สังคม และเศรษฐกิจของมารดาหลังคลอด ส่วนที่สองเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบด้วยข้อมูลของมารดาและทารกแรกเกิด

2. แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ประกอบด้วยการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกที่มีต่อทารกในครรภ์และความรู้สึกที่มีต่อการมาฝากครรภ์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของ อรุณี พึ่งแพง (2544) และแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของ วันเพ็ญ กุลนริศ (2530) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนกัน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ค่าคะแนนจะอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย หมายถึง มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับดี คะแนนต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย หมายถึง มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับไม่ดี

3. แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์เป็นความคิดเห็นของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับความพอเพียง การเข้าถึงบริการ ความสะดวก ความสามารถในการใช้บริการ การยอมรับในบริการ และการใช้บริการการฝากครรภ์ ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ คลาร์ก (Clark, 1996) ร่วมกับเพนชานสกาย และ โทมัส (Penchansky, and Thomas, 1984) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ค่าคะแนนจะอยู่ระหว่าง 19-76 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน

พิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับ ค่าคะแนนเฉลี่ย หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ในระดับดี คะแนนต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ในระดับไม่ดี

4. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของมารดาว่าได้รับความรัก ความผูกพัน และการยอมรับจากครอบครัว รวมทั้งบุคคลอื่นๆ ในสังคม เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และนำมาซึ่งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้าน สภาวะจิตใจ อารมณ์ ทรัพย์สิน วัตถุสิ่งของ แรงงาน ข้อมูลข่าวสาร เป็นแบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม สร้างโดย แบรินด์ท และไวเนอรัท (Brandt, and Weinert, 1981) จากการสังเคราะห์ตามแนวคิดในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมของ ไวสส์ (Weiss, 1974) เพื่อให้ประเมินการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับการยืนยันการมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การได้รับความรัก ความผูกพัน การมีโอกาสได้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และวัตถุสิ่งของ แบบสอบถามมีจำนวน 21 ข้อ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 21-105 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองให้ดำเนินการได้จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C (ชุดสายพยาบาลศาสตร์ เลขที่ MU-IRB/C2009/01.1307) และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร (เลขที่ พ.119) ผู้วิจัยแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงประโยชน์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและทราบรายละเอียดทั้งหมด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปี บริบูรณ์ ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการอนุมัติและอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดลและคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยแนะนำตัวกับหัวหน้าตึกหลังคลอดของวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุง

ประชากรฯ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเวลา 08.00-16.00 น. ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลในวันจันทร์ โรงพยาบาลกลางในวันอังคาร โรงพยาบาลตากสินวันพุธและวันพฤหัสบดี และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ในวันศุกร์ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 362 ราย

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) และสถิติ Odds Ratio

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีอายุตั้งแต่ 15-42 ปี มีอายุอยู่ระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 76.24 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.15 มีรายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 43.09 มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 65.75 อยู่กับสามีโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส ร้อยละ 70.72 มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 81.82 มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับดี ร้อยละ 58.56 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ร้อยละ 52.49 มีจำนวนบุตรมีชีวิต 0-1 คน ร้อยละ 83.70 มาคลอดบุตรเมื่อมีอายุครรภ์ครบกำหนด ร้อยละ 87.57 คลอดทารกมีน้ำหนักครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 91.61 มีคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาที่ที่ 1 และ 5 มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ร้อยละ 97.24 และร้อยละ 98.62 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างโดยรวมร้อยละ 90.61 เป็นกลุ่มที่มาฝากครรภ์ ส่วนที่เหลือร้อยละ 9.39 เป็นกลุ่มไม่มาฝากครรภ์

ความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างไม่มาฝากครรภ์โดยรวมร้อยละ 9.39 ส่วนความชุกในแต่ละโรงพยาบาล พบว่า ในโรงพยาบาลตากสิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์มหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลกลาง มีกลุ่มตัวอย่างไม่มาฝากครรภ์ ร้อยละ 11.76, 10.42, 7.81 และ 7.00 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆและผลลัพธ์การตั้งครรภ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดา

หลังคลอด

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = 0.845, p = 0.655$) และระดับการศึกษา ($\chi^2 = 0.012, p = 0.911$) มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวนบุตรมีชีวิต ($\chi^2 = 13.237, p < 0.001$) สถานภาพสมรส ($\chi^2 = 14.041, p = 0.002$) และทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ($\chi^2 = 15.927, p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ($\chi^2 = 7.794, p = 0.005$) การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ ($\chi^2 = 5.998, p = 0.014$) และสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ($\chi^2 = 15.785, p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\chi^2 = 15.310, p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ที่คลอด ($\chi^2 = 18.019, p < 0.001$) และคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาที่ที่ 5 ($\chi^2 = 15.258, p = 0.007$) มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนน้ำหนักของทารกแรกเกิด ($\chi^2 = 3.612, p = 0.102$) และคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาที่ที่ 1 ($\chi^2 = 5.132, p = 0.058$) มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์และขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างการไม่มาฝากครรภ์มีโอกาสร้งต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาหลังคลอด

1. ปัจจัยนำ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน มีโอกาสไม่มาฝากครรภ์ เป็น 3.80 เท่าของกลุ่มที่มีจำนวนบุตรมีชีวิต 0-1 คน กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแยกกันอยู่กับสามี มีโอกาสไม่มาฝากครรภ์ เป็น 4.22 เท่าของกลุ่มที่อยู่กับสามี และกลุ่มที่มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับไม่ดีมีโอกาสนไม่มาฝากครรภ์เป็น 4.51 เท่าของกลุ่มที่มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับดี
2. ปัจจัยเอื้อ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่พอใช้มีโอกาสนไม่มาฝากครรภ์ เป็น 2.69 เท่าของกลุ่มที่มีรายได้พอใช้ กลุ่มที่มีคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ในระดับไม่ดี มีโอกาสนไม่มาฝากครรภ์ เป็น 2.61 เท่าของกลุ่มที่มีคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพและการ

ฝากครรภ์ในระดับดี และกลุ่มที่ไม่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล มีโอกาสไม่มาฝากครรภ์ เป็น 4.10 เท่า ของกลุ่มที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล

3. ปัจจัยเสริม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยมีโอกาสไม่มาฝากครรภ์ เป็น 4.87 เท่า ของกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

4. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาฝากครรภ์ มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด เป็น 4.88 เท่า ของกลุ่มที่มาฝากครรภ์ และมีคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาทิจี 5 น้อยกว่า 7 คะแนน เป็น 15.77 เท่า ของกลุ่มที่มาฝากครรภ์

อภิปรายผลการวิจัย

ความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ความชุกโดยรวมในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง มีอัตราการไม่มาฝากครรภ์สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา เนื่องจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ไม่มาฝากครรภ์เนื่องจากไม่มีเงิน ไม่มีความพร้อมไม่ต้องการทารกในครรภ์ ไม่มีเวลาต้องทำงาน เลี้ยงบุตร และดูแลบุคคลในครอบครัวที่ป่วยและชราภาพ ดิฉันเสียดายที่พ่อกำลังป่วยบ่อยครั้งและไม่ มีเพื่อนพามาฝากครรภ์ เป็นต้น (ข้อมูลจากเหตุผลของการไม่มาฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆและผลลัพธ์การตั้งครรภ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดา หลังคลอด

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรมีชีวิต สถานภาพสมรส และทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ อภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

1.1 อายุมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างไร ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .845, p = .655$) ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่าถึงแม้ว่าอายุจะแสดงถึงการมีวุฒิภาวะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในระยะตั้งครรภ์ โดยมารดาที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่าก็ตาม (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และ สุชาดา สุวรรณคำ, 2535) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาฝากครรภ์มีอายุโดยเฉลี่ย 25.61 ปี ใกล้เคียงกับกลุ่มที่มาฝากครรภ์ซึ่งมีอายุโดยเฉลี่ย 24.79 ปี ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงไม่ต่างกัน จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-34 ปี เป็นกลุ่มที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์มากที่สุด การที่กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ มีอายุอยู่ในวัยเดียวกันมาก

ที่สุด จึงส่งผลให้อายุมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544) ที่พบว่า อายุของสตรีตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ ครบตามเกณฑ์ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และ สุชาดา สุวรรณคำ (2535) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับบริการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลัง คลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .012, p = 0.911$) ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ วัตถุประสงค์ว่า การศึกษาเป็นพื้นฐานและองค์ประกอบที่สำคัญต่อการพัฒนาการรับรู้ของบุคคลทำให้มีความรอบรู้มากขึ้น โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาได้ถูกต้องเหมาะสมและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (Orem, 1985) แต่ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่ไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์มีจำนวนปีการศึกษาโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 9.00 ปี และ 10.06 ปี ซึ่งนับได้ว่าอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ดังนั้นระดับความสามารถในการหาข้อมูลสนับสนุน และการเรียนรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์จึงไม่ต่างกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการฝากครรภ์ไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวรรณ ห่มแก้วกล้าวิชิต (2551) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ตรินห์ และ คณะ (Trinh et al., 2007) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่น้อยกว่าประถมศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอ

1.3 จำนวนบุตรมีชีวิต มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดา หลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 13.237, p < 0.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ วัตถุประสงค์ว่า การที่สตรีตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการคลอดบุตรมาแล้วหลายครั้งและบุตรยังมีชีวิตอยู่ อาจคิดว่าตนเองมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ อีกทั้งการคลอดครั้งก่อนๆ ไม่มีปัญหาอะไร จึงทำให้มีการฝากครรภ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีบุตรคนแรก ซึ่งจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบุตรมีชีวิต มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน ไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 38.14 ขณะที่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 14.02 ทั้งนี้การมีจำนวนบุตรมีชีวิตหลายคนและการตั้งครรภ์ในครรภ์หลัง ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองจะลดน้อยลงกว่าการมีบุตรคนแรกๆ ฉะนั้นจึงมีการฝากครรภ์น้อยกว่า โดยกลุ่มที่มีจำนวนบุตรมีชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน มีโอกาสที่จะไม่มาฝากครรภ์เป็น 3.80 เท่า ของกลุ่มที่มีจำนวนบุตรมีชีวิต 0-1 คน ส่งผลให้จำนวนบุตรมีชีวิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรินห์ และ คณะ (Trinh et al., 2007) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ไม่เพียงพอมีจำนวนบุตรมีชีวิตในปัจจุบันมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คน ขณะที่ขัดแย้งกับการศึกษาของ วชิรี วัชรมัย (2532) ที่พบว่า จำนวนบุตรเกิดรอดและจำนวนบุตรมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 14.041, p = 0.002$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยสามี สะท้อนถึงความสัมพันธ์ที่ดีของคู่สมรส ซึ่งสัมพันธ์ภาพของคู่สมรสเป็นสัมพันธ์ภาพของการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการสนับสนุนที่มีความสำคัญและมีประสิทธิภาพ (Cronnenwett and Kunst-wilson, 1981) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสแต่งงานแล้วจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ยังไม่แต่งงาน (Rowenstein and Rinehart, 1981) และในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแยกกันอยู่ด้วยสามีไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 23.53 ขณะที่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 5.79 โดยมีโอกาสที่จะไม่มาฝากครรภ์เป็น 5.00 เท่าของกลุ่มที่อยู่กับสามี ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่อยู่กับสามีและมีสัมพันธ์ภาพทางสมรสเป็นไปในทางที่ดีจะมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีความมั่นใจ มีกำลังใจและมีที่ปรึกษาที่ไว้วางใจได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมมาฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ดี ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกิจ พรหมรับ (2541) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสหย่ามีความเสี่ยงมาฝากครรภ์ไม่เหมาะสมมากขึ้น แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ เกษณี โคกตาทอง (Koktatong, 2002) ที่พบว่า การสนับสนุนจากสามีไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์

1.5 ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.927, p < 0.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกที่มีต่อทารกในครรภ์ และความรู้สึกที่มีต่อการมาฝากครรภ์ (อรุณี พึ่งแพง, 2544) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับไม่ดีไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 73.53 ขณะที่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 38.11 โดยมีโอกาสที่จะไม่มาฝากครรภ์เป็น 4.51 เท่าของกลุ่มที่มีคะแนนทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับดี เนื่องจากเมื่อสตรีทราบอย่างแน่ชัดแล้วว่าตนเองตั้งครรภ์จริง หลังจากปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้แล้ว กลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์จะเกิดเป็นความรักใคร่ ผูกพัน ชื่นชม ยินดี ต่อทารกในครรภ์ และต้องการให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรงส่งผลให้กลุ่มนี้มาฝากครรภ์มากกว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิชิต (2551) ที่พบว่า เจตคติต่อการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ เกษณี โคกตาทอง (Koktatong, 2002) ที่พบว่า เจตคติต่อการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ และสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล อภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

2.1 ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดา หลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.794, p = 0.005$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้อธิบายได้ว่า รายได้ครอบครัวเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เป็นแหล่งสนับสนุนให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความต้องการของมนุษย์รวมถึงกิจกรรมทางด้านสุขภาพ (Edeleman and Mandel, 1990) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ประจำและเพียงพอต่อการดำรงชีวิตเป็นตัวแปรสำคัญที่จะมารับบริการฝากครรภ์ได้อย่างสม่ำเสมอ (พวงน้อย สาครรัตนกุล, และ จันทิมา ขนบดี, 2547) และในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่พอใช้ไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 55.88 ขณะที่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 32.21 โดยมีโอกาสที่จะไม่มาฝากครรภ์เป็น 2.69 เท่าของกลุ่มที่มีรายได้พอใช้ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่มีรายได้พอใช้ที่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 67.69 ขณะที่ไม่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 44.12 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้พอใช้มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตและเพียงพอต่อการดูแลสุขภาพ ขณะเดียวกันกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้มักจะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นปัญหาเฉพาะหน้าที่ต้องแก้ไขเป็นลำดับแรกๆ ก่อนที่จะให้ความสำคัญต่อการใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้กลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้มีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้พอใช้ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรินห์ และ คณะ (Trinh et al., 2007) ที่พบว่า การมีเศรษฐกิจไม่ดีเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ไม่เพียงพอ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2551) ที่พบว่า รายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

2.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.998, p = 0.014$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้อธิบายได้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ ซึ่งได้แก่ ความพอเพียง การเข้าถึงบริการ ความสะดวก ความสามารถในการใช้บริการ การยอมรับในบริการ และการใช้บริการฝากครรภ์ (Clark, 1996; Penchansky, and Thomas, 1984) มีผลต่อพฤติกรรมการฝากครรภ์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ในระดับไม่ดี ไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 73.53 ขณะที่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 51.12 และมีโอกาสที่จะไม่มาฝากครรภ์เป็น 2.61 เท่า ของกลุ่มที่เข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ในระดับดี และเมื่อพิจารณาผลการวิจัยรายด้าน พบว่า กลุ่มที่ไม่มาฝากครรภ์ส่วนใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ด้านการเข้าถึงบริการด้านความสะดวก ด้านความสามารถในการใช้บริการ ด้านการยอมรับในบริการ และด้านการใช้บริการ การฝากครรภ์อยู่ในระดับไม่ดี มีเพียงด้านความพอเพียงเท่านั้นที่อยู่ในระดับดี ดังนั้นกล่าวได้ว่า สตรี

ตั้งครรภ์ที่สามารถเข้าถึงสถานบริการสุขภาพได้ง่าย มีความสามารถในการใช้บริการ และยอมรับในบริการของบุคลากรทางการแพทย์จะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ดี ซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ยาก ไม่มีความสามารถในการใช้บริการ และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุคลากรทางการแพทย์จะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์เป็นไปในทางที่ไม่ดี ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บราวน์ และ คณะ (Brown et al., 2008) ที่พบว่า ระยะทางจากบ้านพักอาศัยถึงสถานที่ให้บริการทางสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.785, p < 0.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลมีหลักประกันที่ทำให้มั่นใจว่าจะเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการฝากครรภ์ที่น้อยกว่า (สุกิจ พรหมรัตน์, 2541) ซึ่งในการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 55.88 แต่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 83.84 ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 44.12 ขณะที่มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 16.16 โดยมีโอกาสที่จะไม่มาฝากครรภ์เป็น 4.10 เท่าของกลุ่มที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรินห์ และ คณะ (Trinh et al., 2007) ที่พบว่า การไม่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอ

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.310, p < 0.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าได้รับความผูกพันและการยอมรับจากครอบครัวรวมทั้งบุคคลอื่นๆ ในสังคม ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนเพื่อการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ (House, 1981 cited in Brown, 1986) และในการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสตรีครรภ์แรกและครรภ์ที่ 2 และอยู่กับสามี ทำให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่าคุณค่าได้รับความรัก ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทำให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ส่งผลให้มีการมาฝากครรภ์ร้อยละ 55.79 ซึ่งตรงกันข้ามกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยที่ไม่มาฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 79.41 และมีโอกาสที่จะไม่มาฝากครรภ์เป็น 4.87 เท่าของกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล่าววิจิต (2551) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์

4. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักของทารกแรกเกิด และคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิด (APGAR score) นาทีที่ 1 และ 5 อภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังต่อไปนี้

4.1 อายุครรภ์ที่คลอดมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 18.019, p < 0.001$) อธิบายได้ว่าการที่สตรีตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ทำให้ขาดโอกาสได้รับความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ จึงอาจดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น ทำงานหนัก พักผ่อนน้อย เป็นต้น นอกจากนี้จะไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ ไม่ได้รับยาบำรุงร่างกายและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด เช่น ภาวะคลอดก่อนกำหนด (Heaman, Newburn-Cook, Green, Elliott, and Helewa, 2008; สมรักษ์ วงศ์สังข์, 2541) และในการศึกษาล่าสุดพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาฝากครรภ์มาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ไม่ครบกำหนดมากถึงร้อยละ 35.29 ขณะที่กลุ่มมาฝากครรภ์มาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ไม่ครบกำหนดเพียงร้อยละ 10.06 และยังพบว่า อายุครรภ์เฉลี่ยของกลุ่มไม่มาฝากครรภ์ซึ่งเท่ากับ 36.68 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ซึ่งเท่ากับ 38.49 สัปดาห์ โดยกลุ่มไม่มาฝากครรภ์มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดเป็น 4.88 เท่า ของกลุ่มที่มาฝากครรภ์ จึงส่งผลให้อายุครรภ์ที่คลอดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ รวีไพบูลย์ (2532) ที่พบว่า จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุครรภ์เมื่อคลอด แต่ขัดแย้งการกับศึกษาของ สมบูรณ์ เรือนโรจน์รุ่ง, และ นฤมล ชีระรังสิกุล (2538) ที่พบว่า การฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอด

4.2 น้ำหนักของทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 3.612, p = 0.102$) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่ไม่มาฝากครรภ์และกลุ่มที่มาฝากครรภ์ ส่วนใหญ่คลอดทารกมีน้ำหนักตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม ร้อยละ 82.35 และ 92.07 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวของทารกทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ในเกณฑ์ปกติ (2,850.76 กรัม ในกลุ่มไม่มาฝากครรภ์ และ 3,060.38 กรัม ในกลุ่มมาฝากครรภ์) ส่งผลให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจินดา พงษ์เมธา (2532) ที่พบว่า การมาฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดแต่ขัดแย้งกับหลายการศึกษา ที่พบว่า การที่สตรีตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์แต่ไม่ครบตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย (Raatikainen, Heiskanen, and Heinonen, 2007; Janjua et al., 2008; Owolabi et al., 2008)

4.3 คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิด (APGAR score) นาทีที่ 1 มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.132, p = 0.058$) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มไม่มาฝากครรภ์และมาฝากครรภ์เกือบทั้งหมดมีคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาทีที่ 1 มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ร้อยละ 91.18 และ 97.87 ตามลำดับ ทำให้

คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 1 โดยเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน (8.76 คะแนน ในกลุ่ม 'ไม่มาฝากครรภ์' และ 9.04 คะแนน ในกลุ่มมาฝากครรภ์) ส่งผลให้คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 1 มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ สมบูรณ์ เรือนโรจน์รุ่ง, และ นฤมล ชีระรังสิกุล (2538) ที่พบว่า การฝากครรภ์ที่ครบตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 1

4.4 คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิด (APGAR score) นาທີที่ 5 มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.258, p < 0.007$) อธิบายได้ว่า การที่สตรีตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์จะทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง และไม่ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งอาจมีผลทำให้คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และมีภาวะพร่องออกซิเจน และในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในกลุ่มที่ไม่มาฝากครรภ์มีการคลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 80 ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอดคิดเป็นร้อยละ 20 และเสียชีวิตเนื่องจากน้ำหนักตัวน้อย 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 ในขณะที่กลุ่มมาฝากครรภ์แม้จะมีทารกคลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 89.19 แต่ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอดร้อยละ 5.41 และมีทารกเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.57 เนื่องจากทารกมีความผิดปกติเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจแต่กำเนิด ดังนั้น การที่ทารกในกลุ่มไม่มาฝากครรภ์มีภาวะพร่องออกซิเจนร้อยละ 20 จึงมีโอกาที่จะมีคะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 5 น้อยกว่า 7 คะแนน เป็น 15.77 เท่าของกลุ่มที่มาฝากครรภ์ ส่งผลให้คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 5 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาของ ลักษณะ อมรประกาศ (Amornprakas, 2005) ที่พบว่า คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาທີที่ 5 เฉลี่ยระหว่างมารดาในกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ด้านบริหารการพยาบาล

จากผลการวิจัย พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ โดยกลุ่มที่เข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ได้ยากจะไม่มาฝากครรภ์มากกว่ามาฝากครรภ์ ดังนั้นผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบในเรื่องงานอนามัยแม่และเด็ก ควรมีนโยบายปฏิบัติการเชิงรุก เช่น การจัดหน่วยบริการฝากครรภ์เคลื่อนที่ไปในชุมชนแออัดหรือสถานที่อยู่อาศัยซึ่ง

ไกลจากสถานบริการทางสาธารณสุข หรือเปิดคลินิกฝากครรภ์พิเศษในช่วงเช้าก่อนเวลา 08.00 น. และช่วงเย็นหลังเวลา 16.00 น. เพื่อให้กลุ่มที่ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการฝากครรภ์ได้ง่ายขึ้น

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลอนามัยชุมชน ควรมีการปฏิบัติการเชิงรุกโดยการไปรับฝากครรภ์หรือตรวจครรภ์ให้กับกลุ่มด้อยโอกาสหรือกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้บริการฝากครรภ์ทั่วถึงมากขึ้น
2. จากผลการวิจัยพบว่าทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ ดังนั้นพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาก่อนการแต่งงาน ควรส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในสตรีกลุ่มวัยเจริญพันธุ์โดยให้ข้อมูลและความรู้ชี้ให้เห็นผลดีของการมาฝากครรภ์และผลเสียของการไม่มาฝากครรภ์
3. จากผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ญาติ และเพื่อนมีส่วนสำคัญ ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัว ญาติ และเพื่อน ให้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ร่างกาย รวมไปถึงทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีการมาฝากครรภ์มากขึ้น

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัญหาในเชิงลึกของมารดากลุ่มไม่มาฝากครรภ์ ให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริง ซึ่งจะช่วยให้การแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายของการไม่มาฝากครรภ์
3. นำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ เช่น ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การส่งเสริมสนับสนุนทางสังคม มาจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์ในครรภ์แรกมีทัศนคติที่ดีและได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้มาฝากครรภ์ในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

THE STUDY OF PREVALENCE OF NO ANTENATAL CARE AND FACTORS
ASSOCIATED WITH NO ANTENATAL CARE AMONG MOTHERS WHO DELIVERED
AT HOSPITALS OF BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION

TASSANEE LUMNIUM 5037596 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: YAOWALAK SERISATHIEN, D.N.S., PANADDA
PARIYATARIK, M.S. (EPIDEMIOLOGY), WANNA PHAHUWATANAKORN, Ph.D.
(NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Antenatal care is a basic healthcare service that is vital for health and well-being of pregnant women and their fetuses. It is considered the first step of continuous care during pregnancy, labor, delivery, and after childbirth (Oonjai Koranantakul, B.E. 2549). Antenatal care is regarded as the beginning of self-care of pregnant women together with the care of healthcare personnel. The government has realized the significance of antenatal care as evidenced by the current roles of the Ministry of Public Health. The indicators of mother and child health, as specified in the Tenth National Economic and Social Development Plan (B.E. 2550-2554), include no less than 90% of pregnant women receiving antenatal care for at least four times before delivery. In general, it is accepted that pregnant women who receive antenatal care on a regular basis are more likely to have smooth pregnancy (Somsong Pengsuwan, B.E. 2547). If the pregnancy is normal, antenatal care helps ensure that both the mothers and their fetuses will have good health well after their delivery. This is because during antenatal care, the pregnant women will receive knowledge and advice from healthcare team members including physical care, psychological care, and social care. Furthermore, they will have a chance to participate in

various activities organized by the antenatal care unit which can be adjusted to suit individual pregnant women such as activities to adjust maternal roles in first-time pregnant women or pregnant teenagers, activities to prepare for delivery and childbirth to ensure appropriate coping with pain, activities to promote newborn care, and postpartum family planning activities. Despite the benefits of antenatal care, there are a large number of pregnant women who deliver at a hospital without having any antenatal care at all. According to the overall delivery statistics of all tertiary hospitals under Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration, i.e. Charoenkrungpracharak Hospital, BMA Medical College and Vajira Hospital, BMA General Hospital, and Taksin Hospital, the percentages of pregnant women who delivered at these hospitals without antenatal care were 3.86%, 5.90%, 6.25%, and 6.39%, respectively (Delivery Statistics of Charoenkrungpracharak Hospital, BMA Medical College and Vajira Hospital, BMA General Hospital, and Taksin Hospital, B.E. 2551), which are considered rather high.

Lack of antenatal care can have adverse effects on both pregnant women and their fetuses. The pregnant women lack the opportunity to receive knowledge on self-care during pregnancy, they do not receive health examination, they do not receive prescription of vitamins and minerals, and they may be susceptible to complications during pregnancy, during labor, and after delivery including premature labor, low birth weight, etc. (Heaman, Newburn-Cook, Green, Elliott, & Helewa, 2008; Somrak Wongsung, B.E. 2541). It has been found that 10.2% of pregnant women who lack antenatal care give birth to infants with low birth weight (Supphalek, 1983), and the rate is twice higher than that of pregnant women with antenatal care (Jariyawat Kompayak & Komkai Nakapat, B.E. 2528). In addition, during labor and childbirth, lack of antenatal care is considered a factor associated with placenta removal during the third stage of the delivery (Owolabi et al., 2008). After childbirth, it has been reported that the rates of mortality among premature infants are 2.11 and 2.34 times when compared to pregnant women who have complete antenatal care (Taweewan Srisukkhham, B.E. 2537; Tassanee Tipsaiyas, B.E. 2532). The mortality rates of infants from various reasons such as premature rupture of membranes, placenta previa, slow growth rate of fetuses, and postterm pregnancy (Vintzileos, Ananth, Smulian, Scorza, & Knuppel, 2002). Another major cause of stillborn fetuses is defective functioning of the placenta, which is also commonly found in pregnant women with no antenatal care or irregular antenatal care

(Amporn Oan-on, Pannapa Puesampan, & Sangchan Petchkaew, B.E. 2550). Likewise, a study conducted by Chen, Wen, Yang, and Walker (2007) has reported that the mortality rates of newborn infants tend to increase among mothers who have not received sufficient antenatal care. Other causes of mortality among newborn infants include complications such as anemia, heart disease, pulmonary disease, chronic hypertension, diabetes mellitus, renal disease, toxemia of pregnancy, and history of premature birth or low birth weight (Schoeps et al., 2007). Furthermore, it has been discovered that lack of antenatal care is significantly associated with seizure (Abi-Said, Annegers, Combs-Cantrell, Frankowski, and Willmore, 1995). Also, lack of antenatal care is considered a risk factor of delivery before arrival at the hospital, which can lead to complications such as low body temperature and infections (Pannawalai Pintunan, B.E. 2548).

A review of related literature and research has shown that there are studies which have been conducted to investigate factors related to complete or incomplete antenatal care. However, there are various factors associated with behaviors in seeking antenatal care among pregnant women, but there is no definite conclusion on the factors that are associated with lack of antenatal care among pregnant women living in Bangkok Metropolis, where there are numerous modern healthcare facilities, both public and private ones, but a large number of pregnant women still deliver without antenatal care. Therefore, the researcher was interested in investigating factors associated with lack of antenatal care among pregnant women at hospitals under Bangkok Metropolitan Administration. In this study, the PRECECDE Framework proposed by Green, Kreuter, Deeds, and Partridge (1980) was used as the conceptual framework. According to the framework, there are three factors which affect health behaviors of individuals predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors. However, such factors have been hypothesized by the researchers based on research-based evidence. There is no clear-cut revelation on such data. Thus, to ensure clarity, the researcher aimed at investigating prevalence of lack of antenatal care as well as factors associated with lack of antenatal care among postpartum mothers at hospitals under Bangkok Metropolitan Administration including Charoenkrungpracharak Hospital, BMA Medical College and Vajira Hospital, BMA General Hospital, and Taksin Hospital. It was anticipated that the findings of the study would be used to devise a more appropriate guideline on provision of both proactive and reactive care to pregnant women who deliver with no antenatal care.

Research Objectives

1. To investigate prevalence of ensure clarity, the researcher aimed at investigating prevalence of lack of antenatal care among pregnant women who deliver at hospitals under Bangkok Metropolitan Administration.
2. To study the relationships between age, educational background, number of living children, marital status, attitudes toward pregnancy and antenatal care, sufficiency of income, access to healthcare and antenatal care, medical reimbursement, and social support and lack of antenatal care among pregnant women who deliver at hospitals under Bangkok Metropolitan Administration.
3. To determine the relationship between pregnancy outcomes and lack of antenatal care.

Research Hypothesis

Age, educational background, number of living children, marital status, attitudes toward pregnancy and antenatal care, sufficiency of income, access to healthcare and antenatal care, medical reimbursement, and social support are associated with lack of antenatal care among pregnant women who deliver at hospitals under Bangkok Metropolitan Administration.

Conceptual Framework of the Study

In this study, the PRECEDE FRAMEWORK (Green et al., 1980) was employed as the conceptual framework. According to the framework, the factors which affect health behaviors of individuals can be categorized into predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors, as illustrated in the following figure.

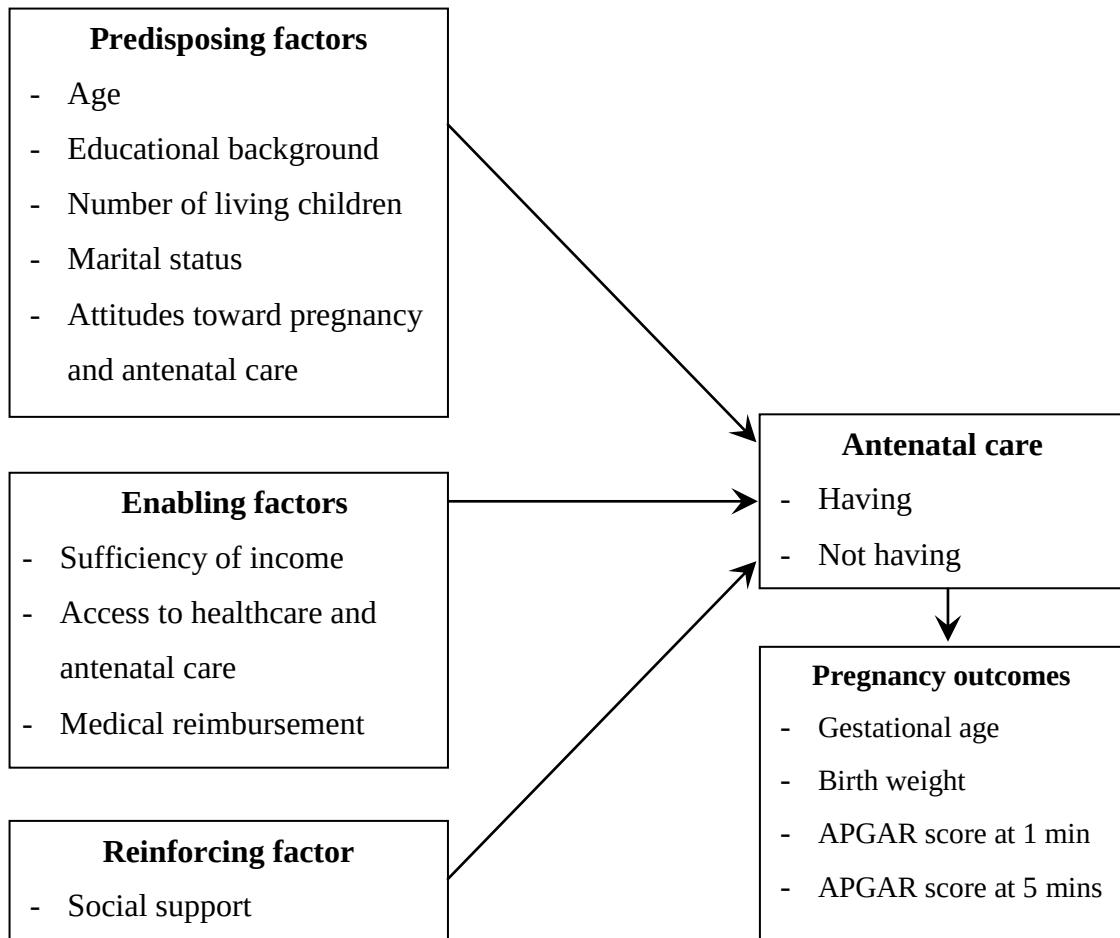


Figure 1: Conceptual Framework of the Study

Methodology

The present study was a cross-sectional study. The study sample consisted of postpartum mothers who delivered at hospitals under Bangkok Metropolitan Administration including Charoenkrungpracharak Hospital, BMA Medical College and Vajira Hospital, BMA General Hospital, and Taksin Hospital. The inclusion criteria were as follows: they were able to communicate in the Thai language, they were willing to participate in the study, and they did not have any chronic conditions before pregnancy such as asthma, diabetes mellitus, hypertension, or hyperthyroid or hypothyroid. As regards the exclusion criteria, the postpartum mothers who were excluded from the study were those who had severe physical or mental complications as diagnosed by a physician and needed to have

close and constant care from healthcare personnel such as unstable vital signs, panting, chest pain, breathing difficulty, and depression, etc. The sample size was calculated using the formula of Lemeshow, Hosmer, Klar, and Lwanya (1991). The sample size was equal to 324, and to prevent subject loss, ten percent of the subjects were added into the calculated sample size (Jariyalert Akkayamanee et al. (B.E. 2543). Therefore, the total number of subjects in the study was 362. Data were collected by means of random sampling of the postpartum mothers whose AN numbers were even numbers at Charoenkrungpracharak Hospital, BMA Medical College and Vajira Hospital, BMA General Hospital, and Taksin Hospital. The numbers of postpartum mothers selected from these four hospitals were equal to 96, 100, 102, and 64, respectively.

Data collection instruments

Four questionnaires and interview protocols were used to collect data as follows:

1. Demographic characteristics questionnaire: The questionnaire was divided into two parts. The first part elicited general data regarding demographic, social, and economic characteristics of the postpartum mothers. The second part elicited data regarding pregnancy and delivery including demographic characteristics of both the mothers and the newborn infants. The items included in the questionnaire were response-type items and open-ended items.

2. The attitudes toward pregnancy and antenatal care questionnaire: The questionnaire elicited postpartum mothers' feelings or opinions about pregnancy and antenatal care including physical and psychological changes, feelings about the fetus, and feelings about antenatal care. In this study, the attitudes toward pregnancy and antenatal care questionnaire developed by Arunee Peungpang (B.E. 2544) and the attitudes toward pregnancy of Wanpen Kulnaris (B.E. 2530) were adapted and revised to suit the subjects, and redundant items were omitted. The questionnaire items were arranged in a five-point rating scale. The total number of items was 26 items, with the scores ranging from 26 to 130 points. The interpretation of scoring was determined from the mean scores of attitudes toward pregnancy and antenatal care. The scores equal to or higher than mean scores meant positive attitudes toward pregnancy and antenatal care, whereas scores

lower than the mean scores indicated negative attitudes toward pregnancy and antenatal care.

3. Access to healthcare and antenatal care questionnaire: The questionnaire elicited postpartum mothers' opinions about access to healthcare and antenatal care including sufficiency, convenience, accessibility, acceptability, and use of healthcare and antenatal care. In the present study, the access to healthcare and antenatal care questionnaire was developed by the researcher based on the concepts of Clark (1996) and Penchansky and Thomas (1984). The questionnaire consisted of 19 items arranged in a four-point rating scale. The total scores ranged from 19 to 76 points. As for interpretation of scoring, the scores equal to or higher than mean scores referred to good access to healthcare and antenatal care, while scores lower than the mean scores indicated poor access to healthcare and antenatal care.

4. Social support questionnaire: The questionnaire elicited postpartum mothers' feelings of love, attachment, and acceptance from family members and other people in society, leading to sense of self esteem and mutual assistance and care, including mental support, emotional support, tangible support, and information support. The questionnaire used in this study was the individual and social interaction questionnaire constructed by Brandt and Weinert (1981) based on the synthesis of the social support concepts of Weiss (1974). The questionnaire was used to assess five aspects of social support including affirmation of self-esteem, perceived sense of belonging, reception of love and attachment, opportunity to provide support to others, and reception of information support, emotional support, and tangible support. The questionnaire was composed of 21 items, and the total scores ranged from 21 to 105 points. As regards interpretation of scoring, the scores equal to or higher than mean scores reflected a high level of social support, whereas scores lower than the mean scores indicated a low level of social support.

Protection of the rights of human subjects

The study proposal has been approved by the Ethics Committee on Research Involving Human Subjects of Mahidol University (Committee on Nursing Science, number MU-IRB/C2009/01.1307) and the Ethics Committee for Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration (No. พ. 119). The researcher

introduced herself to the study sample, explained the research objectives and expected outcomes and benefits, and protected the rights of human subjects. The researcher informed the subjects that they had the right to decide to participate or refuse to participate in the study, and they were able to withdraw from the study at any time if they wished. In addition, they were assured that data collected from them would be kept strictly confidential and would be reported only as group data. After the subjects agreed to participate in the study, they were asked to sign the informed consent form. In cases they were younger than 20 years of age, their legal guardians were asked to sign the informed consent form.

Data collection

After permission to collect data was granted by the Ethics Committee on Research Involving Human Subjects of Mahidol University and the Ethics Committee for Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration, the researcher introduced herself to the head of the postpartum ward of Charoenkrungpracharak Hospital, BMA Medical College and Vajira Hospital, BMA General Hospital, and Taksin Hospital to explain research objectives and data collection procedures. Data were collected from the study subjects who met the inclusion criteria previously set, with the protection of the rights of human subjects taken into careful consideration. Data collection was conducted between 8:00 a.m. and 4:00 p.m. at BMA Medical College and Vajira Hospital on Monday, BMA General Hospital on Tuesday, Taksin Hospital on Wednesday and Thursday, and Charoenkrungpracharak Hospital on Friday until data were collected from all 362 subjects.

Data analysis

The computer package was used to analyze data in terms of descriptive statistics of percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics of Chi-square test and Odds Ratio.

Findings

Demographic characteristics of the subjects

According to the study findings, the subjects ranged in age from 15 to 42 years old, and a little more than three-fourths of them, or 76.24%, were between 20 and 34 years old. About one-third, or 33.15%, completed early secondary education, and 43.05% had family income between 5,000 and 10,000 baht, with 65.75% of the subjects having sufficient income. In terms of marital status, 70.72% of the subjects lived with their husbands without a marriage certificate. Moreover, most of the subjects, or 81.82%, had the rights to medical reimbursement, and more than half, or 58.56%, had positive attitudes toward pregnancy and antenatal care. As regards social support, a little more than half of the subjects, or 52.49%, had a high level of social support, and most of the subjects, or 83.70%, had 0 to 1 living child. When considering pregnancy and child delivery, it was found that 87.57% of the subjects had full-term pregnancy, and almost all of them, or 91.61% gave birth to newborn infants with normal birth weight, with 97.24% and 98.62% having the APGAR scores at one and five minutes after birth equal to or higher than seven points, respectively. Finally, the finding showed that 90.61% of the subjects had antenatal care, while only 9.39% did not have antenatal care.

Prevalence of lack of antenatal care

The findings revealed that on the overall, 9.39% of the subjects in all four hospitals did not have antenatal care, accounting for 11.76%, 10.42%, 7.81%, and 7.00% of the subjects at Charoenkrungpracharak Hospital, BMA Medical College and Vajira Hospital, BMA General Hospital, and Taksin Hospital, respectively.

Relationships between various factors and pregnancy outcomes and lack of antenatal care of postpartum mothers

1. Predisposing factors of age ($\chi^2 = 0.845$, $p = 0.655$) and educational background ($\chi^2 = 0.012$, $p = 0.911$) were associated with lack of antenatal care of postpartum mothers with no statistical significance, while number of living children ($\chi^2 = 13.237$, $p < 0.001$), marital status ($\chi^2 = 14.041$, $p = 0.002$), and attitudes toward pregnancy

and antenatal care were associated with no antenatal care of postpartum mothers with statistical significance.

2. Enabling factors of sufficiency of income ($\chi^2 = 7.794$, $p = 0.005$), access to healthcare and antenatal care ($\chi^2 = 5.998$, $p = 0.014$), and rights to medical reimbursement ($\chi^2 = 15.785$, $p < 0.001$) were found to be statistically significantly associated with no antenatal care of postpartum mothers with statistical significance.

3. The reinforcing factor of social support ($\chi^2 = 15.310$, $p < 0.001$) was statistically significantly associated with no antenatal care of postpartum mothers.

4. As regards pregnancy outcomes, the findings showed that gestational age at delivery ($\chi^2 = 18.019$, $p < 0.001$) and APGAR scores at five minutes after birth ($\chi^2 = 15.258$, $p = 0.007$) were statistically significantly associated with no antenatal care of postpartum mothers. On the other hand, infants' birth weight ($\chi^2 = 3.612$, $p = 0.102$) and APGAR scores at one minute after birth ($\chi^2 = 5.132$, $p = 0.058$) were associated with no antenatal care of postpartum mothers with no statistical significance.

Findings regarding the effect size of the relationships between various factors and risks of lack of antenatal care and effect size of the relationships between lack of antenatal care and pregnancy outcomes.

1. With regard to predisposing factors, the study findings showed that the subjects who had two or more living children had 3.80 times higher chances than those with none or one living child, those who were separated from their husbands had 4.22 times higher chances than those who lived with their husbands, and those who had negative attitudes toward pregnancy and antenatal care had 4.51 times higher chances than those who had positive attitudes toward pregnancy and antenatal care to lack antenatal care.

2. As for enabling factors, it was found that the subjects who had insufficient income had 2.69 times higher chances than those with sufficient income, those with a low score of access to healthcare and antenatal care had 2.61 times higher chances than those with a high score of access to healthcare and antenatal care, and those with no rights to medical reimbursement had 4.10 times higher chances than those with medical reimbursement to lack antenatal care.

3. When considering the reinforcing factor, it was found that the subjects who had a low level of social support had 4.87 times higher chances than those with a high level of social support to lack antenatal care.

4. As regards pregnancy outcomes, the findings indicated that the subjects who lacked antenatal care had 4.88 times higher chances to have premature delivery than those who had antenatal care. Also, they had 15.77 times higher chances than those with antenatal care to give birth to a newborn infant whose APGAR score at five minutes after birth lower than seven points.

Discussion of Findings

Prevalence of lack of antenatal care

The study findings showed that the prevalence of lack of antenatal care at all four hospitals was higher than those reported in previous studies. This may have been because of economic and social problems such as poor financial status, lack of readiness to become pregnant, having unwanted pregnancy, lack of time, having to work to earn a living and take care of children, having caregiving duties of sick or old family members or family members who were drug addicts, frequent relocation, and lack of a company to come to antenatal care.

Relationships between various factors and pregnancy outcomes and lack of antenatal care of postpartum mothers

1. Predisposing factors including age, educational background, number of living children, marital status, and attitudes toward pregnancy and antenatal care, which can be discussed as follows:

1.1 Age: The findings revealed that age was associated with lack of antenatal care in postpartum mothers with no statistical significance ($\chi^2 = .845$, $p = .655$). Thus, this finding did not support the study hypothesis. This could be explained that even though age generally reflects maturity of individuals when it comes to decision making and self-care efficacy during pregnancy, with older pregnant women more likely to have more appropriate self-care behaviors than younger pregnant women (Soi

Anusorntheerakul & Suchada Suwankhm, B.E. 2535), in this study the mean age of the subjects who lacked antenatal care was 25.61 years, which was similar to the mean age of those who had antenatal care of 24.79 years. For this reason, their self-care behaviors were not different. The subjects in this study who ranged in age from 20 to 34 years old constituted the largest group of subjects who had antenatal care and who lacked antenatal care. As a result, age was associated with lack of antenatal care with no statistical significance. The findings of the present study were congruent with the findings of Arunee Peungpang (B.E. 2544) who found that age of pregnant women was not related to complete or incomplete antenatal care. However, the findings were inconsistent with the findings of Soi Anusorntheerakul and Suchada Suwankham (B.E. 2535) that there was a statistically significant and positive relationship between age and antenatal care of pregnant women.

1.2 Educational background: The findings revealed that educational background was associated with lack of antenatal care of pregnant women with no statistical significance ($\chi^2 = .012$, $p = 0.911$). Thus, the finding did not support the study hypothesis. One plausible explanation is that education is a basis and one of the important components of individuals' development of perception. Education makes individuals have wider perceptions, so more highly educated persons are more likely to understand and have correct understanding of health status and treatment than those who are not as highly educated (Orem, 1985). However, in this study, it was found that the subjects who had and did not have antenatal care had rather similar means of number of years receiving formal education, equal to 9.00 and 10.06 years, respectively. Put another way, they completed secondary education. Therefore, there was no difference in the subjects' ability to search for supporting information and learn about pregnancy, hence similar behaviors in antenatal care. Such findings yielded support to the findings of Maliwan Meunklaewkhlarvichit (B.E. 2551) who has reported that there was not relationship between educational background and antenatal care among pregnant teenagers. However, the findings were not consistent with the findings of Trinh et al. (2007) who found that educational background lower than primary education was associated with insufficient antenatal care.

1.3 Number of living children: It was found that the number of living children was associated with lack of antenatal care of postpartum mothers with

statistical significance ($\chi^2 = 13.237$, $p < 0.001$). Thus, the finding did not support the research hypothesis. This could be explained that unlike pregnant women who become pregnant for the first time, pregnant women who have experience giving birth a number of times before and their children are still living may think that they already have enough experience with pregnancy and their previous pregnancies did not have complications, so they assume that there is no need for antenatal care. This could be seen from the finding that as high as 38.14% of the subjects who had two or more living children did not seek antenatal care, while only 14.02% of them did. In other words, having a number of living children and previous pregnancies made pregnant women paid less attention to their own self-care, hence less chances of having antenatal care. In this study, the findings showed that pregnant women who had two or more living children had 3.80 times higher chances to lack antenatal care than those who had no or only one living child. As a result, the number of living children was statistically associated with lack of antenatal care. The findings of the present study were congruent with the findings of Trinh et al. (2007) who found that pregnant women with insufficient antenatal care had three or more living children. However, the findings were not consistent with the findings of Watcharee Watcharamai (B.E. 2532) who has reported that the number of surviving infants and the number of living children were associated with antenatal care with no statistical significance.

1.4 Marital status: It was discovered that marital status was associated with lack of antenatal care among pregnant women with statistical significance ($\chi^2 = 14.041$, $p = 0.002$). Therefore, the finding supported the research hypothesis. One explanation is that when the pregnant women who live with their husbands have a good relationship with their spouse, which reflects emotional support, an important and effective support pregnant women need (Cronnenwett & Kunst-wilson, 1981). Pregnant women who are married are also more likely to have better health behaviors than pregnant women who are not married (Rowenstein & Rinehart, 1981). In the present study, it was found that close to a quarter of the subjects who were separated from their husband, or 23.53%, did not seek antenatal care. On the contrary, 94.21% of pregnant women who lived with their husband came to receive antenatal care at the hospital. At the same time, pregnant women who lived separately from their husbands had 5.00 times higher chances to lack antenatal care when compared to those who lived with their husband. This is

because the pregnant women who live with their husband may have more sense of self-esteem and be confident that they have someone to trust and give them support, so they have more favorable pregnancy behaviors. The findings of the present study were consistent with the finding of Sukit Promrab (B.E. 2541) that divorced pregnant women were more likely to have inappropriate antenatal behavior, but were not consistent with the finding of Koktatong (2002) that spousal support was not related to antenatal care.

1.5 Attitudes toward pregnancy and antenatal care: The findings showed that attitudes toward pregnancy and antenatal care were associated with lack of antenatal care among pregnant women with statistical significance ($\chi^2 = 15.927$, $p < 0.001$). Therefore, the finding supported the research hypothesis. This could be explained that attitudes toward pregnancy and antenatal care refer to postpartum mothers' feelings and opinions about pregnancy and antenatal care including the changes in their physical and mental condition, their feelings about the fetus, and their feelings about antenatal care (Arunee Peungpang, B.E. 2544). In this study, almost three quarters of the subjects who did not have positive attitudes toward pregnancy and antenatal care, or 73.53%, did not seek antenatal care, while only 38.11% of them did, and they had 4.51 times higher chances to lack antenatal care when compared to those who had positive attitudes toward pregnancy and antenatal care. Generally, when women have found out that they have become pregnant and have already adjusted themselves to the changes in them, those who have positive attitudes toward pregnancy will have love, adoration, and attachment with the fetus, and they want their fetus to become healthy. As a result, they seek antenatal care at the hospital. The findings of the present study yielded support to the findings of Maliwan Meunklaewkharvichit (B.E. 2551) who found that attitudes toward pregnancy among pregnant teenagers were statistically significantly related to antenatal care. However, the findings were inconsistent with the findings of Koktatong (2002) that attitudes toward pregnancy did not have any relationship with antenatal care.

2. Enabling factors including sufficiency of income, access to healthcare and antenatal care, and rights to medical reimbursement, which could be explained as follows:

2.1 Sufficiency of income: The findings revealed that sufficiency of income was associated with lack of antenatal care among pregnant women with statistical significance ($\chi^2 = 7.794$, $p = 0.005$). Therefore, the finding supported the research hypothesis. One plausible explanation is that family income is a basis of living

and it is a source of support that enables individuals to carry out various activities as they want to, including health activities (Edelman & Mandle, 1990). Pregnant women with regular incomes that are sufficient for their living are able to have regular antenatal care (Puangnoi Sakornrattanakul and Chantima Khanobdee, B.E. 2547). In this study, it was found that 67.99% of pregnant women with sufficient income had antenatal care, while 44.12% lacked antenatal care. It was also found that pregnant women with insufficient income were 2.69 times more likely to lack antenatal care when compared to those with sufficient income. In general, pregnant women with sufficient income have enough resources to take care of their own health. On the other hand, those with insufficient income tend to have economic problems which are immediate problems that they need to solve before other concerns, including healthcare. For this reason, pregnant women with insufficient income are more likely to lack antenatal care. The findings of the present study were consistent with the findings of Trinh et al. (2007) that poor economic status was related to insufficient antenatal care. However, the findings were inconsistent with the findings of Maliwan Meunklaewkharwichit (B.E. 2551) that family income was not associated with antenatal care of pregnant women.

2.2 Access to healthcare and antenatal care: According to the study findings, access to healthcare and antenatal care was associated with lack of antenatal care among pregnant women with statistical significance ($\chi^2 = 5.998$, $p = 0.014$). The finding, therefore, supported the research hypothesis. This could be explained that access to healthcare and antenatal care includes sufficiency, accessibility, convenience, acceptance, and utilization of healthcare and antenatal care services (Clark, 1996; Penchansky & Thomas, 1984) affects individuals' antenatal care behaviors. In this study, 73.53% of the subjects who did not have a good access to healthcare and antenatal care lacked antenatal care, while 51.12% had antenatal care. In addition, they had 2.61 times higher chances to lack antenatal care when compared to those with a good access to healthcare and antenatal care. Meanwhile, when considering each aspect of the findings, it could be seen that more than half of the subjects who lacked antenatal care had a low level of accessibility, convenience, acceptance, and utilization of healthcare and antenatal care services, but they only had a high level of sufficiency of healthcare and antenatal care services. Thus, it could be stated that pregnant women who have easy access to healthcare and antenatal care services, are able to use such services, and have acceptance

of such services are likely to have good antenatal care behaviors. On the contrary, pregnant women who lack easy access to healthcare and antenatal care services, are unable to utilize healthcare and antenatal care services, and do not have positive attitudes towards healthcare personnel are more likely to have poor antenatal care behaviors. The findings of the present study were consistent with the findings of Brown et al. (2008) that distance from home to healthcare centers is associated with use of antenatal care with statistical significance.

2.3 Rights to medical reimbursement: The findings showed that the rights to medical reimbursement were associated with lack of antenatal care among postpartum mothers with statistical significance ($\chi^2 = 15.785$, $p < 0.001$). The finding supported the research hypothesis. Such finding could be explained that pregnant women who have rights to medical reimbursement have confidence that they do not have to cover a high expense of antenatal care, so they are more likely to seek antenatal care. In this study, 55.88% of the subjects who had the rights to medical reimbursement did not seek antenatal care, whereas 83.84% of them did. Furthermore, the subjects who did not have medical reimbursements were 4.10 times more likely to lack antenatal care than those who had medical reimbursements. Likewise, Trinh et al. (2007) have reported that lack of medical reimbursement was related to insufficient antenatal care.

3. Reinforcing factor referring to social support, which could be explained as follows:

Social support: The findings showed that social support was associated with lack of antenatal care among postpartum mothers with statistical significance ($\chi^2 = 15.310$, $p < 0.001$). Therefore, the finding supported the research hypothesis. This is because social support is what individuals perceive as having attachment and acceptance from their family members and others in the family, including emotional support, appraisal support, information support, and tangible support (House, 1981 cited in Brown, 1986). In this study, it was found that most of the subjects had first or second pregnancy and most of them lived with their husband. As a consequence, they had the feelings that they were accepted and loved and they received support and assistance from their spouse or their family, so more than half of them, or 55.79%, had antenatal care. In contrast, the majority of the subjects of did not receive social support, or 79.41%, did not have antenatal care. Moreover, the subjects who did not have social support had 4.87 times

higher chances to lack antenatal care when they were compared to those who had a good level of social support. The findings yielded support to the findings of Maliwan Meunklaewkhlarvichit (B.E. 2551) that social support was associated with antenatal care among pregnant teenagers with statistical significance. However, the findings were not consistent with the findings of Supit Suwanprateep (B.E. 2535) that spousal support and antenatal care were not related.

4. Pregnancy outcomes including gestational age, birth weight, and Apgar scores at one and five minutes after birth, which could be explained as follows:

4.1 Gestational age: The findings showed that gestational age was associated with lack of antenatal care among postpartum mothers with statistical significance ($\chi^2 = 15.310$, $p < 0.001$). Therefore, the finding supported the research hypothesis. This is because when pregnant women lack antenatal care, they miss the chance to receive knowledge on how to take care of themselves during pregnancy. As a result, they may have inappropriate self care behaviors such as doing laborious work or not having sufficient rest, etc. In addition, when they do not have antenatal care, they do not have health examination and do not receive vitamin and mineral supplements, so they may suffer from complications during pregnancy, during labor, and after delivery such as premature labor (Heaman, Newburn-Cook, Green, Elliott, & Helewa, 2008; Somrak Wongsang, B.E. 2541). In this study, it was found that 35.92% of the subjects who did not have antenatal care did not have full-term pregnancy, while only 10.06% of those with antenatal care did not have full-term pregnancy. In addition, the mean gestational age of the subjects who lacked antenatal care was 36.68 weeks, whereas that of the subjects with antenatal care was 38.49 weeks. Also, the subjects with no antenatal care were 4.88 times more likely to give birth before full term. Thus, it can be concluded that gestational age was statistically significantly associated with antenatal care. Such finding was consistent with the findings of Jaruwan Riewpaiboon (B.E. 2532) who has reported that the number of times receiving antenatal care was positively related to gestational age. However, it was not congruent with the finding of Somboon Reunrojroong and Niramol Theerarangsikul (B.E. 2538) that there was no relationship between antenatal care and gestational age at delivery.

4.2 Birth weight: The findings indicated that infants' birth weight was associated with lack of antenatal care among postpartum mothers with no statistical

significance ($\chi^2 = 3.612$, $p = 0.102$). This is because most of the subjects in both groups, with or without antenatal care, gave birth to an infant whose birth weight was equal to or more than 2,500 grams, accounting for 82.35% and 92.07%, respectively. Thus, it could be concluded that the mean birth weight of the infants of the subjects in both groups were normal (2,850.76 grams and 3,060.38 grams of the mothers who did not have and who had antenatal care, respectively). As a result, the infants' birth weight was associated with lack of antenatal care with no statistical significance. The findings of this study were consistent with the findings of Sujinda Pongmetha (B.E. 2532) who found that there was no relationship between antenatal care and infants' birth weight. However, the findings were inconsistent with the findings of other researchers that antenatal care was related to low birth weight (Raatikainen, Heiskanen, and Heinonen, 2007; Janjua et al., 2008; Owolabi et al., 2008).

4.3 APGAR scores at one minute after birth: The findings revealed that infants' APGAR scores at one minute after birth were associated with lack of antenatal care among postpartum mothers with no statistical significance ($\chi^2 = 5.132$, $p = 0.058$). This is because the infants of almost all of the subjects in both groups had APGAR scores at one minute after birth equal to or higher than 7 points, accounting for 91.18% and 97/87% in mothers without and with antenatal care, respectively (8.76 points in mothers with no antenatal care and 9.04 points in mothers with antenatal care). Therefore, infants' APGAR scores at one minute after birth were associated with lack of antenatal care among postpartum mothers with no statistical significance. Such finding was not consistent with the finding of Somboon Reunrojroong and Niramol Theerarangsikul (B.E. 2538) that there was a relationship between complete antenatal care and APGAR scores at one minute after birth.

4.4 APGAR scores at five minutes after birth: It was found that infants' APGAR scores at five minutes after birth were associated with lack of antenatal care among postpartum mothers with statistical significance ($\chi^2 = 15.258$, $p < 0.007$). This could be explained that when pregnant women do not have antenatal care, they lack a chance to receive knowledge on self-care and to be taken care of by healthcare team members, which can affect their child delivery. For example, they may not have full-term delivery or their infant may suffer from oxygen deprivation. In this study, it was discovered that 80% of the subjects who did not have antenatal care gave birth before full

term, and 20% of their infants had oxygen deprivation. One infant died after birth due to low birth weight, making up 16.67% of the total. On the other hand, even though 89.19% of the postpartum mothers who had antenatal care gave birth before full term, only 5.41% of their newborn infants suffered from oxygen deprivation during delivery, and only one died due to cardiovascular abnormality, making up 3.57%. When 20% of the infants born to mothers with no antenatal care suffered from oxygen deprivation, they were 15.77 times more likely to have APGAR scores at five minutes after birth lower than 7 points when compared to the infants born to the mothers who had antenatal care. Therefore, infants' APGAR scores at five minutes after birth were associated with lack of antenatal care among postpartum mothers with statistical significance. The findings of the present study were not consistent with the finding of Amornprakas (2005) who found that there was no statistically significant difference in the mean APGAR scores at five minutes after birth between infants born to mothers with complete antenatal care and those with incomplete antenatal care.

Recommendations

For nursing administration

The findings showed that access to healthcare and antenatal care was associated with lack of antenatal care. In other words, the subjects who had difficult access to healthcare and antenatal care were more likely not to have antenatal care than those with easy access to healthcare and antenatal care. Thus, public health administrators who are in charge of healthcare of mother and child should devise a proactive policy such as organizing a mobile antenatal care unit in slum areas or remote areas, or setting up a special antenatal clinic before 8:00 a.m. and after 4:00 p.m. to increase access to antenatal care among underprivileged groups.

For nursing practices

1. Nurse practitioners and community nurse practitioners should come up with proactive measures to provide antenatal care services to the underprivileged group or

pregnant women with high risks of lack of antenatal care who live in the areas under their responsibility to ensure more comprehensive access to antenatal care.

2. As the study finding showed that attitudes toward pregnancy and antenatal care are associated with lack of antenatal care, nurses whose work is related to provision of premarital counseling should promote positive attitudes toward pregnancy and antenatal care among reproductive women by giving knowledge and information regarding benefits and disadvantages of antenatal care among these women.

3. According to the study findings, there is a relationship between social support and lack of antenatal care, especially support from family members, relatives, and friends. For this reason, nurses should encourage family members, relatives, and friends of pregnant women to offer physical, psychological, and material support to pregnant women to promote antenatal care.

For nursing research

1. Qualitative research should be conducted to gather in-depth data regarding problems of pregnant women who lack antenatal care so that more effective solutions can be devised and implemented.

2. A study should also be carried out to determine factors predicting lack of antenatal care.

3. A program to promote antenatal care among postpartum mothers who lack antenatal care should be developed based on the factors found to be associated with lack of antenatal care such as attitudes toward pregnancy and antenatal care so as to more effectively promote antenatal care among pregnant women.

บรรณานุกรม

- เกษรี ปั่นลี. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคคล ความรู้สึกร่วมประสบการณ์ตลาดบริการทัศนคติต่อการตลาดในงานบริการพยาบาลและการประยุกต์ใช้แนวคิดการตลาดบริการของผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิริยา เลิศอรรมยมนิ, และ คณะ. (2543). งานวิจัยทางคลินิก. กรุงเทพฯ: ไทสกาลศิลป์การพิมพ์.
- จิริยาวัตร คมพยัคฆ์, และ คมคาย นาคะปัท. (2528). รายงานการวิจัยเรื่องลักษณะมารดาไทยที่ให้อาหารทารกน้ำหนักน้อย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ รวีไพบูลย์. (2532). ผลของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิดในวชิรพยาบาล พ.ศ. 2529. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราหงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, และ เฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). พฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 6). มหาสารคาม: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2538). พฤติกรรมสุขภาพในเอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมผู้บริโภคทางสาธารณสุข หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- ชญาดา ศิริภิรมย์. (2543). ทฤษฎี-พฤติกรรมสุขภาพ-และชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คาราวดี พลอยล้อมแสง. (2535). การฝากครรภ์. ในธีระพร วุฒยานิช, ธีระ ทองสง, และ จตุพล ศรีสมบูรณ์ (บรรณาธิการ), คำราสูติศาสตร์. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงพร จินตโนทัยถาวร. (2536). พฤติกรรมฝากครรภ์กับสุขภาพมารดาและสุขภาพทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีวรรณ ศรีสุขคำ. (2537). การตายของทารกปริกำเนิดในมารดาครรภ์เดียวที่คลอดในโรงพยาบาลจังหวัดเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2535-2536. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ทัศนีย์ ทิพย์ไธยานันต์. (2532). การตายของทารกปรักำเนิดในมารดาครรภ์เดียวที่โรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ. 2527-2530. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทพณรงค์ จารุพานิช, และ สมพงษ์ บุญสืบชาติ. (2523). ลักษณะการฝากครรภ์ของหญิงที่คลอดใน โรงพยาบาลศิริราช. รายงานการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีระพล อรุณะกสิกร, และ คณะ. (2550). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- ธีรา ตันทวนิช. (2538). การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ (Antenatal care). ในสุจิต เผ่าสวัสดิ์, สุวัฒน์ ชูติวงศ์, ดำรง เจริญประยูร, และ สุทัศน์ กลกิจ โกวินท์ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- น้ำเพชร อากาศ ณ อยู่ชยา, และ คณะ. (2520). ปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ต. บางปะกง อ.บางปะกง จ.ฉะเชิงเทรา. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2530). รายงานการประชุมสัมมนาวิชาการสุศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 3 เรื่องแนวทางการดำเนินงานสุศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต 25-28 มีนาคม 2530. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ กองสุศึกษา.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และ สวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุศึกษา*. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปรีชา วาณิชเศรษฐกุล. (2546). การดูแลการตั้งครรภ์ Antenatal care. ในอดิวิทูท กุมทมาศ (บรรณาธิการ), *ตำราสูติศาสตร์ การตั้งครรภ์และการคลอดปกติ*. กรุงเทพฯ: บริษัท บุ๊คเน็ต จำกัด.
- พัฒนะวไล พินทุนันท์. (2548). ความซุกของภาวะแทรกซ้อนของทารกที่คลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า. สำนักงานพัฒนางานวิจัยวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- พรรณี ศิริวรรณภา. (2541). การฝากครรภ์. ในธีระ ทองสง และชนนทร์ วนาภิรักษ์ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4*. กรุงเทพฯ: พี. บี. ฟอเรน บুকส เซนเตอร์.
- ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร. (2550). *ระบาดวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงน้อย สาครรัตนกุล, และ จันทิมา ขนบดี. (2547). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วน จำกัด ป. สัมพันธ์พาณิชย์.

- ภิเศก ลุมพิกานนท์. (2542). การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ (Antenatal Care). ในกนก สีจร, ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, วิฑูรย์ ประเสริฐเจริญสุข, และ โกวิท คำพิทักษ์ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- มะลิวรรณ หมั่นแก่วักล้าวิจิต. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลัย ตำราญจิต. (2540). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนศักดิ์ ชูโชติรส. (2549). การดูแลรักษาหญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำตอนที่ 1 ระยะตั้งครรภ์. ในมนัชนิ รัตนไชยานนท์, และ พัทยา เสงี่ยม (บรรณาธิการ), *สูตินรีเวชทันยุค OB-GYN in Practice 2006*. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ อนุรักษ์, และ คณะ. (2542). กระบวนการสุศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ “ก้าวทันยุค 2000”. กรุงเทพฯ: ชิกม่า ดีไซน์ กราฟฟิค จำกัด.
- วัชร วัชรมัย. (2532). ลักษณะการฝากครรภ์ผู้ทำคลอดและภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของสตรีมีครรภ์ในชนบท: ศึกษากรณีอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรภรณ์ เขมโชติกู. (2541). ความรู้และทัศนคติต่อระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรารุณ สุมาวงศ์. (2533). คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ กลนริศ. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ภาพลักษณ์ สัมพันธภาพของคู่สมรสกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาของหญิงวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัฒนา ศรีพจนารอด. (2543). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์: แบบแผนสุขภาพ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิทยา ถิฐาพันธ์, และ บุญศรี จันทร์รัชกุล. (2550). การดูแลสตรีตั้งครรภ์บนพื้นฐานของข้อมูลประจำตัวตอนที่ 1. การดูแลทั่วไป ในชาญชัย วันทนาศิริ, และ ดวงสิทธิ์ วัฒนาราม (บรรณาธิการ), *สูตินรีเวชทันยุค OB-GYN in Practice 2007*. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.

- วิฑูร โอสถานนท์, และ สมพล พงศ์ไทย. (2539). *ความเป็นมาและพัฒนากายทางสูติกรรมในประเทศไทย* (History and development of obstetrics in Thailand) ใน *ประพิทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, และ สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล (บรรณาธิการ), สูติศาสตร์รายฉบับที่ 1*. กรุงเทพฯ: เฮลท์ ออ ทอริตี้ส์ จำกัด.
- วิโรจน์ เจริญศักดิ์. (2531). *ปัญหาการฝากครรภ์ในเขตอำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์*. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล. (2548). *การฝากครรภ์ Antenatal care*. ใน *มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, และ ประเสริฐ ศันสนีย์วิทยกุล (บรรณาธิการ), ตำราสูติศาสตร์*. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
- สถิติการคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปี พ.ศ. 2551.
- สุกัญญา ปริสัณณกุล. (2536). *ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเองกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกิจ พรหมรับ. (2541). *รายงานวิจัยเพื่อสอบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข*. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุจินดา พงษ์เมธา. (2532). *ปัจจัยบางประการของมารดาที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดา ภูทอง. (2529). *การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์: ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 9 ยะลา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดารัตน์ สุวาริ. (2531). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์และจิตสังคมของมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2538). *รูปแบบเชิงสาเหตุของความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพรรณิย์ จันพิทศ. (2534). *พฤติกรรมฝากครรภ์ของสตรีในชนบทไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุพิศ สุวรรณประทีป. (2535). ลักษณะการรับบริการฝากครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงที่คลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญโรงพยาบาลศิริราช 2534. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาลี อารีเอื้อ. (2526). ปัจจัยอันตรายที่มีอิทธิพลต่อน้ำแรกเกิดของทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุริย์ สิมารักษ์, และ ชีระ ทองสง. (2535). การตั้งครรภ์และการคลอด. เชียงใหม่: ส.ศุภลักษณ์การพิมพ์.
- สมคิด สีหิตพิธิ. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมทรง เพ็งสุวรรณ. (2547). หน่วยที่ 4 การฝากครรภ์ ในเอกสารคำสอนวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ 2 เล่มที่ 1 การพยาบาลมารดาในระยะตั้งครรภ์. ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมบัติ บุญทันใจ. (2532). ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดในมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมบูรณ์ เรือนโรจน์รุ่ง, และ นฤมล ชีระรังสิกุล. (2538). การฝากครรภ์กับภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในโรงพยาบาลแม่และเด็กนครสวรรค์. นครสวรรค์: โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 8 นครสวรรค์.
- สมรักษ์ วงศ์สังข์. (2541). การศึกษาทารกน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลสมุทรปราการ. พุทธชินราชเวชสาร, 15(1), 7-13.
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และ สุชาดา สุวรรณคำ. (2535). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อลักษณะการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อภิชาติ จิตต์เจริญ, และ สมพล พงศ์ไทย. (2540). การบริหารสตรีตั้งครรภ์. ในประทีพ โอประเสริฐ, วินิต พัวประดิษฐ์, และ สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล (บรรณาธิการ), สูติศาสตร์ รามาธิบดี 2. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชชิง จำกัด.
- อรุณี พึ่งแพง. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อุษา ฤทธิ์ประเสริฐ. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุ๋นใจ กอนันต์กุล. (2549). การตั้งครร์ความเสี่ยงสูง *High risk pregnancy*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- อำพร โอนอ่อน, พรรณภา เพื่อสัมพันธ์, และ แสงจันทร์ เพ็ชรแก้ว. (2550). คู่มือการพยาบาลมารดาที่มีทารกตายในครรภ์ (*Nursing care of pregnant women with dead fetus in utero*). กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.
- Abi-Said, D., Annegers, J. F., Combs-Cantrell, D., Frankowski, R. F., & Willmore, L. J. (1995). Case-Control study of the risk factors for eclampsia. *Am J Epidemiology*, 142, 437-441.
- American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists (3rd ed., pp. 1-279). (1992). *Guidelines for perinatal care*, Elk Grove village, IL.
- Amornprakas, L. (2005). *The Comparison of health practice during pregnancy and pregnancy outcomes between mothers with adequate and inadequate prenatal visits: Case study at Taksin hospital*. The degree of master of nursing science, Mahidol University.
- Benson, R. C., & Pernoll, M. L. (1994). *Handbook of Obstetrics and Gynecology*. Singapore: McGraw-Hill.
- Binns, A. M., Grenade, J. L., & Ashley, D. (1995). Under-users of antenatal care: A comparison of non-attenders and late attenders for antenatal care, with early attenders. *Soc Sci Med*, 40, 1003-1012.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-A social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Brown, C. A., Sohani, S. B., Khan, K., Lilford, R., & Mukhwana, W. (2008). Antenatal care and perinatal outcomes in Kwale district, Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(2), 1-11.
- Brown, M. A., (1986). Social support during pregnancy: A Unidimensional or multi- dimensional Construct. *Nursing Research*, 35, 5-9.
- Chalermpitchai, T. (2005). *Prevalence of loss to postpartum follow-up in mothers with HIV infection and associated factors*. The degree of master of nursing science, Mahidol University.
- Chayathab, S. (2006). *Self-care behavior and selected factors affecting outcomes of pregnancy in adolescent mothers*. The Degree of Master of Nursing Science, Mahidol University.

- Chen, Xi-Kuan., Wen, S. W., Yang, Q., & Walker, M. C. (2007). Adequacy of prenatal care and Neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. *Australian and new Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47, 122-127.
- Clark, M. J. (1996). Nursing in the community (2nd ed.). California: Appleton & Lange. Cobb, S. (1976). Social support as a moderation of life stress. *Psychosom Med*, 38, 300-314.
- Coimbra, L. C., Figueiredo, F. P., Silva, A. A. M., Barbieri, M. A., Bettiol, H., Caldas, A. J. M., et al. (2007). Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. *Braz J Med Biol Res*, 40(9), 1195-1202.
- Cunningham, F. G., Gant, N. F., Leveno, K. J., Gilstrap III, L. C., Hauth, J. C., & Wenstrom, K. D. (2001). *Williams Obstetrics* (21st ed.). Singapore: McGraw-Hill.
- Dickerson, V. M., & Chez, R. A. (1999). Normal pregnancy and prenatal care. In D. N. Danforth (Eds.), *Obstetrics and Gynecology* (8th ed., pp. 65-82). The United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dunniho, D. R. (1992). *Fundamentals of Obstetrics and Gynecology*. (2nd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Edeleman, C. L. & Mandle, C. L. (1990). *Health promotion. Throughout the lifespan*. (2nd ed.). St. Louis: C. V. Mosby.
- Erlindawati, Chompikul, J., & Isaranurug, S. (2008). Factors related to the utilization of antenatal care services among pregnant women at health centers in aceh besar district, Nanggroe aceh Darussalam province, Indonesia. *Journal of Public Health and Development*. 6(2), 99-108.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., & Partridge, K. B. (1980). *Health education planning a diagnostic approach*. California: Mayfield Publishing.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning an educational and environmental approach* (2nd ed.). Toronto: Mayfield Publishing.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning an educational and ecological approach* (3rd ed.). California: Mayfield Publishing.
- Harper, M. A., Byington, R. P., Espeland, M. A., Naughton, M., Meyer, R., & Lane, K. (2003). Pregnancy-related death and health care services. *Obstet Gynecol*, 102, 273-278.

- Heaman, M. I., Newburn-Cook, C. V., Green, C. G., Elliott, L. J., & Helewa, M. E. (2008). Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: A Comparison of indices. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(15), 1-8.
- Janjua, N. Z., Delzell, E., Larson, R. R., Meleth, S., Kristensen, S., Kabagambe, E., et al. (2008). Determinants of low birth weight in urban Pakistan. *Public Health Nutr*, 11, 1-10.
- Jansone, M., Lindmark, G., & Langhoff-Ross, J. (2001). Perinatal deaths and insufficient antenatal care in Latvia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandianvica*, 80, 1091-1095.
- Koktatong, K. (2002). *Factors related to antenatal care services and health status of mothers And infants: a case study maternal and child hospital, health promotion center region 4 Ratchaburi*. The degree of arts, Mahidol University.
- Lemeshow, S., Hosmer, Jr. D. W., Klar, J., & Lwanya, S. K. (1991). *Adequate of sample size in health studies*. New York: John Wiley & Sons.
- Lowenstein, V., & Rinehart, J. M. (1981). In D. K. Sydney & P. Natalic Nursing Research. (ed), *Phychosocial factors related to health maintenance behavior of pregnance woman*. St.Louis: C. V. Mosby Company.
- Lumbiganon, P., Winiyakul, N., Chongsomchai, C., & Chaisiri, K. (2004). From research to practice: the example of antenatal care in Thailand. *Bulletin of the world health Organization*, 82(10), 746-749.
- Mikhail, B. (2000). Prenatal Care Utilization Among Low-Income African American Women. *Journal of Community Health Nursing*, 17(4), 235-246.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing concepts of practices*. Newyork: McGraw-Hill Book.
- Owolabi, A. T., Dare, F. O., Fasubaa, O. B., Ogunlola, I. O., Kuti, O., & Bisiriyu, L. A. (2008). Risk factors for retained placenta in Southwestern Nigeria. *Singapore Med J*, 49(7), 532-537.
- Owolabi, A. T., Fatusi, A. O., Kuti, O., Adeyemi, A., Faturoti, S. O., & Obiajuwa, P. O. (2008). Maternal Complications and Perinatal outcomes in booked and unbooked Nigerian Mothers. *Singapore Med J*, 49(7), 526-531.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1984). The Concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 19(2), 127-140.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1987). In Nursing Practice. (2nd ed.), *Health promotion*. Norwalk: Appleton & Lange.

- Raatikainen, K., Heiskanen, N., & Heinonen, S. (2007). Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC Public Health*, 7(268), 1-8.
- Schoeps, D., Almeida, M. F. D., Alencar, G. P., Franca, I., Jr., Novaes, H. M. D., Siqueira, A. A. F. D., et al. (2007). Risk factors for early neonatal mortality. *Rev Saude Publica*, 41(6), 1-9.
- Supphalek, A. (1983). *Factors influencing infants birth weight*. The degree of master of public health, Mahidol University.
- Trinh, L. T. T., Dibley, M. J., & Byles, J. (2007). Determinants of Antenatal care Utilization in three Rural Areas of Vietnam. *Public health nursing*, 24(4), 300-310.
- Vintzileos, A. M., Ananth, C. V., Smulian, J. C., Scorza, W. E., & Knuppel, R. A. (2002). The impact of prenatal care on postneonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. *Am J Obstet Gynecol*, 187, 1258-1262.
- Weinert, C. (1987). A Social support Measure: PRQ 85. *Nursing Research*, 36(5), 273-277.
- Weiss, R. S. (1974). The Provisions of social relationship. In Z Rubin (Ed.), *Doing Unto Others*. NJ: Prentice-Hall.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จีวีวรรณ อยู่สำราญ
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทนา ธนาโนวรรณ
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร. ฤดี ปุ่บงกะดี
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
คำชี้แจงและการพินิจสิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่านหรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษาเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ การศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาล
สังกัดกรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวทัศนีย์ หล้าเนียม

สถานที่วิจัย สถานที่ทำงาน และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
สถานที่ทำงาน ดิक्คอด แผนกสูติ-นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ โทร 0-2244-3452-3 มือถือ 081-456-9721
สถานที่วิจัย วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง
โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ผู้ให้ทุน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทุนส่วนตัวในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และคะแนนประเมินสภาพทารกแรกคลอด ของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์เป็นอย่างไร ซึ่งท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยครั้งนี้ แต่จะเป็นประโยชน์สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์ท่านอื่นๆ ต่อไป โดยนำข้อมูลที่ได้รับจากท่านและผู้เข้าร่วมการวิจัยท่านอื่นๆ มาวางแผนเป็นนโยบายเชิงรุกและเชิงรับเพื่อการดูแลที่ครอบคลุมทั่วถึง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านเป็นมารดาหลังคลอดซึ่งตรงกับคุณสมบัติที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยจะมีผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้นประมาณ 362 คน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจะมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และแจ้งให้ทราบว่ามีข้อมูลบางส่วนจากเวชระเบียนของท่านผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและขอให้ท่านลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
2. หลังจากนั้นผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบสัมภาษณ์และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีจำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม
3. ผู้วิจัยจะอยู่บริเวณใกล้เคียงขณะที่ท่านตอบแบบสอบถามเพื่อให้ท่านสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ ซึ่งจะใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 40-45 นาที

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ท่านอาจรู้สึกอึดอัดและไม่สบายใจกับบางคำถามระหว่างการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามซึ่งท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานตามปกติ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายซึ่งท่านจะได้รับการสัมภาษณ์และทำแบบสอบถามโดยไม่มีการให้ยาหรือเข้าร่วมกิจกรรมอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามไม่มีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยที่จะเกิดกับท่าน หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยท่านสามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมงที่ผู้วิจัย นางสาวทัศนีย์ หล้าเนียม หมายเลขโทรศัพท์ 081-456-9721

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ขณะเดียวกันก็ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ เช่นกัน นอกจากค่ารักษาพยาบาลตามปกติที่ท่านต้องจ่ายให้กับทางโรงพยาบาลอยู่แล้ว หากมีข้อมูล

เพิ่มเติมทั้งด้านที่เป็นประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็ว ไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคลอย่างไรก็ตามรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ และคณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่ท่านควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C (สายพยาบาลศาสตร์) ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 หมายเลขโทรศัพท์ 02-4197466-80 ต่อ 1500, 1503 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทนได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์) (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่าน (ผู้ปกครองของมารดาหลังคลอด) อ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่านหรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษาเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ การศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวทัศนีย์ หล้าเนียม

สถานที่วิจัย สถานที่ทำงาน และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ ดิเกลลอค แผนกสูติ-นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้โดยสะดวก โทร 0-2244-3452-3 มือถือ 081-456-9721

ผู้ให้ทุน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทุนส่วนตัวในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และคะแนนประเมินสภาพทารกแรกคลอด ของมารดาหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์เป็นอย่างไร โดยเด็กในปกครองของท่านซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย อาจจะไม่ได้รับประโยชน์

โดยตรงจากการวิจัยครั้งนี้แต่จะเป็นประโยชน์สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการไม่มาฝากครรภ์ท่านอื่นๆ ต่อไป โดยนำข้อมูลที่ได้รับจากเด็กในปกครองของท่านและผู้เข้าร่วมการวิจัยท่านอื่นๆ มาวางแผนเป็นนโยบายเชิงรุกและเชิงรับเพื่อการดูแลที่ครอบคลุมทั่วถึง

เด็กในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะเป็นมารดาหลังคลอดซึ่งตรงกับคุณสมบัติที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาโดยจะมีผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้นประมาณ 362 คน

หากท่านตัดสินใจให้เด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

4. ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และจะขอให้ท่านลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยแทน เด็กในปกครองของท่าน

5. หลังจากนั้นผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กในปกครองของท่านตามแบบสัมภาษณ์และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามซึ่งมีจำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์ และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

6. ผู้วิจัยจะอยู่บริเวณใกล้เคียงขณะที่เด็กในปกครองของท่านตอบแบบสอบถามเพื่อให้สามารถสอบถามข้อสงสัยได้ ซึ่งจะใช้เวลาทั้งหมดโดยประมาณ 40-45 นาที

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัยเด็กในปกครองของท่านอาจรู้สึกอึดอัดและไม่สบายใจกับบางข้อคำถามระหว่างการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามซึ่งเด็กในปกครองของท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้

หากเด็กในปกครองของท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เด็กในปกครองของท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กในปกครองของท่านเมื่อเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายซึ่งเด็กในปกครองของท่านจะได้รับการสัมภาษณ์และทำแบบสอบถาม โดยไม่มีการให้ยาหรือเข้าร่วมกิจกรรมอื่นๆ แต่อย่างใดจึงไม่มีผลข้างเคียงใดๆ ที่จะเกิดกับเด็กในปกครองของท่าน หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อนางสาวทัศนีย์ หล้าเนียม ผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่หมายเลขโทรศัพท์ 081-456-9721

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเด็กในปกครองของท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ นอกจากค่ารักษาพยาบาลตามมาตรฐานปกติที่ท่านต้องจ่ายให้กับทางโรงพยาบาล หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านที่เป็นประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็ว ไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของเด็กในปกครองของท่านที่เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล อาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

เด็กในปกครองของท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดลชุด C (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 หมายเลขโทรศัพท์ 02-4197466-80 ต่อ 1500, 1503 หากเด็กในปกครองของท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทนได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)

ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับเด็กในปกครอง (เช่น บิดา มารดา ญาติ หรืออื่นๆ)

โปรดยก.....

วันที่...../...../.....

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบาย และตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับหัวหน้าโครงการวิจัย คือ นางสาวทัศนีย์ หล้าเนียม ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่หมายเลขโทรศัพท์ 081-456-9721

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C (สายพยาบาลศาสตร์) ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 หมายเลขโทรศัพท์ 02-4197466-80 ต่อ 1500, 1503 ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับ ข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคตและยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัยแต่ละไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทน โดยชอบธรรม/วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....

(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....

(.....)



COA.No.MU-IRB/C 2009/ 01.1307

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing)

Title of Project: THE STUDY OF PREVALENCE OF NO ANTENATAL CARE AND FACTORS ASSOCIATED WITH NO ANTENATAL CARE AMONG MOTHERS WHO DELIVERED AT HOSPITALS OF BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION

Project Number: MU-IRB/C 2009/ 01.0306

Principle Investigator: Miss Tassanee Lumnium

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) MU-IRB/C Submission form version 3 July 2009
- 2) Participant Information sheet version 3 July 2009
- 3) Consent form for version 3 July 2009
- 4) Questionnaire version 25 May 2009

Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing) is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 13 July 2009

Date of Expiration: 13 July 2010

Signature of Chair:

Pornsri Sriussadaporn.

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing

Fongcum Tilokskulchai

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)

Dean, Faculty of Nursing

Office of Institutional Review Board panel C (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing, 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503



No. ๗๖. ๑๑๙

Ethics Committee

For

Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

Title of Project : Prevalence and Factors Associated with No Antenatal Care among Mothers who Delivered at Hospital of Bangkok Metropolitan Administration

Registered Number : 104.52

Principal Investigator : Miss Tassanee Lumnum

Name of Institution : Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Chairman

(Mr. Kraichack Kaewnii)

Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL 18 AUG 2009



บันทึกข้อความ

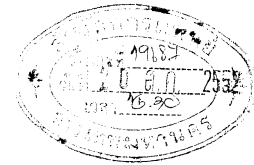
ส่วนราชการ กองวิชาการ (ฝ่ายพัฒนากุศล โทร. 0 2224 9710 โทรสาร 0 2221 6029)

ที่ กท 0602.4/วค.333

วันที่ 19 สิงหาคม 2552

เรื่อง อนุมัติโครงการวิจัย ของ นางสาวทัศนีย์ หล้าเนียม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์



กองวิชาการ สภ.พ.
วันที่ 19/8/52
ที่ 2.1.ค.ก. 2552
เวลา 09:06 น.

ตามบันทึก กท.0602/8322 ลงวันที่ 29 กรกฎาคม 2552 เรื่อง ขออนุมัติการทำวิจัยในคน ซึ่งท่าน ขอให้ คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร พิจารณาโครงการวิจัย ของ นางสาวทัศนีย์ หล้าเนียม เรื่อง "ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่ คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร" นั้น

บัดนี้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ได้พิจารณา โครงการวิจัยที่นำเสนอแล้ว มีความเห็นว่าโครงการได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิด ภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่นำเสนอได้ และให้ผู้วิจัยรายงาน ผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ ฯ ทุก 6 เดือน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป พร้อมนี้ได้แนบเอกสาร รับรองโครงการวิจัยในคนมาด้วยแล้ว

ประมวดี พุดเทชา

(นางสาวประมวดี คฤหเดช)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน
ของกรุงเทพมหานคร

เรียน ผู้อำนวยการกองวิชาการ

(นางสาวกนกวรรณ พิธิวิสุทธิกัญจน์)

ที่ปรึกษาและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน
ของกรุงเทพมหานคร

ที่ กท 0602.4/วค.333

เรียน...ผอ. วค. ผอ. สภ.พ. ผอ. สภ.พ. ผอ. สภ.พ.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป

(นางสมพร ชื่นใจ)

ผู้อำนวยการกองวิชาการ

กองวิชาการ สภ.พ.

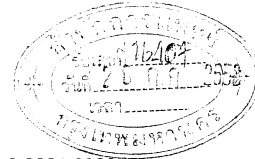
รับทราบในสำเนาไปดำเนินการตามโครงการวิจัย

24 ส.ค. 2552



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ



ส่วนราชการ กองวิชาการ (ฝ่ายพัฒนากุศล โทร. 0 2224 9710 โทรสาร 0 2221 6029)

ที่ กท 0602.4/วค.289

วันที่ 19 กรกฎาคม 2553 กองวิชาการ สนท.

เรื่อง แจ้งผลการรับทราบการขอเปลี่ยนชื่อโครงการวิจัย ของ นางสาว ทศนีย์ หล้าเนียม

6926

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

วันที่ 22 ก.ค. 2553

เวลา 8.34

ตามเอกสาร ลงวันที่ 13 กรกฎาคม 2553 เรื่อง ขออนุมัติเปลี่ยนชื่อโครงการวิจัย ของ นางสาว ทศนีย์ หล้าเนียม ขอเปลี่ยนชื่อเรื่องโครงการวิจัย จากเดิม ชื่อภาษาไทย "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร" ภาษาอังกฤษ "Prevalence and Factors Associated with No Antenatal Care among Mothers who Delivered at Hospitals of Bangkok Metropolitan Administration" เป็น "การศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัด กรุงเทพมหานคร" ภาษาอังกฤษ "The Study of Prevalence of No Antenatal Care and Factors Associated with No Antenatal Care among Mothers who Delivered at Hospitals of Bangkok Metropolitan Administration" ขอให้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร พิจารณานั้น

บัดนี้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ได้พิจารณา เอกสารที่นำเสนอแล้ว มีมติ รับทราบ ในการประชุมครั้งที่ 14/2553 เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2553

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป

เปรมวดี ดุจเดช
(นางสาวเปรมวดี ดุจเดช)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน

ของกรุงเทพมหานคร

เรียน ผู้อำนวยการกองวิชาการ

Demd

(นางจอมใจ ตำราญทรัพย์)

เลขานุการสำนักการแพทย์

21 ก.ค. 53

ที่ กท 0602.4/วค.149

เรียน 20-2553

เพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ

(นางสมพร คุ้มแก้ว)

หัวหน้าฝ่ายพัฒนากุศล

กองวิชาการ สำนักการแพทย์

ที่ประชุมในชั้นที่ประชุมผู้เกี่ยวข้องทราบแล้ว

23 ก.ค. 2553

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่บันทึก ☐ ☐ ☐

- ☐ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ☐ โรงพยาบาลกลาง
- ☐ โรงพยาบาลตากสิน ☐ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกได้แก่ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่สองได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ให้สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนที่ 1 ทั้งหมดและส่วนที่ 2 จนถึงข้อที่ 8 โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ และเติมข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของมารดาหลังคลอดเลือกตอบ ส่วนข้อ 9-12 และข้อมูลของทารกแรกเกิด บันทึกข้อมูลจากแบบบันทึกทางการแพทย์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

2. ระดับการศึกษาของท่าน

- ☐ ไม่ได้เรียน
- ☐ ประถมศึกษา..... ปี
- ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น..... ปี
- ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย..... ปี
- ☐ อนุปริญญา..... ปี
- ☐ ปริญญาตรี..... ปี
- ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

3. รายได้ทั้งหมดของครอบครัว.....บาท / เดือน
4. ความเพียงพอของรายได้
 - ☐ รายได้พอใช้ ☐ รายได้ไม่พอใช้
5. สถานภาพสมรส
 - ☐ อยู่กับสามีและจดทะเบียนสมรส
 - ☐ อยู่กับสามีไม่ได้จดทะเบียนสมรส
 - ☐ หย่า ☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่
6. สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล
 - ☐ ไม่มี
 - ☐ มี
 - ☐ ต้นสังกัด ☐ ประกันสังคม
 - ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

ข้อมูลของมารดา

1. การตั้งครรภ์ครั้งนี้ เป็นครั้งที่.....การคลอดครั้งนี้ เป็นครั้งที่.....
2. ก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ท่านได้วางแผนการมีบุตรไว้ล่วงหน้าหรือไม่
 - ☐ วางแผน ☐ ไม่ได้วางแผน
3. ประวัติการแท้งบุตร
 - ☐ ไม่มี ☐ มี จำนวน.....ครั้ง
4. จำนวนบุตรที่มีชีวิตรวมทั้งหมดไม่นับรวมคนปัจจุบันที่เพิ่งคลอด เท่ากับ.....คน
5. การฝากครรภ์
 - ☐ ไม่ฝากครรภ์ เหตุผล คือ.....
(ในกรณีที่ไม่วางแผนการมีบุตร ข้ามไปสัมภาษณ์ข้อ 8)
 - ☐ ฝากครรภ์ เหตุผล คือ.....

6. สถานที่ฝากครรภ์

- ☐ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร (ระบุ).....
- ☐ โรงพยาบาลอื่นๆของรัฐ (ระบุ).....
- ☐ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน (ระบุ).....
- ☐ ศูนย์บริการสาธารณสุข (ระบุ).....
- ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

7. จำนวนครั้งของการฝากครรภ์.....ครั้ง

8. อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์

- ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

9. อายุครรภ์ที่คลอด.....สัปดาห์

10. วิธีการคลอด

- ☐ คลอดปกติทางช่องคลอด ☐ คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ
- ☐ คลอดโดยใช้คีม ☐ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

11. ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดครั้งนี้

- ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

12. ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดครั้งนี้

- ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

แบบบันทึกข้อมูลของทารกแรกเกิด

1. น้ำหนักทารกแรกเกิด.....กรัม

2. คะแนนแอฟการ์นาที่ 1นาที่ที่ 5

ในกรณีที่มีการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด อื่นๆ (ระบุ).....

3. ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด

- ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

4. ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

- ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

ชุดที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของท่านทุกประการ
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของท่านเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของท่านบางครั้ง
ไม่เห็นด้วยเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของท่านเลย

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย เลย
1. ฉันรู้สึกดีใจเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์					
-					
-					
26. ฉันคิดว่าการรับประทานอาหารทุกอย่างให้น้อยลง ขณะตั้งครรภ์ จะทำให้รูปร่างของฉันสวยงาม หลังคลอด					

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครรภ์

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นจริงเกี่ยวกับความคิดเห็นของท่าน ที่มีต่อการรับบริการสุขภาพ และการฝากครรภ์มากที่สุด

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของท่านทุกประการ
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของท่านเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของท่านบางครั้ง
ไม่เป็นจริง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของท่านเลย

ข้อคำถาม	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริง	หมายเหตุ
1. ท่านมีสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านที่สามารถเข้ารับบริการฝากครรภ์ได้					
-					
-					
19. เมื่อมีอาการผิดปกติในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เป็นไข้ ปวดศีรษะ บวมตามร่างกาย ปัสสาวะแสบขัด ท่านมักเข้ารับการตรวจรักษาที่สถานบริการสุขภาพ เช่น คลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน โรงพยาบาล					

ชุดที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ตั้งแต่ท่านตั้งครรภ์ ท่านได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือทางสังคมในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่ กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามความเป็นจริงกับท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่ผิดหรือถูก

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านทั้งหมด
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมาก
เป็นจริงเพียงครึ่งหนึ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านน้อย
ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านเลย

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงเพียงครึ่งหนึ่ง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย					
-					
21. ถ้าฉันเจ็บป่วยหรือไม่สบายใจ จะมีคนมาคอยดูแลฉัน หรือให้คำแนะนำฉันว่า ฉันควรทำอย่างไร					

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นางสาว ทักษิณีย์ หล้าเนียม

วัน เดือน ปีเกิด

17 ตุลาคม พ.ศ. 2521

สถานที่เกิด

จังหวัดนนทบุรี ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

(สมทบมหาวิทยาลัยมหิดล) พ.ศ. 2539-2543

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550-2553

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง

ทุนการศึกษา/ทุนวิจัย/รางวัลที่ได้

การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

ที่อยู่ปัจจุบัน

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และเวชพยาบาล แขวงเวชพยาบาล เขตดุสิต

กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ 081-456-9721

E-mail : lumnium@hotmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2543-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 6 ว

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และเวชพยาบาล แขวงเวชพยาบาล เขตดุสิต

กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ 0-2244-3452-3

E-mail : lumnium@hotmail.com