

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรกลุ่มมารดาและเด็กเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาสาธารณสุขและการพัฒนาประเทศ เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงและเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศซึ่งมีจำนวนถึงร้อยละ 63-64 ของประชากรทั้งหมด (กรมอนามัย กองอนามัยครอบครัว, 2531) รัฐบาลจึงมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรกลุ่มดังกล่าวโดยเฉพาะกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ ดังจะเห็นได้จากแผนพัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน คือ แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ซึ่งเร่งพัฒนาคุณภาพของการบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กให้ได้มาตรฐานขึ้น โดยเน้นการให้บริการดูแลก่อนคลอดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้วเร่งรัดให้มีการฝากครรภ์ในระยะแรกของการตั้งครรภ์และส่งเสริมให้มีการดูแลสตรีมีครรภ์ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์อย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 เป็นร้อยละ 75 ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 และกำหนดให้สตรีมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้งตามเกณฑ์ คือเมื่อแรกของการตั้งครรภ์ ต้องได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 7, 8, 9 เดือนต้องได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำของการดูแลก่อนคลอดแก่สตรีและแสดงให้เห็นว่าสตรีควรจะได้รับบริการดูแลก่อนคลอดตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์โดยเฉพาะ 3 เดือนสุดท้ายก่อนคลอดจะได้รับการดูแลมากเป็นพิเศษ แต่โดยทั่วไปแล้วสถานบริการที่ให้บริการการดูแลก่อนคลอดจะกำหนดนัดในการตรวจครรภ์คือระยะ 6 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ นัดตรวจครรภ์เดือนละ 1 ครั้ง เดือนที่ 7 และ 8 ของการตั้งครรภ์ นัดตรวจครรภ์

ทุก 2 สัปดาห์ และเดือนที่ 9 ของการตั้งครรภ์ทุก 1 สัปดาห์ (เน็ญศรี นิธิสนธิ, 2528; สุวชัย อินทรประเสริฐ, 2533)

จะเห็นว่าเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น กำหนดนัดของการตรวจครรภ์จะถี่ขึ้นเป็นลำดับ เนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มีความต่อเนื่องตลอดเวลาของการตั้งครรภ์และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ด้วย ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะแบ่งการตั้งครรภ์ออกเป็น 3 ระยะหรือสามไตรมาสด้วยกัน ตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงร่างกายที่สำคัญ และการเจริญเติบโตของทารก โดยการเปลี่ยนแปลงและการเจริญเติบโตของทารกนี้จะดำเนินไปอย่างช้า ๆ ในระยะไตรมาสที่ 1 (ช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์) และจะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในระยะไตรมาสที่ 2 (ช่วง 4-6 เดือน) และระยะไตรมาสที่ 3 (ช่วง 3 เดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์)

ในระยะไตรมาสที่ 3 นี้ สตรีจะมีครรภ์ที่ขนาดใหญ่ขึ้น กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัวเพื่อเตรียมคลอดและยังพบอาการที่บ่งชี้ถึงปัญหาสุขภาพขณะตั้งครรภ์ได้ชัดเจนขึ้น เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษโลหิตจาง ระบบทางเดินปัสสาวะอักเสบ และโรคที่สามารถคิดต่อจากมารดาสู่ทารก สำหรับด้านทารกเองจะมีการเจริญเติบโตและอวัยวะต่าง ๆ ทำงานสมบูรณ์ขึ้น มีการปรับทำให้สัมพันธ์กับช่องคลอด (ก้านหาง จาตุรจินดา และวินิต พัวประดิษฐ์, 2530; สุรีย์ สิมารักษ์ และ ชีระ ทองสง, 2530; Silverman, 1990; Sherwen, Scoloveno and Weingarten, 1991) จึงกล่าวได้ว่าระยะไตรมาสที่ 3 เป็นระยะที่สตรีทุกคนควรมาตรวจครรภ์ ถึงแม้ว่าจะเคยตรวจครรภ์ในระยะอื่นมาแล้วพบว่าปกติก็ตามเพราะการบริการตรวจครรภ์นั้นจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส ดังนั้นในระยะไตรมาสที่ 3 นั้นนอกจากจะประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือโรคที่อาจคิดต่อจากมารดาสู่ทารกแล้วยังประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ได้ชัดเจนขึ้น ตลอดจนสามารถประเมินถึงการคลอดที่จะเกิดขึ้นได้ (Sherwen et al, 1991; Ingalls and Salerno, 1991)

จากการรวบรวมข้อมูล การตายของมารดาและหรือ ทารกตายปริกำเนิดแต่ละราย (ถ-1) ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมาบียงประมาณ 2536 พบว่าในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ของสตรีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนแต่บุตรตายคลอดจำนวน 71 ราย ในจำนวนนี้มาฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ และมาตรวจครรภ์ตามกำหนดนัดเพียง 10 ราย หรือร้อยละ 14 และมาฝากครรภ์ช้า หรือไม่มาตรวจครรภ์ตามกำหนดนัด จำนวน 61 ราย หรือร้อยละ 86 ซึ่งจะเห็นได้ว่าการฝากครรภ์ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมาบียง

การมาฝากครรภ์ช้าหรือไม่มาตรวจครรภ์ตามกำหนดนัด อาจทำให้มีอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารกได้ ดังการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่า การเริ่มฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากแล้วและจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์น้อย ทำให้การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีแนวโน้มสูงขึ้น (สุดาวัฒน์ สุวารี, 2531; รุ่งโรจน์ นิยมใจพงศ์, ชินนากา ทิปสว่างและจุฑารัตน์ ไกรศรีวรม, 2531) และอัตราการตายของทารกสูงขึ้นเช่นกัน (สวัธ อนุสรณ์ศรีกุลและ สุชาดา สุวรรณคำ, 2535; Malloy, Kao and Lee, 1992) นอกจากนี้สตรีที่ตรวจครรภ์ไม่เพียงพอตามเกณฑ์ ยังเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าสตรีที่ตรวจครรภ์เพียงพอตามเกณฑ์ (Gosselink, 1993; Balcarzar, 1992) และจากการศึกษาถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ ในการลดอัตราการตายของมารดาในประเทศอินเดียระหว่าง ค.ศ. 1929-1988 พบว่าการฝากครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถลดอัตราการตายของมารดาลงได้ (Pandit, 1992)

การตัดสินใจเป็นแนวคิดทางจิตวิทยาที่มีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวันเนื่องจากการกระทำกิจกรรมใด ๆ ก็ตามต้องเผชิญกับทางเลือกอยู่เสมอ และแม้ว่าจะไม่มีทางเลือกหลายทางก็ต้องเลือกว่าจะทำหรือไม่ทำกิจกรรมนั้น สตรีเมื่อตั้งครรภ์ก็เช่นกัน การจะมารับบริการฝากครรภ์หรือไม่มารับบริการฝากครรภ์เป็นกิจกรรมที่สตรีตั้งครรภ์จะต้องตัดสินใจ ซึ่งการทำความเข้าใจถึงการตัดสินใจดังกล่าวพยาบาลจำเป็นต้องทราบข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์ เพราะเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการตัดสินใจคือ ข้อมูล

(สมยศ นาวิการ, 2529; อุ่นตา นพคณ, 2530; Lenz, 1984) และการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้ตัดสินใจต้องมีข้อมูลที่เพียงพอสอดคล้องกับเหตุการณ์และยังขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของบุคคลอีกด้วย (Orem, 1985)

ลักษณะของข้อมูลที่สำคัญในการตัดสินใจนั้น มีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า ต้องเป็นข้อมูลที่มีการผสมผสานระหว่างความรู้ (Cognitive domain) ซึ่งเป็นข้อเท็จจริง (Fact) และความรู้สึกลึกคิด (Affective domain) (Hamrick, Anspaugh and Smith, 1980; Hammond, quoted in Harbison, 1991) สำหรับการตัดสินใจมารับบริการฝากครรภ์ของสตรี จึงเป็นข้อมูลที่เกี่ยวเนื่องกับความรู้ หรือการมีข้อมูลในเรื่องการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ตามทฤษฎีทางชีวการแพทย์ (Biomedical Theory) รวมถึงความรู้สึกลึกคิดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ซึ่งอีราเกอร์ เคริสซ์และเบคเกอร์ (Eraker, Kirscht and Becker, 1984) ได้เสนอแบบแผนการตัดสินใจด้านสุขภาพว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ ซึ่งเกิดจากความรู้และประสบการณ์ของบุคคล อาจกล่าวได้ว่าเมื่อสตรีได้รับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์สตรีจะรู้สึกและตีความข้อเท็จจริงนั้น ซึ่งเป็นความรู้สึกลึกคิดของตนเองที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์โดยแยกออกเป็น ความรู้สึกลึกคิดต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดอันตรายขณะตั้งครรภ์ ความรู้สึกลึกคิดต่อความรุนแรงของอันตรายขณะตั้งครรภ์ ความรู้สึกลึกคิดต่อประโยชน์ของการฝากครรภ์ และความรู้สึกลึกคิดต่ออุปสรรคของการฝากครรภ์ (พวงรัตน์ บุญฐานุรักษ์, 2528; สุดา กุทอง, 2523; สุดา กิจกัญญา, 2530; สุกุมาลย์ พิณเศรษฐานนท์, 2531)

จากการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสตรีที่มาใช้บริการฝากครรภ์ พบว่ามักเป็นการศึกษาถึงปัจจัยทางคุณลักษณะสังคมประชากรของสตรีตั้งครรภ์เช่น อายุ อาชีพ การศึกษารายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลาในการรับบริการ จำนวนบุตรที่มีชีวิตรอดมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ (พวงรัตน์ บุญฐานุรักษ์, 2528; สุดา กุทอง, 2529; สุดา กิจกัญญา, 2531; สร้อย อนุสรณ์ชัยกุล

และสุภาดา สุวรรณคำ, 2532; เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันต์, 2534) ส่วนทางด้านข้อมูลนั้น ได้มีการศึกษาเฉพาะ ในเรื่องของความรู้ในด้านส่งเสริมสุขภาพ (สุดา กิจภิญโญ, 2531) ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อต่อความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อต่อประโยชน์ของการฝากครรภ์ ซึ่งสตรีที่มีข้อมูลเหล่านี้นมาก จะมีแนวโน้มการมารับบริการฝากครรภ์สูง (สุดา กุทอง, 2529; สุดา กิจภิญโญ, 2531; สุขุมาลย์ พัฒนเศรษฐานนท์, 2531) และถ้าสตรีมีความเชื่อต่ออุปสรรคของการฝากครรภ์ มากสตรีจะมีแนวโน้มที่จะไม่มารับบริการฝากครรภ์สูง (พวงรัตน์ บุญฐานุรักษ์, 2528; สุดา กุทอง, 2529; สุขุมาลย์ พัฒนเศรษฐานนท์, 2531)

จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมา จึงเป็นการศึกษาเพียงบางส่วนของข้อมูลเท่านั้นจึง ยังไม่สามารถบอกได้ว่าสตรีใช้ข้อมูลอะไร จากแหล่งไหนและสถานการณ์อย่างไร ในการตัดสินใจมารับบริการฝากครรภ์ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจจะศึกษาให้ครอบคลุมทั้งความรู้ (Fact) และความรู้สึกนึกคิด (Affective) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการให้ข้อมูลแก่ สตรี ส่งผลให้สตรีมารับบริการฝากครรภ์ได้ถูกต้อง นำไปสู่การช่วยเหลืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น แก่มารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์และการคลอด

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาถึงข้อมูลที่สตรีใช้ในการตัดสินใจมารับบริการฝากครรภ์ ในโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

1.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ข้อมูลเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการตัดสินใจ ซึ่งการตัดสินใจเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปคือ การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล โดยจะต้องอาศัยข้อมูลที่เพียงพอ สอดคล้องกับเหตุการณ์ ถูกต้องและเชื่อถือได้ (สมยศ นาวิการ, 2529; เสนาะ ดีเขียว, 2530; บุญศรี ปราบพศักดิ์ และศิริพร จิรวัดกุล, 2530; อุ่นตา นพคุณ, 2530; Oreb, 1985) สำหรับข้อมูลที่ใช้ใน

การตัดสินใจนั้นจะต้องมีการผสมผสานระหว่างความรู้ (Cognitive domain) หรือข้อเท็จจริง (Fact) และความรู้สึคนึกคิด (Affective domain) (Hamrick et al, 1980; Hammond, quoted in Harbison, 1991) ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของการตัดสินใจ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนี้ได้รับการถ่ายทอดจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งแหล่งบุคคลและไม่ใช่มนุษย์ ในสถานการณ์ขณะที่ตนเองต้องการ หรือพร้อมจะรับข้อมูลนั้น (Lenz, 1984)

สตรีเมื่ออยู่ในสถานการณ์ของการตั้งครรภ์ก็เช่นกัน การที่สตรีตัดสินใจมารับบริการฝากครรภ์ได้นั้น สตรีจะต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ที่ถูกต้องเชื่อถือได้และเพียงพอ ซึ่งประกอบด้วย

1) ข้อเท็จจริง (Fact) เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ตามทฤษฎีทางชีวการแพทย์ที่อธิบายการตั้งครรภ์ว่า เป็นเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาค ชีวเคมีและสรีรวิทยาที่สัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะด้วยกัน ตามการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญกล่าวคือระยะไตรมาสที่ 1 (ช่วง 3 เดือนแรก) จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างช้า ๆ และเป็นระยะที่ไขข้อที่สมแล้วสร้างโครงสร้างอวัยวะต่างๆของร่างกาย เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 2 (ช่วง 4-6 เดือน) ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะมดลูกและเต้านมพร้อมกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์เป็นผลให้น้ำหนักของสตรีเพิ่มขึ้นรวดเร็วและเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 3 (ช่วง 3 เดือนสุดท้าย) ร่างกายยังคงมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วต่อเนื่องจากไตรมาสที่ 2 พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อเยื่อสำหรับทารกคลอดโดยผนังมดลูกจะบางลงจนครบกำหนดคลอดและกล้ามเนื้อมดลูกที่มีการหดตัวเป็นครั้งคราวจะเกิดขึ้นในระยะ 1-2 สัปดาห์สุดท้ายของการตั้งครรภ์

สำหรับทารกจะมีการเจริญเติบโตพร้อมๆกับที่อวัยวะต่างๆทำงานได้สมบูรณ์ นอกจากนั้นทารกจะมีการปรับตัว เพื่อให้สัมพันธ์กับช่องทางคลอดและแม้ว่าการตั้งครรภ์จะเป็นกระบวนการตามธรรมชาติแต่การเปลี่ยนแปลงของร่างกายดังกล่าวอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพได้ (Knuppel and Drukker, 1993) เช่นภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) ภาวะโลหิตจาง ทางเดินปัสสาวะอักเสบ เป็นต้น นอกจากนั้นครรภ์ที่โตขึ้นเรื่อยๆยังก่อให้เกิด

เกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ และในกรณีที่สตรีมีโรคประจำตัวก่อนตั้งครรภ์ เช่นเบาหวาน ไทรอยด์ผิดปกติชนิดบี ซีฟิลิส เอดส์เมื่อตั้งครรภ์จะทำให้โรคนั้นรุนแรงขึ้น หรือติดต่อไปยังทารกในครรภ์ได้ สตรีและทารกจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง พิการ หรือเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ (ก่าแหง จาตุรจินดา และวินิต พัวประดิษฐ์, 2530; สุรีย์ ลิมาภิรักษ์ และธีระ ทองสง, 2530; Sherwen et al, 1991)

การฝากครรภ์เป็นงานบริการที่จัดให้เพื่อส่งเสริมสุขภาพของสตรีให้มีการดำเนินการตั้งครรภ์ได้ตลอดระยะ ของการตั้งครรภ์ และการคลอด คลอดบุตรที่สุขภาพสมบูรณ์ ตลอดจนวินิจฉัยป้องกันและรักษา ความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกโดยองค์ประกอบของการให้บริการนั้น จะสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

จึงอาจจะกล่าวได้ว่า การฝากครรภ์จึงเป็นสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์ควรปฏิบัติโดยเฉพาะในระยะไตรมาสที่ 3 เนื่องจากเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายสตรี และทารกในครรภ์อย่างเต็มที่และสามารถจะยุติการตั้งครรภ์ได้ทุกขณะ นอกจากนั้นแล้วยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่าย ซึ่งจะสอดคล้องกับการบริการฝากครรภ์ที่เน้นการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ ประเมินความสามารถในการคลอด ค้นหาภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์และตรวจความผิดปกติของโรคที่สามารถติดต่อจากมารดาถึงทารก (Sherwen et al, 1991; Ingalls and Salerno, 1991) ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ดังกล่าวมาเป็นกรอบในการศึกษาข้อมูลครั้งนี้ และขยายการศึกษาถึงแหล่งและสถานการณ์เฉพาะที่ได้รับข้อมูลนั้น

2) ความรู้สึนึกคิดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ซึ่งเป็นข้อมูลที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสังคม วัฒนธรรม การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Matteson and Hawkins, 1990) โดยอีราเกอร์และคณะ (Eraker et al, 1984) ได้เสนอแบบแผนการตัดสินใจด้านสุขภาพไว้ว่า นอกจากความรู้แล้วยังประกอบด้วย ความเชื่อด้านสุขภาพและจากการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์พบว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพที่มีความ

สัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์นั้น ได้แก่

2.1 ความรู้สึกนึกคิดต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดอันตรายขณะตั้งครรภ์โดยประเมินจากความรู้สึกของสตรีต่อความถูกต้องของการได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์การคาดคะเนของสตรีว่าตนเองมีโอกาสที่จะเกิดอันตรายขณะตั้งครรภ์และความรู้สึกที่ตนเองมีโอกาสที่จะเกิดอันตรายจากการตั้งครรภ์ได้ง่าย (Becker and Maiman, 1975) ดังการศึกษาของ สุธา ภูทอง (2529) โดยการศึกษาเปรียบเทียบถึงลักษณะของหญิงที่มาฝากครรภ์ และไม่ฝากครรภ์ในศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 9 สหะลา จำนวน 630 คน พบว่าสตรีที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์สูงจะมีแนวโน้มที่จะมารับบริการฝากครรภ์มากด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของสุดา กิจภิญโญ (2531)

2.2 ความรู้สึกนึกคิดต่อความรุนแรงของอันตรายขณะตั้งครรภ์ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเชื่อว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ถ้าไม่มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย หรือกระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมแล้ว ผู้ป่วยจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ (Becker, 1974, อ้างใน สุธา กิจภิญโญ, 2531) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธา ภูทอง (2529) และ สุธา กิจภิญโญ (2531) ที่พบว่า สตรีที่รับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจะมีแนวโน้มมารับบริการฝากครรภ์สูง

2.3 ความรู้สึกนึกคิดต่อประโยชน์ของการฝากครรภ์ เมื่อสตรีรู้สึกว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะตั้งครรภ์และรู้สึกว่าอันตรายขณะตั้งครรภ์นั้นมีความรุนแรงมาก สตรีจะต้องแสวงหาวิธีการรักษา หรือการเฝ้าระวังอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ โดยสตรีจะต้องรู้สึกว่ามารับบริการฝากครรภ์นั้น เป็นวิธีที่ดีที่จะทำให้ตนเองลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายขณะตั้งครรภ์ได้ หรือลดความรุนแรงของอันตรายขณะตั้งครรภ์ได้ จึงพบว่าสตรีที่รับรู้ต่อประโยชน์ของการตั้งครรภ์สูงจะมีแนวโน้มมารับบริการฝากครรภ์สูงด้วย (สุธา ภูทอง, 2529; สุธา กิจภิญโญ, 2531; สุขมาลย์ พิเศษฐานนท์, 2531)

2.4 ความรู้สึกนึกคิดต่ออุปสรรคในการไปรับบริการฝากครรภ์ แม้ว่าสตรีจะรู้สึกว่า การไปรับบริการฝากครรภ์นั้นมีประโยชน์แต่สตรีอาจมีความรู้สึกว่ามีอุปสรรค เนื่องจากการ

เดินทางไม่สะดวก รู้สึกอายเจ้าหน้าที่ (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันย์, 2534; สุกดา กิจกัญญา, 2531; นันทา อ่วมกุล, ศิริกุล อิศวานรักษ์ และ นรสิณี อมรวิเศษ, 2528; Aved et al, 1993) ต้องรอคอยการตรวจนาน (สุขมาลย์ พัฒนเศรษฐานนท์, 2531) ซึ่งการศึกษาของ พวงรัตน์ บุญฐานรักษ์ (2528) สุกดา กุทอง (2529) และสุขมาลย์ พัฒนเศรษฐานนท์ (2531) พบว่าสตรีที่รับรู้อุปสรรคในการฝากครรภ์สูง จะมีแนวโน้มที่จะไม่มารับบริการฝากครรภ์

การศึกษารังนี้ จึงได้กำหนดกรอบการศึกษาข้อมูลด้านความรู้สึคนึกคิดของสตรีที่มาฝากครรภ์ว่ามีความรู้สึคนึกคิดในข้อมูลนั้นอยู่ในระดับใด โดยแบ่งเป็น 4 ด้านด้วยกันคือ

1. ความรู้สึคนึกคิดต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดอันตรายขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ความรู้สึกที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายขณะตั้งครรภ์ และความรู้สึกที่ตนเองมีโอกาสที่จะเกิดอันตรายจากการฝากครรภ์ได้ง่าย

2. ความรู้สึคนึกคิดต่อความรุนแรงของอันตรายขณะตั้งครรภ์ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและทารก มีผลกระทบคือเศรษฐกิจของครอบครัวและบทบาทของการเป็นมารดาหรือหน้าที่การงาน

3. ความรู้สึคนึกคิดต่อประโยชน์ของการฝากครรภ์ที่มีต่อตนเองและทารก และการคลอด

4. ความรู้สึคนึกคิดต่ออุปสรรคของการฝากครรภ์ ได้แก่ ความไม่สะดวกในการเดินทางมาฝากครรภ์ เสียเวลาและอายเจ้าหน้าที่

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาข้อมูลที่สตรีใช้ในการตัดสินใจมารับฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยศึกษาในสตรีที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น

สตรีที่มาใช้บริการทุกคนได้ผ่านกระบวนการตัดสินใจแล้ว ดังนั้นข้อมูลทั้งหมดที่สตรีทราบหรือรู้สึกถือว่าเป็นข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจมาใช้บริการฝากครรภ์

1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สตรีที่มาใช้บริการฝากครรภ์ หมายถึง สตรีที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไปมาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจ หมายถึง ข้อเท็จจริง (Fact) และความรู้สึกนึกคิด (Affective) เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ โดยที่ข้อเท็จจริงนั้นเป็นข้อสนเทศที่เป็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ที่สตรีที่มาใช้บริการฝากครรภ์รู้ข้อมูลนั้นหรือไม่ โดยเลือกตอบว่าทราบหรือไม่ทราบ และครอบคลุมถึงแหล่งข้อมูลจนสถานการณ์ขณะที่ได้รับข้อมูลนั้น ส่วนความรู้สึกนึกคิดเป็นความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ต่อ โอกาสเสี่ยงของการเกิดอันตรายขณะตั้งครรภ์ ความรุนแรงของอันตรายขณะตั้งครรภ์ ประโยชน์และอุปสรรคของการฝากครรภ์

แหล่งข้อมูล หมายถึง บุคคลหรือสิ่งที่ไม่ใช่บุคคลที่สตรีระบุว่าเป็นแหล่งที่ให้ข้อมูลแก่สตรีก่อนที่จะตัดสินใจมาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งนี้

สถานการณ์ขณะที่ได้รับข้อมูล หมายถึง สภาพทางสิ่งแวดล้อมหรือสภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ทำให้ได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลนั้น

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ในการให้ข้อมูลแก่สตรีที่มาฝากครรภ์และเลือกใช้นแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ของสตรีเพื่อให้สตรีมารับบริการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับข้อมูล ที่ใช้ในการตัดสินใจของสตรีในประเด็นอื่น ๆ