

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะศึกษา การรับรู้การตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีที่อาเภอพล เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น การทำความเข้าใจปรากฏการณ์อย่างแท้จริงจำเป็นต้องศึกษาแบบองค์รวม (holistic) ดังนั้น การศึกษาการตั้งครรภ์จึงต้องศึกษาให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวัฒนธรรมของสตรีมีครรภ์ ผู้วิจัยจึงรวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์จากแต่ละมุมมอง นำเสนอสาระสำคัญเรียงตามลำดับ ดังนี้

2.1 มุมมองทางด้านกายภาพ

2.2 มุมมองทางด้านจิตวิทยา

2.3 มุมมองทางด้านสังคมวัฒนธรรม

2.4 อิทธิพลของแต่ละมุมมองต่อการรับรู้การตั้งครรภ์และการมาฝากครรภ์

2.1 มุมมองทางด้านกายภาพ (Biological perspective)

การตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายให้เห็นได้ชัดเจน ซึ่งมีทฤษฎีที่พยายามอธิบายการเปลี่ยนแปลงนี้ และทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด คือ ทฤษฎีทางชีวการแพทย์ (biomedical theory) แนวคิดดังกล่าวได้อธิบายการตั้งครรภ์ไว้ดังนี้

การตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา เริ่มตั้งแต่การปฏิสนธิ การฝังตัวของไข่ที่อุณหภูมิลำไส้ การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และการเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายทั้งด้านกายวิภาค ชีวเคมี และสรีรวิทยา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะดำเนินไปตลอดการตั้งครรภ์นับตั้งแต่ปฏิสนธิไปจนกระทั่งหลังคลอด ดังนั้น สตรีมีครรภ์จึงหมายถึงสตรีที่อยู่ในสภาวะเริ่มต้นตั้งแต่มีการปฏิสนธิและมีการเจริญเติบโตของทารกเกิดขึ้นในโพรงมดลูก ในระยะเวลาประมาณ 40 สัปดาห์ หรือ 280 วัน ปกติจะถือสตรีที่ตั้งครรภ์ 40 ± 2 สัปดาห์ เป็นสตรีที่ตั้งครรภ์ครบกำหนด (เจือจันทร์ เรืองศรี, 2533)

การตั้งครรภ์ถูกแบ่งออกเป็น 3 ระยะ หรือ 3 ไตรมาส ส่วนการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆภายในร่างกายจะเริ่มเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ ในระยะไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์หรือช่วงสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ (12 สัปดาห์แรก) และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในระยะไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ หรือสามเดือนที่สองของการตั้งครรภ์ (13-24 สัปดาห์) และระยะไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ หรือสามเดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ (25-42 สัปดาห์) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เพื่อเอื้ออำนวยให้การงานครรภ์เจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย ได้แก่ (Silverman, 1990; Sherwen et al., 1991)

2.1.1 การเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์

มดลูกมีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่าง ขนาดและตำแหน่ง โดยมีขนาดขยายใหญ่ขึ้นเมื่ออายุครรภ์ 10 สัปดาห์จะมีขนาดโตเป็น 2 เท่าของก่อนตั้งครรภ์ ประมาณเดือนที่ 3 มดลูกมีรูปร่างกลม หลังจากนั้นจะเจริญเติบโตตามยาวเร็วกว่าแนวกว้าง ทำให้รูปร่างเปลี่ยนไปเป็นรูปไข่ กล้ามเนื้อที่ยึดมดลูกยึดขยายออก มดลูกเริ่มมีการบีบตัวแต่ไม่รู้สึกเจ็บ เรียกว่า Baraxton hicks contractions

ปากมดลูกนุ่มและมีสีคล้ำขึ้นเนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงบริเวณนี้มาก ต่อมปากมดลูกมีการขยายตัวและสร้างเมือกเหนียวจำนวนมากมาอุดที่ช่องคลอด ซึ่งจะช่วยป้องกันการติดเชื้อจากภายนอกเข้าไปสู่ทารกในมดลูก

ช่องคลอดมีการเปลี่ยนแปลงเหมือนมดลูกและปากมดลูก คือมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น ในระยะตั้งครรภ์แบคทีเรียแลคโตบาซิลลัส (lactobacillus) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและสร้างกรดแลคติก (lactic acid) จากไกลโคเจน (glycogen) ทำให้ภายในช่องคลอดมีสภาพเป็นกรดซึ่งช่วยควบคุมการแบ่งตัวของเชื้อแบคทีเรียที่เป็นเชื้อโรค แต่การที่มีกลัยโคเจนเพิ่มขึ้นจะทำให้เชื้อราเจริญได้ดี เกิดการติดเชื้อได้

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด

ปริมาณเลือดมีเพิ่มขึ้น และผลจากฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ทำให้ผนังหลอดเลือดคลายตัว ดังนั้น หลอดเลือดจะขยายใหญ่ขึ้น ปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นนี้จะเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ในช่วงสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ และเพิ่มขึ้นสูงสุดในสัปดาห์ที่ 30-34 ของการตั้งครรภ์ และจะรักษาระดับไว้คงที่ตลอดไป ปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นนี้จะเพิ่มทั้งปริมาณพลาสมา (plasma)

และเม็ดเลือดแดง แต่เม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นในอัตราน้อยกว่า ดังนั้น ค่าความเข้มข้นของเลือดจึงเจือจางลง ส่งผลให้อีเอ็มโกลบินและฮีมาโตคริตของสตรีมีครรภ์มีค่าลดลง เรียกว่าภาวะ Physiologic anemia ถ้าอีเอ็มโกลบินมีค่าน้อยกว่า 11.0 กรัม/เดซิลิตร หรือฮีมาโตคริตมีค่าน้อยกว่าร้อยละ 32 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ ถือเป็นความผิดปกติซึ่งเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก

หัวใจต้องรับภาระในการสูบฉีดเลือดที่เพิ่มมากขึ้น ปริมาตรของหัวใจจึงเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจากระยะก่อนตั้งครรภ์ เมื่อถึงระยะใกล้คลอด อัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นประมาณ 10-15 ครั้งต่อนาที

ความดันโลหิตของสตรีมีครรภ์จะลดลง และลดลงต่ำสุดในไตรมาสที่ 2 หรือช่วงต้นของไตรมาสที่ 3 คือ ค่าซิสโตลิก (systolic) ลดลง 5-10 มิลลิเมตรปรอท และค่าไดแอสโตลิก (diastolic) ลดลง 10-15 มิลลิเมตรปรอท หลังจากนั้นจึงค่อย ๆ เพิ่มขึ้นอีกครั้งหนึ่ง ถ้าความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 30 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 15 มิลลิเมตรปรอทถือเป็นข้อบ่งชี้ของภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia)

เนื่องจากน้ำหนักและขนาดของมดลูกเพิ่มขึ้นจึงไปกดทับเส้นเลือดบริเวณอุ้งเชิงกราน ทำให้การไหลกลับของเลือดจากขาไม่ดี จึงพบว่าสตรีมีครรภ์มีอาการขาบวม ซึ่งพบได้ในช่วงปลายหรือหลังจากยืนและนั่งนาน ๆ ในช่วงต้นไตรมาสที่ 2 อาจพบเส้นเลือดขอด และอาการจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะของการตั้งครรภ์

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ

ระหว่างตั้งครรภ์ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นร้อยละ 15-20 ประกอบกับมดลูกที่ขยายใหญ่ขึ้นไปดันกะบังลมให้สูงขึ้น ดังนั้นปอดจะมีความจุในการแลกเปลี่ยนก๊าซมากขึ้น สตรีมีครรภ์จะหายใจเร็วและสั้นแต่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ ร้อยละ 60-70 ของสตรีมีครรภ์จะมีอาการหายใจลำบากเนื่องจากระดับคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง ภาวะนี้จะเกิดช่วงต้นของการตั้งครรภ์ และจะเห็นได้ชัดตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น

2.1.4 การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะ

ไตมีขนาดและน้ำหนักเพิ่มขึ้น เล็กน้อยและมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น อัตราการกรองของหน่วยไต (glomerular filtration rate) เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 50 ทำให้กรดอมิโนและวิตามินที่ละลายได้ในน้ำถูกขับออกมากับปัสสาวะ และในปัสสาวะของสตรีมีครรภ์

อาจพบกลูโคสและโปรตีนในปริมาณเล็กน้อย นอกจากนี้ ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนทำให้ท่อไตทั้งสองข้างยาวขึ้นและกว้างออก จึงเกิดการคั่งค้างของปัสสาวะ ทำให้แบคทีเรียเจริญเติบโตได้ดี อาจเกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้ง่าย

ในระยะไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์มดลูกกดทับกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะในระยะท้าย ๆ ของการตั้งครรภ์ ส่วนหน้าของทารกจะกดเบียดกระเพาะปัสสาวะ ทำให้มีการคั่งของเลือดและน้ำเหลืองบริเวณกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ฐานของกระเพาะปัสสาวะยืดยาวออก บอบช้ำและบวม เกิดการติดเชื้อและอักเสบได้ง่าย

2.1.5 การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร

บริเวณท้องมีเลือดมาเลี้ยงมาก ทำให้ขณะตั้งครรภ์มีเลือดออกง่าย ดังนั้น การดูแลรักษาพื้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันท้องอักเสบ และต่อมน้ำลายยังผลิตน้ำลายมากขึ้น ทำให้สตรีบางรายเกิดอาการคลื่นไส้ นอกจากนี้ ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนจะส่งผลให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว ทำให้การหดตัวและการควบคุมหลอดอาหารไม่ดี เกิดอาการแสบร้อนที่ยอดอก (heartburn) ซึ่งมักพบในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์

กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว และลำไส้ดูดซึมน้ำกลับเพิ่มขึ้น บวกกับแรงกดทับของมดลูก จึงทำให้สตรีมีครรภ์เกิดอาการท้องผูกได้บ่อย นอกจากนี้ ความดันโลหิตเลือดยาคาใหญ่ (portal venous) เพิ่มขึ้น ทำให้เส้นเลือดรอบทวารหนักบวม เกิดเป็นริดสีดวงทวาร

ประมาณร้อยละ 50 ของสตรีมีครรภ์มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในทางเดินอาหารและระดับของฮอร์โมนที่เพิ่มขึ้น อาการนี้จะพบได้ในระยะต้นไตรมาสที่ 1 ช่วงสัปดาห์ที่ 4-6 และจะหายไปเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์

2.1.6 การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ

ในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ ต่อมไทรอยด์มีขนาดเพิ่มขึ้นสามารถคลำได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลมาจากการเพิ่มของฮอร์โมนไทรอยด์ (T_3, T_4) และส่งผลให้อัตราการเผาผลาญอาหาร (basal metabolic rate) เพิ่มขึ้น โดยในครรภ์ปกติเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 20-25

2.1.7 การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และผิวหนัง

การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และขนาดมดลูกที่ขยายใหญ่ขึ้น จะทำให้จุดศูนย์ถ่วงของร่างกายเลื่อนมาข้างหน้า ร่างกายจึงพยายามแอ่นเพื่อรักษาสสมดุล ดังนั้นขาและ

กระดูกสันหลังจึงกลายเป็นศูนย์รวมการถ่วงน้ำหนัก ทำให้แนวของกระดูกผิดปกติ เกิดอาการปวดหลัง

ในไตรมาสที่ 2 หน้าท้องยืดยาว และเนื้อเยื่อผนังหน้าท้องแตกออกเป็นริ้ว ๆ โดยในสตรีครรภ์แรกจะพบเป็นสีชมพู สตรีครรภ์หลังพบเห็นเป็นสีขาวหรือสีเงิน บริเวณหน้าท้องจากหัวเข่าถึงสะดือจะเห็นเส้นดำชัดเจนขึ้น เรียกว่า ลิเนีย นิกรา (linea nigra) ส่วนท้องเหนือจะขบเหี่ยวออกมามากขึ้น ทำให้ผิวหนังมีความมันและเกิดสิวได้ง่าย บริเวณลานห้วนมมีสีคล้ำขึ้นเนื่องจากการสะสมของเม็ดสี (pigment)

จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ตามมุมมองด้านกายภาพหรือชีวการแพทย์เน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและกายภาพ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายของสตรีและอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้น แนวทางการปฏิบัติตัวตามมุมมองนี้จึงเน้นที่การดูแล ตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงและป้องกันภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมสำคัญที่สุดตามมุมมองนี้ คือ การฝากครรภ์

โดยทั่วไป สตรีตั้งครรภ์แรกควรมารับการตรวจครรภ์เป็นระยะตลอดการตั้งครรภ์อย่างน้อย 10 ครั้ง ส่วนสตรีตั้งครรภ์หลังควรมารับการตรวจครรภ์เป็นระยะตลอดการตั้งครรภ์อย่างน้อย 6 ครั้ง (Hall, 1989 quoted in Chamberlain, 1990) และการมาฝากครรภ์ครั้งแรก ควรมาฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ (12 สัปดาห์แรก) เพราะแพทย์จะสามารถค้นหาความผิดปกติของการตั้งครรภ์และค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Thomas, Golding, and Peters, 1991)

โดยทั่วไปแล้วการพิจารณาความถี่และจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ จะพิจารณาตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของสตรีมีครรภ์ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ ดังนี้

ระยะไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ (12 สัปดาห์แรก)

สตรีมีครรภ์เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะนี้ตัวอ่อน (embryo) มีการแบ่งเซลล์อย่างรวดเร็ว เพื่อพัฒนาไปเป็นอวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจ ตา หู จมูก และปม ซึ่งจะงอกเป็นมือและเท้า ถ้าอวัยวะเหล่านี้ไม่สามารถเกิดขึ้นตามพัฒนาการปกติ ก็จะไม่สามารถเกิดขึ้นทดแทนในภายหลังได้ ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการฝากครรภ์ในระยะนี้ คือ 1) เพื่อควบคุมสิ่งแวดล้อมที่จะมากระทบกระเทือนต่อการพัฒนาการของตัวอ่อน เช่น การไต่ยา การถูกสารพิษ หรือรังสีเอกซเรย์ 2) เพื่อวินิจฉัยหาความผิดปกติและหา

การรักษา เช่น การติดเชื้อหนองใน (gonorrhea) ซิฟิลิส (syphilis) และหาความผิดปกติอื่น ๆ เช่น ความผิดปกติทางยีนส์ (genetic) ภูมิคุ้มกันไวรัสบกพร่อง แม้ว่าความผิดปกติทั้งสองอย่างนี้ไม่สามารถให้การรักษาหรือแก้ไขได้ แต่จะช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจว่าจะตั้งครรภ์ต่อไปหรือไม่ องค์ประกอบสำคัญของการฝากครรภ์ในไตรมาสนี้ คือ การรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแลรักษาและการให้คำแนะนำ ดังนั้นในไตรมาสแรกนี้สตรีมีครรภ์ปกติควรตรวจครรภ์ทุก 4 สัปดาห์

ระยะที่ 2 ของการตั้งครรภ์ (13-24 สัปดาห์)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของสตรีมีครรภ์ จะมีการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องมาจากไตรมาสที่ 1 เช่น ขนาดมดลูกขยายใหญ่ขึ้นและสามารถคลำได้ทางหน้าท้อง เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์แรกจะรู้สึกถึงเด็กดิ้น ส่วนสตรีตั้งครรภ์หลังจะรู้สึกว่าเด็กดิ้นเมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอื่น ๆ คือ จำนวนพลาสมาที่เพิ่มขึ้นมากกว่าจำนวนเม็ดเลือดแดง ทำให้ความเข้มข้นของเลือดลดลง เกิดภาวะซีดที่เรียกว่า Physiologic anemia ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางระบบสืบสาวะจะทำให้สตรีมีครรภ์ไวต่อการติดเชื้อ ความดันโลหิตไม่มีการเปลี่ยนแปลงจะคงเดิมหรือลดลงเล็กน้อย ดังนั้น วัตถุประสงค์การตรวจครรภ์ในไตรมาสที่ 2 คือ 1) เพื่อประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ วินิจฉัยการตั้งครรภ์ผิดปกติโดยประเมินจากความสูงของระดับยอดมดลูก การดิ้นและการเต้นของหัวใจ 2) เพื่อประเมินความเพียงพอของสารอาหารที่สตรีมีครรภ์ได้รับ โดยประเมินจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 3) เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ดังนั้น ในไตรมาสที่ 2 สตรีที่ตั้งครรภ์ปกติควรมาตรวจครรภ์ทุก 4 สัปดาห์

ระยะไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (25-42 สัปดาห์)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางด้านร่างกายจะต่อเนื่องมาและเกิดการเปลี่ยนแปลงสูงสุด ในไตรมาสที่ 3 ทารกเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและถ่ายเทเอาธาตุเหล็กจากมารดาเพื่อนำไปสร้างเม็ดเลือดแดง ดังนั้น สตรีมีครรภ์ที่ได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอจะเกิดภาวะโลหิตจาง สตรีมีครรภ์ที่มีประวัติโรคหัวใจจะมีภาวะเสี่ยงสูง เนื่องจากปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นทำให้หัวใจต้องทำงานสูบน้ำเลือดหนักมากขึ้น นอกจากนี้ มดลูกมีการหดตัวถี่และแรงขึ้น แต่การหดตัวไม่สม่ำเสมอและไม่เจ็บปวด ซึ่งต่างจากอาการแสดงของการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการตรวจครรภ์ในไตรมาสที่ 3 คือ 1) เพื่อประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

2) เพื่อวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจาง 3) วินิจฉัยส่วนน้ำหนักของทารกในครรภ์และประเมินผลการคลอด ดังนั้น สตรีที่ตั้งครรภ์ปกติควรมารับการตรวจครรภ์ทุก 2-3 สัปดาห์ เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์แพทย์จึงจะนัดตรวจครรภ์ทุกสัปดาห์จนกระทั่งคลอด

มีงานวิจัยจำนวนมากที่ใช้กรอบทฤษฎีทางชีวการแพทย์ ศึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ดังตัวอย่างรายงานการวิจัยต่อไปนี้

Balcaza et al. (1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการฝากครรภ์ กับ ปัจจัยเสี่ยงของมารดาและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ข้อมูลได้จากการศึกษาประวัติการคลอดมีชีวิตระหว่างปี ค.ศ. 1986-1987 พบว่า สตรีมีครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่เพียงพอตามเกณฑ์ มีอุบัติการณ์การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คลอดก่อนกำหนด สูงกว่าสตรีมีครรภ์ที่ฝากครรภ์เพียงพอตามเกณฑ์

Gosselink et al. (1993) ศึกษาความสัมพันธ์ของการฝากครรภ์กับภาวะเสี่ยงต่อภาวะน้ำเดินก่อนคลอด (PROM) โดยแบ่งกลุ่มศึกษาออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) สตรีที่คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะน้ำเดินก่อนคลอดร่วมด้วย 2) สตรีที่คลอดครบกำหนดและมีภาวะน้ำเดินก่อนคลอดร่วมด้วย 3) สตรีที่คลอดก่อนกำหนดแต่ไม่มีภาวะน้ำเดินก่อนคลอด และกลุ่มควบคุมคือ สตรีที่คลอดครบกำหนดและไม่มีภาวะน้ำเดินก่อนคลอด พบว่าสตรีมีครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่เพียงพอมีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะน้ำเดินก่อนคลอดร่วมด้วย และเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด สูงกว่าสตรีมีครรภ์ที่ฝากครรภ์เพียงพอ

Malloy et al. (1992) ศึกษาผลของการฝากครรภ์ต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ โดยศึกษาข้อมูลสถิติชีพ (vital statistics) เพื่อตรวจสอบลักษณะการฝากครรภ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มมารดาที่คลอดครบกำหนด (อายุครรภ์เมื่อคลอด 37-42 สัปดาห์) และฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 1-4 สัปดาห์ มีอุบัติการณ์การคลอดทารกไม่มีชีวิตต่ำสุด และอุบัติการณ์นี้จะพบได้สูงขึ้นตามอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่เพิ่มขึ้น และพบว่าสตรีมีครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์ คลอดทารกไม่มีชีวิตในอัตราสูงสุด

Thomas et al. (1991) ศึกษาผลของการฝากครรภ์ซ้ำต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ข้อมูลได้จากมารดาหลังคลอด 13,127 คน ที่จำประจำเดือนได้แน่นอน พบว่า ตัวแปรที่สามารถ

ทนายการมาฝากครรภ์ช้า (ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์) ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุมารดา อายุมารดาที่จบการศึกษา จำนวนบุตร และมารดาที่ฝากครรภ์ช้าพบว่า มีวิธีการคลอดผิดปกติมากกว่า

Essex et al. (1992) ศึกษาลักษณะทางประชากรของสตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทันทีที่ทราบที่ตั้งครรภ์ และสตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้า โดยศึกษาสตรีมีครรภ์ที่มาคลอดระหว่าง ค.ศ. 1990-1991 ที่คลอดบุตรมีชีวิต จำนวน 4,286 คน พบว่า สตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้า มีลักษณะดังนี้ ตั้งครรภ์นอกสมรส สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจต่ำ เป็นวัยรุ่นหรือวัยรุ่นที่มีการศึกษาต่ำ

Aved et al. (1993) ศึกษาอุปสรรคต่อการมาฝากครรภ์ในกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่มีรายได้ น้อย โดยสัมภาษณ์มารดาหลังคลอดที่คลอดบุตรมีชีวิตเกี่ยวกับอุปสรรคของการมาฝากครรภ์พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมาฝากครรภ์ในอันดับสูง ได้แก่ ความไม่สะดวกในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไม่มีคนดูแลบุตร

ส่วนการศึกษาในประเทศมีจำนวนมาก อาทิเช่นการศึกษาของ จารูวรรณ รื่นไพบุย์ (2532) ศึกษาผลของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างได้แก่ มารดาซึ่งมาคลอดบุตรครรภ์เดียวและทารกซึ่งเกิดจากมารดากลุ่มเดียวกันนี้ จำนวนกลุ่มละ 605 คน พบว่า มารดาที่มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยเท่าใด จะมีวิธีการคลอดปกติมากขึ้นเท่านั้น และมารดาที่มาฝากครรภ์จำนวนมากครั้ง จะคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากด้วย

เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ (2534) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์ของสตรีมีครรภ์ในเขตภาคเหนือตอนบน กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์เกิน 36 สัปดาห์ ที่มาฝากครรภ์ จำนวน 202 คน และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลจำนวน 48 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ได้แก่ สตรีมีครรภ์ที่มีลำดับที่ของการตั้งครรภ์มากขึ้น ระยะเวลาเดินทางจากบ้านไปสถานบริการนาน 1 ชั่วโมงขึ้นไป และระยะเวลาที่รอคอยรับบริการนาน

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุชาดา สุวรรณคำ (2535) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อลักษณะการฝากครรภ์ของสตรีมีครรภ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายสถานที่เก็บข้อมูลเป็นโรงพยาบาลของรัฐ 6 โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีหลังคลอด จำนวน 1,038 คน ซึ่งกระจายตามโรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่า สตรีส่วนใหญ่มารับฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์

สาเหตุที่ฝากครรภ์ช้าเนื่องจากไม่มีเวลา ไม่มีอาการผิดปกติ ส่วนสตรีที่มีอาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ดี มีแนวโน้มมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากขึ้น

จากวรรณกรรมและงานวิจัยเท่าที่ปรากฏทั้งหมดเป็นการศึกษาเชิงระบาดวิทยา ซึ่งการวิจัยจำนวนมากมุ่งหาความสัมพันธ์ระหว่างการฝากครรภ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ ได้แก่ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ความไม่สะดวกในการเดินทางมาสถานบริการ ระยะเวลาที่รอคอยรับบริการนาน ปัจจัยเหล่านี้ยังไม่สามารถอธิบายอย่างชัดเจนว่า ในบริบทของสังคมอีสานสตรีมีการรับรู้การตั้งครรภ์เป็นอย่างไร

2.2 มุมมองทางจิตวิทยา (Psychological perspective)

ตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตวิทยาถือว่าการตั้งครรภ์เป็นพัฒนาการที่สำคัญของสตรี ซึ่งพัฒนาการในช่วงนี้จะเหมือนกับพัฒนาการที่เกิดขึ้นในช่วงอื่น ๆ ของชีวิต กล่าวคือเมื่อพัฒนาการขั้นแรกได้รับการตอบสนองหรือกระทำสำเร็จ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจะถูกนำมาผสมผสานเข้าไปในกระบวนการการดำเนินชีวิต (life-process) ดังนั้นความสำเร็จในการแก้ปัญหาผ่านพ้นในแต่ละขั้นของพัฒนาการ จะทำให้สตรีมีครรภ์เกิดการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาวินพัฒนาการขั้นต่อไป ถ้าสตรีมีครรภ์สามารถผ่านพ้นพัฒนาการของการตั้งครรภ์ไปได้ด้วยดี จะถือว่าสตรีผู้นั้นตั้งครรภ์อย่างสมบูรณ์ เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) (Clark, Affonso, and Harris, 1979)

Colman and Colman (1971 quoted in Bradshaw, 1988) ได้กำหนดพัฒนาการในระยะตั้งครรภ์ไว้เป็น 4 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การหาเหตุผลเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ (Pregnancy validation)

ขั้นที่ 2 จินตนาการเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของทารกในครรภ์ และคิดว่าทารกเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายของตน (Fetal embodiment)

ขั้นที่ 3 มองทารกในครรภ์เป็นบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา (Fetal distinction)

ขั้นที่ 4 จินตนาการและแสดงบทบาทการเป็นมารดา (Role transition)

พัฒนาการแต่ละขั้นที่เกิดขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ จะดำเนินไปพร้อมกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (Silverman, 1990) ดังนั้น ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์สตรีมีครรภ์จะ

แสดงพฤติกรรมตามความคาดหวัง ดังนี้ (Colman and Colman, 1971 quoted in Bradshaw, 1988; Sherwen et al., 1991)

ระยะไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์

เมื่อรู้ว่าจะตั้งครรภ์ สตรีจะมีความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์เป็นสองฝักสองฝ่าย เป็นความรู้สึกที่คาบเกี่ยวระหว่างการยอมรับและการปฏิเสธการตั้งครรภ์ Caplan (1969 quoted in Sherwen et al., 1991) ประมาณว่าร้อยละ 80 ของสตรี เมื่อเริ่มรู้ว่าตั้งครรภ์จะปฏิเสธการตั้งครรภ์ แม้ว่าการตั้งครรภ์นั้นจะมีการวางแผนไว้ล่วงหน้าแล้วก็ตาม สาเหตุที่ทําให้เกิดความรู้สึกเช่นนี้เนื่องจาก สตรีกลัวการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดของชีวิตที่กำลังจะเกิดขึ้น วิตกกังวลเกี่ยวกับสถานะทางการเงินที่จะต้องใช้จ่ายในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่ออาชีพ และความรู้สึกว่าตนเองยังไม่พร้อมที่จะเป็นมารดา เป็นต้น ถ้าสตรีมีครรภ์ผ่านพ้นความรู้สึกไม่แน่ใจนี้ไปได้ จะเกิดการยอมรับการตั้งครรภ์ และสตรีมีครรภ์จะเริ่มค้นหานหาการดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น การไปฝากครรภ์ แลกเปลี่ยนข่าวสารเกี่ยวกับการตั้งครรภ์กับบุคคลอื่น

ระยะไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์

ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในไตรมาสที่ 1 เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการอ่อนเพลียจะหายไปและเริ่มรู้สึกว่าได้ดีขึ้น สตรีมีครรภ์ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงจะรู้สึกว่าการตั้งครรภ์ระยะนี้เป็นช่วงที่ได้มาด้วยความสุข สตรีเริ่มให้ความสนใจกับทารกในครรภ์ สนใจพัฒนาการของทารกในครรภ์ จัดกิจกรรมมาให้เหมาะสม เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อทารกในครรภ์ สวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสมกับขนาดของร่างกายที่ขยายใหญ่ขึ้น หาเวลานอนหลับพักผ่อน สตรีหลายคนยังคงสามารถทำงานต่อไปได้ โดยเฉพาะงานบ้าน แต่สตรีมีครรภ์บางรายอาจมีความเครียดเพิ่มขึ้นถ้าต้องรับผิดชอบบุตรที่มีอยู่ด้วยและไม่มีคนช่วยเหลือดูแลให้ ดังนั้น ในช่วงนี้สัมพันธภาพระหว่างสตรีมีครรภ์กับมารดาจะกลับมามีความสำคัญมากขึ้น สตรีมีครรภ์ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากมารดาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ระยะไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์

ระยะนี้จะเป็นพัฒนาการขั้นที่ 3 และ 4 ของการตั้งครรภ์ สตรีมีครรภ์เริ่มมองว่าทารกในครรภ์เป็นบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา สตรีจะเริ่มสะสมคุณสมบัติการเป็นมารดา พฤติกรรมที่แสดงออกจะเป็นการให้ความใส่ใจต่อเด็ก ๆ มากขึ้น พยายามตั้งชื่อทารกในครรภ์ จัดเตรียมสิ่งของ

สำหรับทารกในครรภ์ และสนใจการสอนเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร ในสัปดาห์ท้าย ๆ ของการตั้งครรภ์สตรีจะเตรียมพร้อมสำหรับการคลอด สตรีมีครรภ์จะเริ่มมีความรู้สึกด้านลบต่อการตั้งครรภ์อีกครั้ง เริ่มวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด ในขณะที่เดียวกันก็จะเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา เริ่มคิดถึงกิจกรรมของมารดาที่ควรจะเป็น แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการคลอดหรือคิดถึงประสบการณ์ในการคลอดครั้งก่อน ๆ วางแผนจัดเตรียมที่อยู่อาศัยภายหลังคลอด วางแผนเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร

มุมมองด้านจิตวิทยาเน้นที่การปรับตัวรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และเตรียมรับบทบาทใหม่ ซึ่งมีนักวิจัยในประเทศฯ มุมมองนี้ศึกษาสตรีมีครรภ์ อาทิเช่น

มณีรัตน์ ภาควิชา (2526) ศึกษาการรับรู้บทบาทการเป็นมารดาของสตรีมีครรภ์ พบว่า สตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ต่างกันมีการรับรู้บทบาทการเป็นมารดาต่างกันด้วย สตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์ มีการรับรู้บทบาทของการเป็นมารดาดีกว่า สตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์

วันเพ็ญ กลอนริศ (2530) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ภาพลักษณ์สัมพันธภาพของคู่สมรส กับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาของหญิงวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์แรกที่มีอายุไม่เกิน 18 ปี การตั้งครรภ์ปกติและมาฝากครรภ์ จำนวน 100 คน พบว่า สตรีวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์ที่มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ภาพลักษณ์ และสัมพันธภาพของคู่สมรสดี จะมีการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่ดีด้วย

พัชรพร เกิดมงคล (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการ กับความวิตกกังวลของสตรีมีครรภ์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่สตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ จำนวน 210 คน ซึ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1 จำนวน 35 คน ตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 2 จำนวน 70 คน และตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 จำนวน 105 คน พบว่า สตรีมีครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและจากบุคคลอื่นสูง จะมีความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์ต่ำ สตรีมีครรภ์ที่มีอายุมาก รายได้มาก มาจากครอบครัวขยาย มีความวิตกกังวลต่ำกว่าสตรีมีครรภ์ที่มีอายุน้อย รายได้น้อย และมาจากครอบครัวเดี่ยว

การศึกษาการตั้งครรภ์ทางจิตวิทยาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งเน้นที่ตัวแปรการปรับตัวต่อการเป็นมารดา ความวิตกกังวล และภาพลักษณ์ปัจจัยที่ถูกนำมาศึกษาคือ อายุครรภ์ อายุมารดา รายได้ ลักษณะของครอบครัว เจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม แต่จากการศึกษาของ พัชรพร เกิดมงคล (2531) พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ลักษณะของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนความวิตกกังวลของสตรีได้เพียงร้อยละ 12.46 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะนอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้วยังประกอบทางด้านพันธุกรรม เจเนติกทางสรีรวิทยา การสั่งสมทางสังคม ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา สังคมวัฒนธรรม เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของสตรีมีครรภ์ด้วย (Williams, 1983 อ้างถึงใน พัชรพร เกิดมงคล, 2531)

2.3 มุมมองทางด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural perspective)

คนในสมัยโบราณเชื่อว่า เมื่อสตรีขาดประจำเดือนหลังจากมีเพศสัมพันธ์ หมายถึงการตั้งครรภ์ได้เริ่มต้นขึ้นแล้ว แต่การมีเพศสัมพันธ์มีได้นำไปสู่การตั้งครรภ์เสมอไป การตั้งครรภ์จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อวิญญาณมาจุติขึ้นในร่างกายของสตรีหรือพระเจ้าเป็นผู้กำหนด (Oswalt, 1986) ทุกวัฒนธรรมมีความเชื่อตรงกันว่าร่างกายของสตรีขณะตั้งครรภ์ การคลอด และระยะให้นมบุตรถือเป็นช่วงที่ร่างกายอ่อนแอและเกิดอันตรายได้ง่าย ดังนั้น เพื่อป้องกันความพิการและการเจ็บป่วยของมารดาและทารก จึงเกิดข้อห้าม (taboo) ขึ้น หากสตรีกระทำในสิ่งที่ละเมิดต่อข้อห้ามก็จะเกิดผลเสียขึ้นโดยตรงต่อการตั้งครรภ์และการคลอด (Helman, 1990)

ความเชื่อและพิธีกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิด มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันเหตุร้ายอันอาจจะเกิดขึ้นแก่สตรีมีครรภ์ ทำให้คลอดง่ายไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต และป้องกันอันตรายต่อทารกที่จะคลอดออกมา (ปรีดา ชำวปอ, 2532) ดังนั้น เพื่อให้แน่ใจว่าสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์จะสมบูรณ์แข็งแรงและคลอดง่าย สตรีมีครรภ์จึงถูกจำกัดพฤติกรรมตามวิถีทางของแต่ละวัฒนธรรม (Oswalt, 1986)

มีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับข้อห้ามต่าง ๆ ของสตรีมีครรภ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกล่าวว่า สำหรับคนอีสานข้อห้าม หรือ"ชะลา" หมายถึง การงดเว้นที่จะทำหรือไม่ควรทำ หากฝ่าฝืนทำจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้กระทำได้ และการฝ่าฝืนในบางเรื่องอาจมี

อันตรายถึงส่วนรวมด้วย ดังนั้น ข้อห้าม หรือ"ชะล่า" จึงเป็นแนวทางที่ทุกคนต้องปฏิบัติตามเพื่อความปลอดภัย และความเป็นศิริมงคลของครอบครัว เมื่อพิจารณาตามความหมายดังกล่าวแล้ว "ชะล่า" ก็คือการควบคุมทางสังคม (social control) ซึ่งใช้ควบคุมพฤติกรรมของบุคคล โดยมีสถาบันศาสนาและสถาบันครอบครัวเป็นสื่อในการถ่ายทอดความเชื่อเหล่านี้ให้สืบเนื่องกันมาจากคนรุ่นปู่ ย่า พ่อ แม่ ลูก ด้วยกระบวนการถ่ายทอดการรู้การคิดในสังคม (socialization) (ศิริพันธ์ จูริมาศ และกฤตยา อาชวนิชกุล, 2530)

ประเภทของพฤติกรรมการชะล่าของสตรีมีครรภ์ในสังคมอีสาน

1. การชะล่ากับการบริโภค การชะล่าในเรื่องการบริโภคอาหารในสตรีมีครรภ์และสตรีหลังคลอดถือเป็นเรื่องเคร่งครัดมาก เพราะถ้าละเมิดข้อห้ามอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น ห้ามสตรีมีครรภ์รับประทานไข่ ห้ามรับประทานเนื้อสัตว์บางชนิดเช่น เนื้อควาย ห้ามรับประทานอาหารที่มีรสเผ็ดเพราะทารกในครรภ์จะได้รับอาหารทางสายรกเข้าไปด้วย สตรีมีครรภ์ไม่ควรรับประทานอาหารมากเกินไป เพราะจะทำให้เด็กตัวโตคลอดยาก

2. การชะล่ากับวิถีชีวิต นอกจากการชะล่าเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร สตรีมีครรภ์ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่

- ห้ามนั่งอยู่บนบันได
- ห้ามพูดจาหักเด็กว่าไม่ดียังนั้นไม่ดีอย่างนี้ เพราะอาจจะทำให้ทารกในครรภ์คลอดออกมามีลักษณะผิดปกติตามที่เคยหักลูกคนอื่นด้วย

- ห้ามไปงานศพเด็ดขาด โดยเกรงว่าวิญญาณผู้ตายจะทรมารัยเด็กในท้อง

- ห้ามฆ่าสัตว์หรือดูการฆ่าสัตว์ทุกชนิด

นอกจากนี้ยังมีพิธีกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เช่น การผูกตะกรุดไว้ที่ข้อมือ เพราะมีความเชื่อว่าสตรีมีครรภ์ต้องเสี่ยงอันตรายต่าง ๆ ตะกรุดนอกจากจะช่วยป้องกันอันตรายแล้ว ยังช่วยให้สตรีมีครรภ์คลายความหวาดกลัวในระยะตั้งครรภ์ด้วย

วัฒนธรรม (Culture) เป็นการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนแบบแผนทางพฤติกรรมในชุมชน อาจเรียนรู้มาจากสมาชิกในครอบครัว คนในชุมชน หรือจากสื่อต่าง ๆ ทุกคนมิได้เกิดมาพร้อมวัฒนธรรม แต่สามารถรับเอาวัฒนธรรมเข้ามาโดยการสังเกต การริเริ่มปฏิบัติ หรือการลงมือทดลอง (Oswalt, 1986) ในวัฒนธรรมมีระบบความเชื่อและการหายจากการเจ็บป่วยระบบความเชื่อเหล่านี้มีผลต่อการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติของสตรีในระยะตั้งครรภ์ ในระยะการ

คลอด และระยะหลังคลอด (Gorrie, 1989) และถ่ายทอดวิธีปฏิบัติไปสู่ลูกหลาน

แนวคิดที่เน้นมุมมองทางสังคมและวัฒนธรรมที่ใช้กันมากคือแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) แนวคิดนี้ถูกนำมาอธิบายการรับรู้ของบุคคลและพฤติกรรมยอมตามโรคยาให้เหตุผลว่า บุคคลจะยอมรับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับ 1) โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) ความรุนแรงของโรค 3) ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค 4) อุปสรรคทางด้านร่างกาย จิตใจ การเงิน และความคุ้มค่าที่จะริเริ่มปฏิบัติหรือการแสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Hayres, Taylor, and Sackett, 1981) และในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์นั้นได้อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคของสตรีมีครรภ์ เช่น การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และการฝากครรภ์

มีผู้นำแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาศึกษากันมาก เช่น สุขุมลย์ พัฒนเศรษฐานนท์ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางสุขภาพอนามัย การสนับสนุนทางสังคม กับการใช้บริการการฝากครรภ์ของสตรีมีครรภ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ตัวอย่างประชากรศึกษาคือสตรีมีครรภ์ จำนวน 204 คน ที่ใช้บริการของคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาล 10 แห่งที่ถูกสุ่มเลือก พบว่า สตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเชื่อทางสุขภาพอนามัย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง สตรีมีครรภ์ที่มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการใช้บริการฝากครรภ์ดี จะมีระดับการให้บริการฝากครรภ์สูง

การศึกษาปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่ผ่านมามีส่วนใหญเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา และมักเป็นการศึกษาระดับมหภาค (macro) โดยเน้นปัจจัยทางสังคมมากกว่าวัฒนธรรม การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ กับปัจจัยต่าง ๆ ทางด้านความเชื่อทางสุขภาพ แต่การศึกษายังไม่บอกกระบวนการว่าสังคมวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความเชื่อทางสุขภาพอนามัย และส่งผลต่อการรับรู้การตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์อย่างไร ดังนั้นในต่างประเทศจึงเกิดการศึกษาเชิงคุณภาพโดย Patterson, Freese, and Goldenberg (1990) ศึกษาการแสวงหาหนทางความปลอดภัย และการใช้บริการฝากครรภ์ เพื่อให้เข้าใจถึงเหตุผลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ โดยการ

สัมภาษณ์เชิงลึกมารดาหลังคลอด จำนวน 27 คน ที่ฝากครรภ์สม่ำเสมอตามนัด ฝากครรภ์ช้า และไม่ฝากครรภ์ พบว่า สตรีที่เคยมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ หรือเคยเห็นภาวะแทรกซ้อน ในการตั้งครรภ์ของบุคคลอื่น จะตระหนักและเอาใจใส่ต่อตนเองและมาฝากครรภ์ สตรีหลายคนมาฝากครรภ์ทั้ง ๆ ที่มีรายได้น้อยและความรู้น้อย ในขณะที่สตรีรายหนึ่งอยู่ใกล้สถานบริการ ฝากครรภ์แต่กลับฝากครรภ์ช้า สตรีที่ไม่ฝากครรภ์มีความคิดเห็นว่าการตั้งครรภ์ดำเนินไปด้วยดี การฝากครรภ์ก็ไม่ได้มีความจำเป็น การศึกษาเชิงคุณภาพนี้ทำให้ภาพที่ชัดเจนและเป็นจริงของกลุ่ม สตรีที่ศึกษา

2.4 อิทธิพลต่อมุมมองต่อการรับรู้การตั้งครรภ์ของสตรี

การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตประจำวัน การรับรู้ถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความคิดของบุคคลซึ่งจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรม เพราะถ้าปราศจากซึ่งการรับรู้แล้วบุคคลจะไม่สามารถมีความจำ ความคิด หรือการเรียนรู้

การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่สมองแปลความจากที่ร่างกายสัมผัสสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม หากให้ทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมนั้นคืออะไร มีความหมายอย่างไร การที่จะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้น จะต้องอาศัยประสบการณ์เดิมของเราเป็นเครื่องช่วยในการแปลความ ถ้าเราไม่มีประสบการณ์เดิมก่อน เราจะไม่สามารถรับรู้ถึงสิ่งที่เรสัมผัสนั้นมีความหมายอย่างไร (Garrison and Magoon, 1972 อ้างถึงใน เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2530) การรับรู้ของแต่ละคนเกี่ยวกับเหตุการณ์เดียวกันอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสติปัญญา ประสบการณ์ การเตรียมพร้อม การสังเกตพิจารณา ความสนใจและตั้งใจ ความคาดหวังและสภาพทางอารมณ์ของบุคคลในขณะนั้น

การรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการพัฒนาพฤติกรรมอนามัย (health behavior) โดยที่ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความอ่อนแอของสุขภาพ หรือโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์และความคุ้มค่า การรับรู้และการประเมินเกี่ยวกับความจำเป็น จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ปฏิบัติ (Feurestein, Labbe, and Kuczmierczyk, 1986 quoted in Gochman, 1988)

เนื่องจากในปัจจุบันที่โลกอยู่ในภาวะโลกาภิวัตน์ สตรีส่วนใหญ่มักรับข้อมูลต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมทั้งที่ใกล้ตัวและไกลตัวมาก ขณะเดียวกันอิทธิพลของบริบทที่สตรีดำรงชีวิตอยู่ก็ยังมีผลต่อ

ชีวิตของสตรี ดังนั้น การรับรู้การตั้งครรภ์หรือการให้ความหมายต่อการตั้งครรภ์ของสตรี จึงได้รับอิทธิพลทางข้อมูลที่มาจากมุมมองทั้งทางด้านกายภาพ จิตวิทยา และสังคมวัฒนธรรม

จากความรู้ทางด้านชีวการแพทย์ที่สตรีได้รับทราบจากสื่อต่าง ๆ ทำให้สตรีรับรู้ว่าการตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาตามธรรมชาติ แต่การเปลี่ยนแปลงนี้อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก ดังนั้น สตรีมีครรภ์ควรแสวงหาการดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มรู้ว่าการตั้งครรภ์ โดยการมาฝากครรภ์

การฝากครรภ์ เป็นการดูแลก่อนคลอดตามแนวคิดเชิงชีวการแพทย์ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคาดหวังให้สตรีมีครรภ์ทุกคนมารับการตรวจครรภ์ตั้งแต่เนิ่น ๆ ปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการบริโภคอาหาร การพักผ่อน และการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ ทำให้สตรีมองการตั้งครรภ์จากภาวะปกติเป็นการเจ็บป่วย สตรีบางรายจะมาฝากครรภ์ก็ต่อเมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น

มุมมองทางด้านจิตวิทยา ทำให้การรับรู้การตั้งครรภ์ของสตรีเป็นไปด้ทั้งด้านบวกและด้านลบขึ้นอยู่กับพัฒนาจิตใจแต่ละชั้น ถ้าสตรีสามารถผ่านขั้นพัฒนาจิตใจแต่ละชั้นไปได้ด้วยดีสตรีจะเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ส่วนสตรีที่เคยเห็นพฤติกรรมของมารดาแสดงออกในทางลบ จะรับรู้ว่าการตั้งครรภ์เป็นเครื่องถ่วงทำให้ขาดอิสรภาพ (Coleman quoted in Sherwen et al., 1991) ซึ่งภาวะนี้มีผลต่อสุขภาพจิตของสตรีมีครรภ์ ดังนั้น อิทธิพลของมุมมองด้านนี้จึงส่งผลถึงกิจกรรมการฝากครรภ์ด้วยเช่นกัน โดยสถานบริการรับฝากครรภ์ส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมเตรียมตัวมารดาบิดาให้พร้อมต่อการรับบทบาทใหม่ และยังมีกิจกรรมลดความเครียด ความกังวล และความกลัวในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเตรียมการคลอดอีกด้วย

ทุกวัฒนธรรมมองการตั้งครรภ์และการคลอดว่า เป็นเหตุการณ์ที่มีความสำคัญทั้งในแง่บทบาทหน้าที่ความเป็นผู้หญิง และความปลอดภัยในชีวิตของสตรี แต่วิธีการปฏิบัติในกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอด จะแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรมหรือแม้แต่วัฒนธรรมเดียวกัน Pender (1987) ได้สร้างแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion model) ขึ้นมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้ความเข้าใจ (cognitive-perception factors) หรือการรับรู้ของบุคคล (individual's perception)

พิมพ์ใจ จารุวัชรวิวงศ์ (2536) ได้เสนอแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ ปัจจัยส่งเสริม ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีมีครรภ์ในชนบท จังหวัดอุดรธานี โดยศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์แรก จำนวน 215 คน พบว่า สตรีมีครรภ์ที่มีการรับรู้ความสำคัญของสุขภาพหรือตระหนักถึงคุณค่าของสุขภาพ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ทางสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าผู้ที่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ

2.5 สรุป

เมื่อพิจารณามุมมองด้านกายภาพ ด้านจิตวิทยา และสังคมวัฒนธรรม จะเห็นว่าการตั้งครรภ์ได้รับอิทธิพลการรับรู้จากทั้ง 3 ด้านนี้ ดังนั้น การดูแลสตรีมีครรภ์จำเป็นต้องพิจารณาทั้ง 3 มุมมองนี้ จึงจะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

จากการศึกษาที่ผ่านมา แนวคิดด้านชีวการแพทย์เป็นแนวคิดที่ใช้เป็นกรอบในการวิจัยมากที่สุด เนื่องจากองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง หลังจากนั้นจึงมีผู้สนใจนำปัจจัยด้านจิตวิทยา ด้านสังคมวัฒนธรรมมาศึกษาในสตรีมีครรภ์ โดยอยู่ในกรอบแนวคิดต่าง ๆ แต่การศึกษาที่ผ่านมายังไม่ได้อธิบายความหมายการตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของสตรีอย่างแท้จริง เนื่องจากส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลภาวะนัย (objective data) และตีความตามกรอบทฤษฎีที่กำหนด ไม่ใช่ข้อมูลอัตนัย (subjective data) ที่ตีความตามความเข้าใจหรือคำอธิบายของคนใน (insider) หรือเจ้าของข้อมูลอย่างแท้จริง

โดยที่การรับรู้ของบุคคล มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ปฏิบัติ ดังนั้น ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าการศึกษากการรับรู้การตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในทัศนะของผู้รับบริการซึ่งถือเป็นคนในโดยตรง จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงงานบริการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น