

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอด
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ปริญญาณิพนธ์
ของ
คมคาย ตันท์พันธุ์กุล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2548

FACTORS RELATED TO ANTENATAL CARE OF POSTPARTUM WOMEN AT
HOSPITAL UNDER THE DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICE,
BANGKOK ADMINISTRATION

AN ABSTRACT
BY
COMCAI TANPANKUL

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakarinwirot University
May 2005

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอด
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
คมคาย ตันท์พันธุ์กุล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2548

คมคาย ตันท์พันธุ์กุล (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอด
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม.
(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิลลัตร์เวที, อาจารย์กมลมาลย์
วิรัตน์เศรษฐิน.

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ของ
หญิงหลังคลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ จำนวน 320 คน ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง
แบบเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์ในแบบ
แผนความเชื่อด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้ ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
และทดสอบสมมติฐานโดยใช้การทดสอบค่าสถิติ ไค-สแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษา พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 60.00 ไม่ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 30.94 และไม่ฝากครรภ์ ร้อยละ 9.06
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอด พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการตั้งครรภ์ ความรู้ในการฝากครรภ์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล บุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ และการรับรู้ประโยชน์การฝากครรภ์ ส่วนปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ คือ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว

FACTORS RELATED TO ANTENATAL CARE OF POSTPARTUM WOMEN AT
HOSPITAL UNDER THE DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICE,
BANGKOK ADMINISTRATION

A THESIS
BY
COMCAI TANPANKUL

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakarinwirot University
May 2005

Comai Tanpankul. (2005). *Factors related to antenatal care or postpartum women at Hospital under the Department of Medical Service, Bangkok Metropolitan Administration*. Master thesis, M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakarinwirot University. Advisor Committee : Assoc.Prof. Dr.Thada Wimonwatwatee, Dr.Kamonmarn Virutsetazin.

The purpose of this research was to study the factor related to antenatal care of postpartum woman at hospital under the Department of Medical Service, Bangkok Metropolitan Administration. A questionnaire based on the health belief model was given to purposive sampling of 320 postpartum woman of antenatal care. Percentage arithmetic mean, standard deviation and Chi-square test

The results of this study were as follows :

1. The sample had complete antenatal care visits 60% had no complete antenatal 30.94% and no antenatal had 9.06%

2. The factor related to antenatal care of postpartum women were marital status, occupations of the postpartums, history of pregnancy, knowledge of antenatal care, information/ recommendations, perceived threaten abortion and perceived benefits to antenatal care. The factor with no significant difference in relation to antenatal care were age, levels of education and family income.

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ชาดา วัฒนวัตรเวที ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรีและ อาจารย์พิมพ์พร ตีรธรรม เจริญ กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องจนสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เป็นผลสำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์บุญศรี กิตติโชติพานิชย์ นายแพทย์สุกิจ ศรีทิพย์วรรณ นายแพทย์วิสุทธิ์ อนันต์สกุลวัฒน์ คุณพิสุทธิ์ ปทุมาสูตร คุณมุกดา พัดเจริญ เป็นผู้เชี่ยวชาญ ที่กรุณาตรวจตรวจสอบและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างเครื่องมือวิจัย

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล ที่สนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้าตึกเด็กแรกเกิดและคลอดก่อนกำหนด ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้และขอบพระคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และน้อง ในตึกเด็กแรกเกิดและคลอดก่อนกำหนดที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเพื่อประกอบการวิจัย

ขอขอบพระคุณ คุณลิขิต ตันท์พันธุ์กุล และคุณอัมพร ตันท์พันธุ์กุล และญาติพี่น้องทุกท่านที่สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยในการทำวิจัยครั้งนี้ตลอดมา

คมคาย ตันท์พันธุ์กุล

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	5
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	11
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	12
	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลครรภ์และการฝากครรภ์.....	12
	ปัจจัยทางชีวสังคม.....	21
	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	22
	ความพึงพอใจต่อระบบบริการและผู้ให้บริการ.....	33
	การสัมภาษณ์เชิงลึก.....	34
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	48
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	48
	งานวิจัยในประเทศ.....	51
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	61
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	61
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	64
	ลักษณะของเครื่องมือ.....	64
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	65
	เกณฑ์ในการให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	66
	การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	69
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	70

สารบัญ(ต่อ)

บทที่		หน้า
3	(ต่อ) การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
4	ผลวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
5	สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	102
	สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	102
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	102
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	102
	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	102
	สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	104
	อภิปรายผล.....	105
	ข้อเสนอแนะ.....	113
	บรรณานุกรม.....	114
	ภาคผนวก.....	125
	ภาคผนวก ก.....	126
	ภาคผนวก ข.....	127
	ภาคผนวก ค.....	136
	ภาคผนวก ง.....	150
	ประวัติย่อผู้วิจัย.....	154

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและอัตราตายของทารกและมารดาต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2534-2543.....	2
2	แสดงจำนวนหญิงที่มาคลอดบุตรทั้งหมด ร้อยละของหญิงคลอดบุตรที่ไม่มา ฝากครรภ์ และร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ปี พ.ศ. 2542-2543 ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครที่มีจำนวนเตียง 300 เตียงขึ้นไป.....	3
3	จำนวนหญิงที่มาคลอดบุตรทั้งหมด ร้อยละของหญิงคลอดบุตรที่มาฝากครรภ์ ร้อยละของหญิงคลอดบุตรที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และร้อยละของ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์ เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2545 ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนเตียง 300 เตียงขึ้นไป.....	63
4	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทการฝากครรภ์.....	77
5	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพหรืองานประจำ ประวัติการตั้งครรภ์..	78
6	จำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของ กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับตัวแปร.....	81
7	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และ ความเชื่อด้านสุขภาพ กับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์.....	84
8	จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ฝากครรภ์ จำนวน 11 คน ตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพหรืองานประจำ อาชีพของสามี ประวัติการตั้งครรภ์ ที่พักอาศัยขณะ ตั้งครรภ์ การย้ายที่อยู่ขณะตั้งครรภ์.....	89
9	ค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามความรู้ ในการฝากครรภ์.....	151
10	ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร/ คำแนะนำจากบุคคล/บุคลากรทางการแพทย์ และความพึงพอใจใน การรักษาของโรงพยาบาล.....	152
11	ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ และการรับรู้ประโยชน์ ของการฝากครรภ์.....	153

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	10
2	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค.....	25
3	สรุปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย.....	27
4	รูปแบบการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ The multiple and starting point snowball Design.....	64

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

การอนามัยแม่และเด็กเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร และเป็นรากฐานของการพัฒนาสาธารณสุขและการพัฒนาประเทศ เนื่องจากการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองเป็นสิ่งที่ต้องเสริมสร้างมาตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา ประกอบกับนโยบายสำคัญของแผนพัฒนาประเทศ คือ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งคุณภาพของมนุษย์นั้นขึ้นอยู่กับสภาวะสุขภาพเป็นสำคัญ สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ประชากร กลุ่มมารดาและเด็กมีถึง 2 ใน 3 ส่วนของประชากรทั่วประเทศ หากประชากรกลุ่มนี้ได้รับการพัฒนาก็เท่ากับเป็นการพัฒนาคุณภาพประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่งของประเทศ ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพมนุษย์ จึงควรเริ่มส่งเสริมตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา ทารกในครรภ์มารดาจะเจริญเติบโตแข็งแรงได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปฏิบัติตัวของมารดาในระยะตั้งครรภ์

ประชากรกลุ่มมารดาและทารก เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูง โดยเฉพาะมารดาในระยะตั้งครรภ์และคลอดบุตร เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยาของร่างกายทุกระบบซึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติ การตั้งครรภ์นั้นถึงไม่ใช้การเจ็บป่วย แต่จากการเปลี่ยนแปลงอย่างสลับซับซ้อน มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นขบวนการของการเกิดโรคได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น และเนื่องจากขณะที่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา มารดาเป็นแหล่งจุนเจือที่จะทำให้ทารกสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ถ้ามารดาในขณะตั้งครรภ์มีสุขภาพอนามัยไม่สมบูรณ์แข็งแรง จะส่งผลทำให้สุขภาพอนามัยของทารกในครรภ์ไม่แข็งแรงสมบูรณ์ตามมาด้วย

การตั้งครรภ์แม้จะเป็นขบวนการตามธรรมชาติของมนุษย์ แต่ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติที่มีระยะยาวนานมากเมื่อเปรียบเทียบกับระยะคลอด มีการเปลี่ยนแปลงในระยะหนึ่งของชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด อันเป็นเหตุของการสูญเสียมารดาและทารกได้ อัตราตายของมารดาในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง ต่ำกว่า 1 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2541 อัตราตายมารดาเท่ากับ 0.070 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เป็นอัตราที่ต่ำมาก และในปี พ.ศ. 2543 อัตราตายมารดาเท่ากับ 0.132 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งสูงกว่าปี พ.ศ. 2541 สำหรับอัตราตายทารกในปี พ.ศ. 2540 อัตราตายทารก 3.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 และในปี พ.ศ. 2543 อัตราตายทารกเท่ากับ 6.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ซึ่งมีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางเดียวกับอัตราตายมารดา (สถิติสาธารณสุข. 2543 : 48) ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและอัตราตายของทารกและมารดาต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในประเทศไทย
ปี พ.ศ. 2534-2543

ปี	ทารก		มารดา	
	จำนวน	อัตราตาย	จำนวน	อัตราตาย
2534	7,928	8.3	186	0.194
2535	7,256	7.5	137	0.142
2536	7,048	7.4	120	0.125
2537	6,828	7.1	104	0.108
2538	6,920	7.2	103	0.107
2539	5,164	5.5	124	0.127
2540	3,339	3.7	87	0.970
2541	4,353	4.1	63	0.070
2542	5,003	6.1	93	0.123
2543	4,822	6.2	102	0.132

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *สถิติสาธารณสุข*. หน้า 58

การฝากครรภ์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยการตรวจวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ในประเทศไทยมีมารดาจำนวนมากที่ไม่เคยได้รับการฝากครรภ์เลยจนกระทั่งคลอด ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่ออันตรายต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น โรคโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ มีการตกเลือดหลังคลอด การแท้งบุตร ภาวะครรภ์เป็นพิษ ซึ่งจะส่งผลไปยังทารก ทำให้คลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่ามาตรฐาน จากการสำรวจหญิงที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ ที่มีจำนวนเตียง 300 เตียงขึ้นไป มีหญิงที่ไม่มาฝากครรภ์และทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2544 (โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 2545 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)
ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนหญิงที่มาคลอดบุตรทั้งหมด ร้อยละของหญิงคลอดบุตรที่ไม่มาฝากครรภ์ และร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ปี พ.ศ.2542-2543 ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนเตียง 300 เตียงขึ้นไป

โรงพยาบาล	จำนวนหญิง ที่มาคลอดบุตร			จำนวน (ร้อยละ) หญิงคลอดบุตร ที่ไม่ฝากครรภ์			จำนวน (ร้อยละ) ทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม		
	2542	2543	2544	2542	2543	2544	2542	2543	2544
วิทยาลัย									
แพทยศาสตร์									
กรุงเทพมหานคร	6,084	6,128	5,751	485	483	480	379	319	372
และวชิรพยาบาล				(7.97)	(7.88)	(8.35)	(6.23)	(5.20)	(6.47)
ตากสิน	6,551	6,190	6,726	559	611	331	763	716	804
				(8.53)	(9.95)	(4.92)	(11.65)	(11.57)	(11.98)
กลาง	1,919	2,037	1,971	138	151	176	213	234	233
				(7.19)	(7.41)	(8.93)	(12.19)	(11.49)	(11.82)
เจริญกรุง				299	344	432	401	402	504
ประชากรักษ์	4,988	4,870	4,721	(6.01)	(7.07)	(9.15)	(8.05)	(8.25)	(10.67)

ที่มา : โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ หน่วยเวชระเบียนและสถิติ ฝ่ายวิชาการ. (2545).

เวชระเบียนและสถิติ : ไม่ปรากฏเลขหน้า.

ในปัจจุบันถึงแม้ว่าวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์จะทันสมัยมากขึ้น การคลอดที่มีภาวะเสี่ยงก็สามารถป้องกัน แก้ไข ลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกได้ การที่หญิงตั้งครรภ์ให้ความสำคัญในการฝากครรภ์ก็จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของมารดาและทารกดีขึ้น แต่จากสถิติของหน่วยเวชระเบียนและสถิติฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์ อาจมีความผิดปกติในช่วงระยะของการตั้งครรภ์ ได้แก่ มีอาการบวมเนื่องจากครรภ์เป็นพิษ ตกเลือด มีอาการแพ้อย่างรุนแรง ซึ่งความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและส่งผลกระทบต่อทารก และปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการไม่มาฝากครรภ์ คือ การให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (สมศักดิ์ สุทัศนวรุณี, ประทักษ์ โยประเสริฐ, สวัสดิ์ และกำแหง จาตุรจินดา. 2539 :93-94)

นอกจากนี้ผลจากการไม่ฝากครรภ์ ยังทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตของมารดา เนื่องมาจากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอด การติดเชื้อและครรภ์เป็นพิษ และยังทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตของทารกในครรภ์ได้ คือ การบาดเจ็บจากการคลอด ความพิการแต่กำเนิด

การติดเชื้อ ซึ่งสาเหตุเหล่านี้สามารถป้องกันได้ ถ้ามารดาได้รับการดูแลที่ดีตั้งแต่ระยะเริ่มตั้งครรภ์ ด้วยการมารับฝากครรภ์ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 กำหนดเป้าหมาย คือ ลดอัตราการตายของทั้งมารดาและทารก ลดอัตราการเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ให้ อยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ 7 และให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้งตาม เกณฑ์ ให้ได้ร้อยละ 75 (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสาธารณสุข. 2539 : 3-10) เพื่อให้ ทั้งมารดาและทารกมีสุขภาพสมบูรณ์

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น (ตาราง 2) พบว่า ร้อยละของหญิงคลอดบุตรที่ไม่มาฝาก ครรภ์ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ ในปี พ.ศ. 2542 – 2543 มีอัตราที่เพิ่มขึ้นและ ร้อยละของทารกน้ำหนักน้อยมีอัตราที่เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอดที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาถึง ปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา รายได้ อาชีพ ประวัติของการตั้งครรภ์และการคลอด ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเมื่อ ตั้งครรภ์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลและในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ด้วย โดยจะ ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมาฝากครรภ์หรือไม่มาฝากครรภ์กับตัวแปร การรับรู้ เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงจากภาวะ เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการฝากครรภ์ นอกจากนี้ใน การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพประกอบ โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth interview) เพื่อศึกษาโลกทัศน์ของหญิงหลังคลอดที่ไม่มา ฝากครรภ์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ให้มีการมารับบริการ ฝากครรภ์เพิ่มมากขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอดใน โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโลกทัศน์ของหญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ใน โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์หญิงหลังคลอดในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. ทราบถึงโลกทัศน์ของหญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนัก การแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงหลังคลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครที่มี 300 เติงขึ้นไปได้แก่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 19,169 คน (สถิติเวชระเบียนและสถิติฝ่ายวิชาการโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2544)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงหลังคลอดวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 320 คน จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 296 ; อ้างอิงมาจาก Yamane. 1967 : 886-887) เป็นผู้ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ จำนวน 192 คน ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ จำนวน 99 คน และไม่ฝากครรภ์ จำนวน 29 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ จะทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์ในกลุ่มตัวอย่าง 11 คน ซึ่งยังไม่สามารถกำหนดได้อย่างชัดเจน เพราะขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์พอเพียงของข้อมูลที่จะใช้ตอบ ความมุ่งหมายของการวิจัยในครั้งนี้ใช้การเลือกตัวอย่างแบบ The multiple starting point & snowball design (Mak. 1981 : 3-4) แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ใช้ปัจจัยทางชีวสังคมเป็นตัวกำหนด ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว อาชีพหรืองานประจำ ที่จะมีผลต่อโลกทัศน์ในการไม่ฝากครรภ์แตกต่างกัน โดยจับกลุ่มแบบจับคู่เหมือน (Match – paired)

ตัวแปรที่จะศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวสังคม

- 1.1 อายุ
- 1.2 สถานภาพสมรส
- 1.3 ระดับการศึกษา
- 1.4 รายได้ครอบครัว
- 1.5 อาชีพหรืองานประจำ
- 1.6 ประวัติของการตั้งครรภ์และการคลอด

2. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเมื่อตั้งครรภ์และการฝากครรภ์
- 2.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคลและบุคลากรทางการแพทย์
- 2.3 ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

- 3.1 การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์
- 3.2 การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์

ตัวแปรตาม ได้แก่ การมาฝากครรภ์ครบ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การฝากครรภ์

หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์มารับบริการดูแลการตั้งครรภ์ เช่น การตรวจครรภ์ การตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อตรวจดูความก้าวหน้าของการตั้งครรภ์ และภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะตั้งครรภ์ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและต้องมีหลักฐานการฝากครรภ์บันทึกไว้ในใบฝากครรภ์ทุกครั้ง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้แยกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.1 การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์มารับบริการดูแลการตั้งครรภ์ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คือ ฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง โดยมาอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 6 เดือนแรกของการตั้งครรภ์และมาตรวจครรภ์อย่างต่อเนื่องในช่วง 6 – 7 เดือน 7 – 8 เดือน และ 8 – 9 เดือน อย่างน้อยช่วงละ 1 ครั้ง

1.2 การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์มารับบริการดูแลการตั้งครรภ์ โดยบุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุขโดยมาฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง

1.3 การไม่ฝากครรภ์

หมายถึง การที่หญิงในระยะตั้งครรภ์ ไม่ได้รับการบริการฝากครรภ์ที่สถาน บริการใดๆ เลย

2. ปัจจัยด้านชีวสังคม

หมายถึง คุณลักษณะของหญิงหลังคลอดที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ หรือไม่มาฝากครรภ์ ประกอบด้วย

2.1 อายุ

หมายถึง อายุของหญิงหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คิดจำนวนปีเต็ม

2.2 สถานภาพสมรส

หมายถึง สถานภาพสมรส โสด คู่ ม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ของหญิงหลังคลอด

2.3 ระดับการศึกษา

หมายถึง ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดของหญิงหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 4 ระดับ

2.3.1 ไม่ได้เรียน

2.3.2 ประถมศึกษา

2.3.3 มัธยมศึกษาตอนต้น.

2.3.4 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช

2.3.5 อนุปริญญาหรือ ปวส.

2.3.6 อุดมศึกษาหรือสูงกว่า

2.4 รายได้ครอบครัว

หมายถึง จำนวนเงินซึ่งเป็นรายได้รวมต่อเดือนทั้งของสามีและหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น เฉลี่ยเป็นรายเดือน แบ่งได้ดังนี้

2.4.1 ต่ำกว่า 3,001 บาทต่อเดือน

2.4.2 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน

2.4.3 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน

2.4.4 มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน

2.5 อาชีพของหญิงหลังคลอด

หมายถึง งานประจำของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.5.1 แม่บ้าน

2.5.2 รับจ้าง

2.5.3 ทำงานบริษัท / โรงงาน

2.5.4 เกษตรกรรม

2.5.5 ค้าขาย

2.5.6 ประกอบอาชีพส่วนตัว

2.5.7 ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

2.5.8 อื่น

2.6 ประวัติของการตั้งครรภ์และการคลอด

หมายถึง ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ และจำนวนครั้งการแท้งบุตร

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือการรับรู้ หรือความเข้าใจของหญิงหลังคลอดที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย

3.1 การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์

หมายถึง การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความคิดเห็นในระหว่างตั้งครรภ์ถึงความรุนแรงจากการเกิดโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ที่อาจเจ็บป่วย ดังนี้ ตกเลือด แพ้ท้องอย่างรุนแรง บวมมือ ปวดศีรษะมากติดต่อกันหลายวัน ตามัวและตาพร่า

3.2 การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์

หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับผลดีของการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ตกเลือด แพ้ท้องอย่างรุนแรง บวมมือ ปวดศีรษะมากติดต่อกันหลายวัน ตามัว ตาพร่า รวมทั้งปัญหาในการไปรับบริการฝากครรภ์ ได้แก่ ระยะเวลา การทำงาน การเงิน ความไม่รู้

4. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ

หมายถึง สิ่งที่เอื้ออำนวยหรือส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ ประกอบด้วย

4.1 ความรู้ในการการฝากครรภ์

หมายถึง ความเข้าใจเรื่องราวต่างๆ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์

4.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร / คำแนะนำ

หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การมาฝากครรภ์ อันตรายที่เกิดจากอาการแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ โดยประเมินแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ จากแหล่งต่าง ๆ ต่อไปนี้

4.2.1 สามี

4.2.2 บิดามารดา

4.2.3 เพื่อน

4.2.4 สื่อมวลชน ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ วารสาร

4.2.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4.3 ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล

หมายถึง ความคิดเห็นของหญิงหลังคลอดที่มีต่อระบบบริการของ
โรงพยาบาลในด้าน

4.3.1 ความสะดวกที่ได้รับจากบริการ

4.3.2 การประสานงานของการให้บริการ

4.3.3 อรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการ

4.3.4 ข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ

4.3.5 คุณภาพบริการ

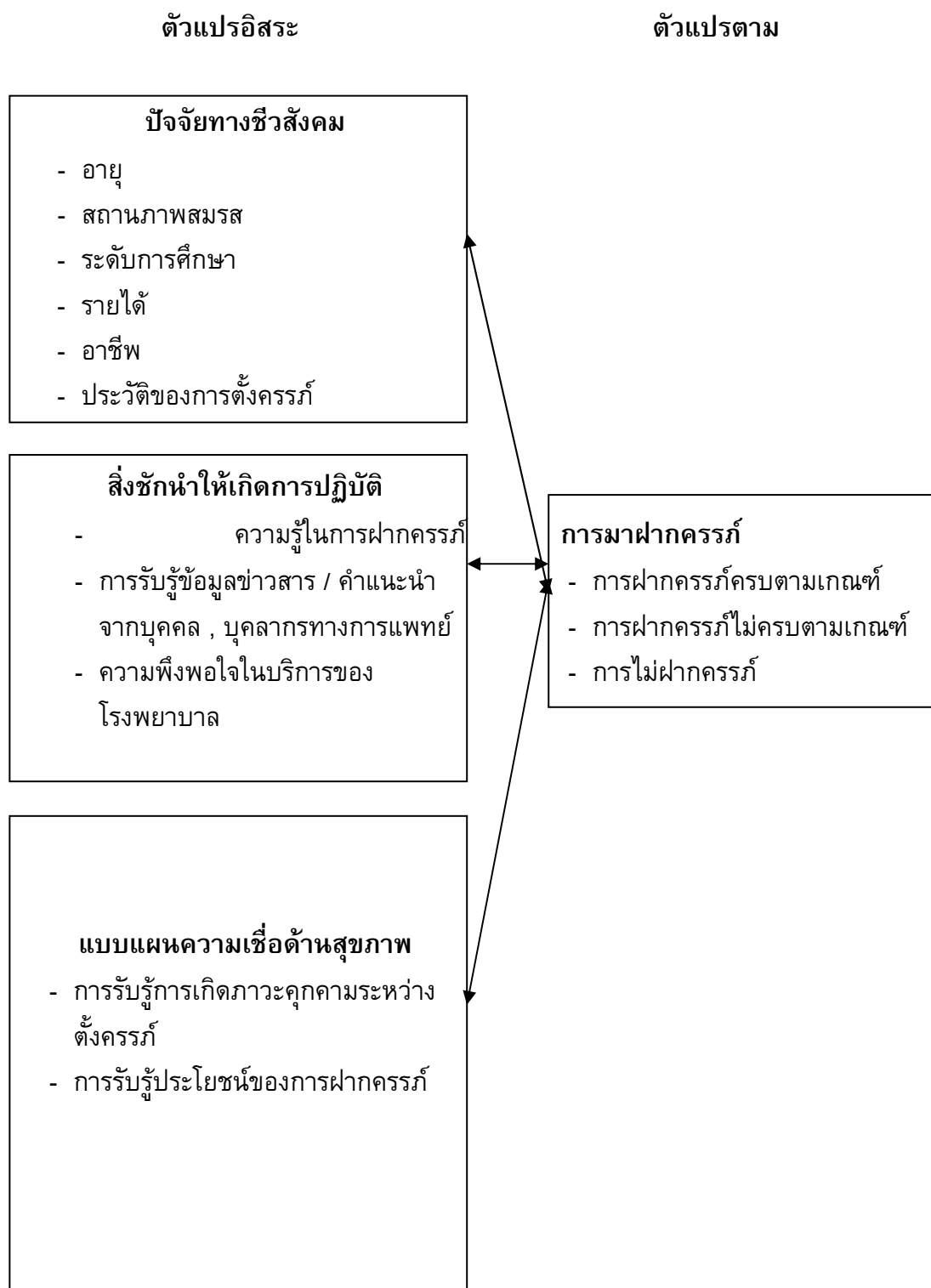
4.3.6 ค่าใช้จ่าย

5. โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

หมายถึง สถานพยาบาลที่มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ให้บริการด้านการ
รักษาพยาบาล ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟู สุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ประชาชน
ทั่วไป ประกอบด้วย สำนักเลขานุการกองวิชาการ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ
วชิรพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาล
เจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลหนองจอก และโรงพยาบาลหลวงพ่อ
ทวีศักดิ์

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่
คาดว่าจะมีความสัมพันธ์หรือมีผลต่อการมาฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอด ในโรงพยาบาล
สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งแบ่งออกได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มหญิงหลังคลอดที่ฝาก
ครรภ์ครบตามเกณฑ์ หญิงหลังคลอดที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และหญิงหลังคลอดที่ไม่ฝาก
ครรภ์ และตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อการมาฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอด ประกอบด้วยปัจจัย
ทางด้านชีวสังคม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นำมาสร้างเป็น
กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ปัจจัยด้านชีวสังคม ต่อไปนี้มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์
 - 1.1 อายุ
 - 1.2 สถานภาพสมรส
 - 1.3 ระดับการศึกษา
 - 1.4 รายได้ครอบครัว
 - 1.5 อาชีพ
 - 1.6 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด
2. ปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์
 - 2.1 การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์
 - 2.2 การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์
3. ปัจจัยด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ต่อไปนี้มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์
 - 3.1 ความรู้ในการฝากครรภ์
 - 3.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคลและบุคลากรทางการแพทย์
 - 3.3 ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ครบและไม่ฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอดโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลครรภ์และการฝากครรภ์
 - 1.2 ปัจจัยทางชีวสังคม
 - 1.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 1.4 ความพึงพอใจต่อระบบบริการและผู้ให้บริการ
 - 1.5 การสัมภาษณ์เชิงลึก
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลครรภ์เมื่อตั้งครรภ์และการฝากครรภ์

การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และการฝากครรภ์เป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก เพราะกิจกรรมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ดีขณะตั้งครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของเวชศาสตร์ป้องกันที่จะส่งผลให้มารดาและทารกมีความปลอดภัย ในระยะคลอดและหลังคลอดได้ (Bookmiller, et al. 1968 : 20-21) หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มารับการตรวจและการดูแลครรภ์จะมีโอกาสได้รับอันตรายจากการตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่าและรุนแรงกว่าผู้ที่ได้รับการตรวจและดูแลอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ (Cunningham, et al. 1997 : 227-250) อาจเกิดการชักจากภาวะความดันเลือดสูงได้มากกว่า เกิดภาวะเลือดจางมากกว่า และทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า เป็นต้น

ถึงแม้จะมีปัจจัยอีกหลายประการที่มีอิทธิพลต่ออันตรายดังกล่าว เช่น ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างการคลอด และการดูแลหลังคลอด แต่อย่างไรก็ตามหากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้ลดอันตรายต่อการตั้งครรภ์หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้เกิดขึ้น ตลอดจนได้เตรียมความรู้และการปฏิบัติการในการดูแลสุขภาพอนามัยให้กับหญิงตั้งครรภ์ ก็สามารถลดอันตรายจากการตั้งครรภ์และการคลอดได้ และยังช่วยในการส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารกหลังคลอดได้อีกด้วย

ดังนั้น การฝากครรภ์ คือ การดูแลหญิงมีครรภ์ระหว่างการตั้งครรภ์ ควรประกอบไปด้วย (วราวุธ สุมาวงศ์, 2527)

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์มีอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปกติเพิ่มมากขึ้น

2. วินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารก อาทิเช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ โรคซิฟิลิส โรคหัวใจ ภาวะเลือดมารดาและทารกไม่เข้ากัน และเด็กในท่าผิดปกติชนิดต่างๆ ตลอดจนการตรวจค้นหาสาเหตุและแก้ไขสิ่งผิดปกติเหล่านั้นด้วย

3. ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตลอด ได้แก่ การคลอดผิดปกติ การติดเชื้อ การเสียเลือด และสูติศาสตร์หัตถการต่างๆ

4. ลดอัตราการตายเกิด (Stillbirth) อัตราตายของเด็กในระยะแรกคลอด (Neonatal death) และในช่วงปริกำเนิด (Perinatal death)

การดูแลหญิงมีครรภ์ในระหว่างตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ คือ การที่ผู้ดูแลสามารถคาดการณ์ถึงอันตรายต่างๆ จากการตั้งครรภ์ที่อาจเกิดขึ้นล่วงหน้าได้ หรือสามารถค้นหาอันตรายที่เกิดขึ้นแล้ว และสามารถป้องกัน เตรียมรับ และแก้ไขสถานการณ์ได้เหมาะสมและทันท่วงที ซึ่งจะทำให้สามารถควบคุม หรือขจัด หรือลดอันตรายต่อมารดาและทารกได้ การกระทำเช่นนี้จำเป็นต้องปฏิบัติต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ เพราะการตั้งครรภ์เป็นภาวะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่ออวัยวะทุกระบบของร่างกาย รวมทั้งจิตใจด้วย ยิ่งเวลาของการตั้งครรภ์ผ่านไป การเปลี่ยนแปลงนี้ก็มีโอกาสที่จะเป็นอันตรายต่อมารดาและทารกได้ (Siriwongs, & Parisunyakul. 1984 : 15-21)

แม้จะเป็นที่ยอมรับว่าการฝากครรภ์จะสามารถช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการตายของมารดาและทารกที่มีสาเหตุมาจากการตั้งครรภ์ แต่การฝากครรภ์ที่ถูกต้อง ควรจะมีการตรวจติดต่อกันหลายครั้ง เป็นระยะๆ โดยตลอดการตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ควรมาฝากครรภ์ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์ ไม่ควรช้ากว่าสัปดาห์ที่ 8 ของการตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ควรไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ตลอดระยะของการตั้งครรภ์ อย่างน้อยไม่ควรต่ำกว่า 4 ครั้ง (กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.2526) แต่เท่าที่ปฏิบัติกันอยู่ส่วนมากหญิงมีครรภ์จะมาฝากครรภ์เมื่อครรภ์ใกล้ครบกำหนดคลอดแล้ว แล้วบ้างก็มารับการดูแลแค่เพียงครั้งเดียวโดยคิดว่าไม่เป็นไร และคิดว่าได้มาฝากครรภ์ไว้แล้ว ซึ่งไม่ถูกต้อง (วราวุธ สุมาวงศ์. 2527 : 2)

วิธีปฏิบัติการดูแลเมื่อตั้งครรภ์

เมื่อหญิงตั้งครรภ์ไปรับบริการฝากครรภ์ หญิงมีครรภ์จะได้รับการปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังต่อไปนี้คือ (ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ และคณะ. 2540 : 20)

1. การซักประวัติ
2. การตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ และตรวจภายใน
3. การทดสอบทางห้องปฏิบัติการ
4. การวิเคราะห์สุขภาพและการวางแผนดูแลรักษา
5. การนัดตรวจที่สม่ำเสมอ
6. การส่งเสริมสุขภาพและการให้ยา
7. การให้สุขศึกษา
8. การประเมินผลการดูแลรักษา

1. การซักประวัติ

การซักประวัติควรจะได้ประวัติที่สำคัญโดยละเอียดและสมบูรณ์ เพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ และเพื่อการวิเคราะห์ปัญหาจะได้เป็นอย่างดี และสามารถวางแผนการดูแลรักษาได้เหมาะสมและถูกต้อง ควรจดบันทึกประวัติข้อมูลที่สำคัญอย่างครบถ้วนและชัดเจน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษา รายละเอียดของการซักประวัติ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ

1.1 ประวัติส่วนตัว

อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจและรายได้ สถานภาพสมรส เจตคติต่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ความเชื่อที่ผิด การใช้ยาและสิ่งเสพติด ทั้งนี้ ประวัติส่วนตัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถประเมินภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และช่วยในการพิจารณาถึงความเหมาะสมของการให้คำแนะนำอีกด้วย

1.2 ประวัติครอบครัว

โรคทางพันธุกรรมหลายชนิดและโรคติดต่อ อาจปรากฏอาการหรือกำเริบได้ระหว่างตั้งครรภ์ เช่น โรคโลหิตจางจากธาลัสซีเมีย ความดันโลหิตสูง เบาหวาน วัณโรค และโรคจิต เป็นต้น ประวัติการตั้งครรภ์แฝดในครอบครัว อาจช่วยบอกให้ทราบถึงโอกาสการตั้งครรภ์แฝดในมารดาได้ ถ้ามีประวัติครรภ์แฝด

1.3 ประวัติประจำเดือน

ประวัติประจำเดือนเป็นประวัติที่สำคัญยิ่งที่จะใช้ช่วยคาดเดาว่าจะตั้งครรภ์ และใช้คะแนนกำหนดคลอดและอายุทารกในครรภ์ โดยเฉพาะวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย และระยะรอบของประจำเดือน

1.4 ประวัติการคุมกำเนิด

ประวัติการคุมกำเนิดอาจทำให้กำหนดวันคะเนคลอดผิดพลาดได้ โดยเฉพาะการใช้ฮอร์โมนที่เป็นยาฉีดคุมกำเนิด ซึ่งอาจทำให้รอบประจำเดือนไม่สม่ำเสมอหรือขาดประจำเดือนได้ จึงต้องคำนึงถึงอย่างยิ่งในการประเมินการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ และวันคะเนคลอด นอกจากนี้ยังจะช่วยให้ทราบถึงทัศนคติต่อการคุมกำเนิด เพื่อการแนะนำต่อไปภายหลังคลอด

1.5 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดที่ผ่านมา

ความเป็นไปของการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งก่อน ๆ เช่น จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การแท้ง ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกตายคลอด การคลอดก่อนกำหนด การคลอดเกินกำหนด การคลอดยาก การตกเลือดก่อนและหลังคลอด การคลอดทารกพิการ ปัญญาอ่อน การคลอดทารกที่น้ำหนักเกิน 4,000 กรัมขึ้นไป การผ่าคลอดเอาเด็กออกทางหน้าท้อง หรือได้รับการทำสูติศาสตร์หัตถการ การตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไต และโรคหัวใจร่วมด้วย ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต จะนำมาพิจารณาถึงผลที่อาจเกิดขึ้นในครรภ์นี้ด้วย เพื่อหาทางป้องกันอันตรายและการเกิดซ้ำ

1.6 ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี การขูดมดลูก การผ่าตัดต่างๆ ที่ตัวมดลูกอาจทำให้เกิดภาวะรกเกาะต่ำ หรือรกฝังตัวลึกได้ หรือหากมีแผลที่มดลูกส่วนบน อาจทำให้มดลูกมีโอกาสดกกระหว่างตั้งครรภ์ได้ อุบัติเหตุหรือโรคของกระดูกเชิงกราน อาจจะมีผลทำให้เกิดภาวะศีรษะทารกและเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกัน ซึ่งอาจจะทำให้ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้

สำหรับโรคหรือความเจ็บป่วยด้านอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ ไต ปอด เบาหวาน ภัยรอยด์ โรคเลือด โรคจิต โรคประสาท การชัก ปวดศีรษะเป็นประจำ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การได้รับเลือดในอดีต ถ้าเกิดขึ้นกับมารดาในระยะตั้งครรภ์มาก่อน มารดากลุ่มนี้จะได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพื่อให้มารดาและทารกมีภาวะเสี่ยงน้อยที่สุด

1.7 ประวัติปัจจุบัน

อาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ หรือการใช้ยา หรือโรคอื่นๆ ที่เกิดขึ้น นับตั้งแต่ประจำเดือนครั้งสุดท้ายเป็นต้นมา ควรได้ประวัติอย่างละเอียด เช่น หากมีอาการคล้ายหัดเยอรมันระหว่างตั้งครรภ์ ยังไม่ถึง 2 เดือน ควรจะต้องหาวิธีการวินิจฉัยยืนยันให้ได้ เพราะอาจจะต้องพิจารณายุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากทารกในครรภ์มีโอกาสติดเชื้อหัดเยอรมันและโอกาสจะพิการสูงมาก

1.8 ประวัติการเดินของทารกในครรภ์

วันแรกที่หญิงตั้งครรภ์รู้สึกถึงการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์เป็นเวลาที่สำคัญมาก เพราะจะช่วยให้การประเมินอายุครรภ์

2. การตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์และตรวจภายใน

ระยะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ทุกคนจะได้รับการตรวจร่างกายทั่วไป ประกอบด้วยการวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และการตรวจร่างกายทุกระบบอย่างละเอียด รวมทั้งการตรวจเต้านม ซึ่งจะทำให้สามารถค้นหาภาวะผิดปกติหรือโรค และยืนยันความสมบูรณ์ของมารดา

หญิงในระยะตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจครรภ์ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เพื่อดูขนาดของครรภ์ ซึ่งจะช่วยบ่งชี้ว่าทารกที่มีการเจริญเติบโตปกติหรือหยุดชะงักหรือไม่ นอกจากนี้ยังตรวจดูจำนวนของทารกในครรภ์ อาจเป็นครรภ์เดี่ยวหรือครรภ์แฝด ประเมินดูภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ ตรวจแนวและส่วนนำของทารก เพื่อคะเนกำหนดคลอด และหาแนวทางในการตัดสินใจ กำหนดวิธีการคลอด

การตรวจภายในควรตรวจเฉพาะในรายที่สงสัยในกรณีต่างๆ เช่น ขนาดของมดลูกในระยะไตรมาสแรก เมื่อประวัติประจำเดือนไม่แน่นอน หรือระดับยอดมดลูกและอายุครรภ์ไม่สัมพันธ์กัน การติดเชื้อในช่องคลอด กรณีที่มีเลือดออกทางช่องคลอด และภาวะอื่นๆ ได้แก่ สงสัยว่าปากมดลูกจะหลวม หรือสงสัยเนื้องอกในช่องเชิงกราน เป็นต้น

3. การทดสอบทางห้องปฏิบัติการ

การทดสอบทางห้องปฏิบัติการ จะช่วยบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของมารดาและทารกได้เป็นอย่างดี ซึ่งช่วยให้สามารถป้องกัน ค้นหา และให้การรักษาภาวะผิดปกติต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว การเลือกการทดสอบต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้จากประวัติการตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์และการตรวจภายใน ซึ่งสามารถทำการทดสอบได้ทั้งฝ่ายมารดาและทารกในครรภ์

การทดสอบในหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักเป็นการหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยแยกโรคหรือเพื่อใช้ติดตามการดำเนินโรค แต่มีการทดสอบบางประการที่กระทำเพราะอุบัติเหตุการของภาวะผิดปกติอื่นๆ เกิดขึ้นบ่อย และอาจนำมาซึ่งอันตรายที่รุนแรง ได้แก่

3.1 การตรวจหาความเข้มข้นของเลือด

การตรวจความเข้มข้นของเลือดคือ การตรวจหาค่าฮีโมโกลบิน (Hemoglobin :/ Hb) หรือฮีมาโตคริต (Hematocrit :/ Hct) ซึ่งจำเป็นต้องตรวจในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย เพราะหากมีภาวะเลือดจางระหว่างตั้งครรภ์ คือ เมื่อ Hb ต่ำกว่าร้อยละ 10 หรือ Hct ต่ำกว่าร้อยละ 30 (วินิต บัวประดิษฐ์ และวิชัย อติชาตการ. 2537 : 115-143) แล้วอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ อาจคลอดก่อนกำหนด อาจเกิดภาวะหัวใจวายในหญิงตั้งครรภ์ได้ หากเลือดจางมาก หรืออาจได้รับอันตรายที่รุนแรง หากต้องเสียเลือดระหว่างคลอดมากกว่าปกติเพียงเล็กน้อย ซึ่งการตรวจความเข้มข้นของเลือด จะทำการตรวจหาเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกและควรตรวจซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์

สาเหตุของโลหิตจาง (Anemia) ที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ คือ ภาวะขาดธาตุเหล็ก จากการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ หรือจากการมีพยาธิปากขอ หรือจากโรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia)

3.2 การตรวจปัสสาวะ

การตรวจปัสสาวะพบว่า อุบัติการณ์ของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของมารดาจะสูงขึ้นมากระหว่างตั้งครรภ์ โดยที่อาจไม่มีอาการแสดงอื่นใดเลย (Asymptomatic bacteriuria) และภาวะติดเชื้อในระบบนี้อาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด หรือทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หรืออาจกำเริบจนเกิดการอักเสบที่กรวยไต (Pyelonephritis) จึงควรตรวจหาปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ทุกรายเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อค้นหาการติดเชื้อ ถ้าหากมีทางเดินปัสสาวะอย่างถูกต้อง และตรวจพบเม็ดเลือดขาวตั้งแต่ 5 ตัวขึ้นไปต่อหนึ่ง high powered field ก็จะมีโอกาสเกิดการอักเสบของทางเดินปัสสาวะ

นอกจากนี้ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ มักจะตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ และผู้ที่เป็นโรคเบาหวานก็อาจตรวจพบว่ามีน้ำตาลในปัสสาวะได้ จึงควรตรวจดูโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะทุกครั้งที่มารับการตรวจครรภ์

3.3 การตรวจหาเชื้อซิฟิลิส

ซิฟิลิส (Syphilis) เป็นโรคที่อาจทำอันตรายต่อทารกในครรภ์ให้ถึงตาย หรือพิการได้ (Wendel. 1988 : 287) เนื่องจากเชื้อซิฟิลิสสามารถผ่านจากรกไปยังทารกได้ (Richard H. 1985 : 9) ในประเทศพัฒนาน้อย พบว่า ทารกที่เป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดยังเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของทารกปริกำเนิด ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญในประเทศพัฒนาน้อย ในปัจจุบันพบว่า โรคนี้มีแนวโน้มจะมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (Centers for Disease Control. 1992 : 29-37) จึงควรตรวจเลือดเพื่อหาโรคนี้ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย และการตรวจตั้งแต่ระยะครรภ์อ่อนเดือนที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

3.4 การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในมารดา เป็นสิ่งจำเป็นในการฝากครรภ์ เพื่อตรวจว่าหญิงตั้งครรภ์เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี หรือไม่ จากการศึกษาพบว่า ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรไทยค่อนข้างสูง และอัตราการเป็นพาหะของโรคในหญิงตั้งครรภ์ก็พบสูง (Theppisai. et al. 1984 : 67) ดังนั้น การตรวจซีโรโลจิคอล มาร์คเกอร์ (Serological marker) ของเชื้อไวรัสหา Hepatitis B surface antigen (HbsAg) จึงเป็นสิ่งจำเป็น ในมารดาที่มี HbsAg ในเลือด สามารถแพร่เชื้อหรือถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไปสู่ทารก ทำให้ทารกเกิดการอักเสบของตับได้ หรือเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ต่อไปได้ (อรุษา เทพพิสัย และเฉลิมศรี ชนันทเศรษฐ. 2539 : 479-518) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบว่ามี HbsAg ในเลือดเมื่อทารกคลอดแล้วทารกจะได้รับวัคซีน (Vaccine) เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตับอักเสบบีหรือเป็นพาหะของโรคต่อไป

3.5 การตรวจหาเชื้อ เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus = HIV)

การตรวจหาเชื้อเอชไอวี ที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ (Acquire Immune Deficiency Syndrome = AIDS) ควรจะทำการตรวจกรองเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ แต่ควรให้คำปรึกษาก่อนที่จะเจาะเลือดและให้มารดาตรวจด้วยความสมัครใจ โดยทั่วไปจะทำการตรวจหาแอนติเอชไอวี (Anti HIV) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และตรวจว่าเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ เนื่องจากพบว่า มีหญิงตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งที่ตรวจหา Anti HIV เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกให้ผลลบ แต่เมื่อตรวจซ้ำในระหว่างอายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ พบว่าให้ผลบวก (Phuapradit, et al. 1995 : 168-72)

จากการศึกษาของวินิต ยังประดิษฐ์ และคณะ (1996 : 168-172) ที่โรงพยาบาลรามารบติ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.36 ในระดับประเทศ

สุรศักดิ์ ฐานพานิชสกุล (1994 : 98) ศึกษาพบว่า อัตราเฉลี่ยของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับร้อยละ 2 หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี อาจทำให้ทารกที่คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีได้

3.6 การตรวจพิเศษอื่นๆ

การตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น การตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasonography) เป็นการตรวจโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย การทำ Nonstress test (NST) เป็นการตรวจโดยศึกษาการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ Oxytocin challengey test (OCT) เป็นการตรวจดูภาวะของรกว่าอยู่ในสรีรภาพปกติหรือไม่ การตรวจความเจริญของปอดทารก (lung maturity) หรือการตรวจโครโมโซมของทารกโดยการทำ แอมนิโอเซนเทซิส (Aminocentesis) ซึ่งการตรวจพิเศษนี้ควรทำเมื่อมีข้อบ่งชี้และจะต้องคำนึงถึงอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก ความสิ้นเปลืองทั้งเวลาและทรัพย์สิน ตลอดจนต้องนำผลที่ได้มาพิจารณาร่วมกับลักษณะทางคลินิกอื่นๆ ด้วย ก่อนจะตัดสินใจให้การรักษาต่อไป

4. การวิเคราะห์และวางแผนดูแลรักษา

การตั้งครรภ์จะทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการตายมากกว่าการไม่ได้ตั้งครรภ์ องค์ประกอบที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการตายที่เนื่องมาจากการตั้งครรภ์จึงสมควรที่จะมีการค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ องค์ประกอบดังกล่าวประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ ประวัติตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและการเจ็บป่วยในปัจจุบันที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ อาศัยข้อมูลดังกล่าวมาแล้วทั้งหมดและนำมาวิเคราะห์ด้วยความรู้และประสบการณ์ก็จะทราบเกณฑ์เสี่ยงภัยที่มีอยู่ (Siriwongs. & Parisunyakul. 1984 : 15-21) ซึ่งจะสามารถจำแนกกลุ่มที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ออกจากกลุ่มที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงต่ำได้ แล้วกำหนดวางแผนการดูแลรักษาไปตามภาวะต่างๆ ที่พบหรือคาดว่าจะเกิดขึ้นไปตลอดระยะของการตั้งครรภ์ จนกระทั่งระยะหลังคลอด หรือระยะที่

ไม่ได้ตั้งครรภ์ด้วย โดยความรู้เข้าใจและยินยอมของมารดา และควรให้โอกาสมารดามีส่วนร่วมในการกำหนดแผนด้วย ซึ่งจะช่วยให้การดูแลรักษาได้ผลสัมฤทธิ์สูงสุด (Barnes. 1978)

5. การนัดตรวจที่สม่ำเสมอ

เนื่องจากการตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จากภาวะครรภ์เสี่ยงต่ำอาจเปลี่ยนแปลงเป็นภาวะครรภ์เสี่ยงสูงได้ตลอดเวลา และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่ออวัยวะทุกระบบของร่างกาย ดังนั้นการตรวจและดูแลครรภ์ที่สม่ำเสมอและเหมาะสมจะช่วยให้สามารถพบสิ่งบอกเหตุหรืออาการเริ่มต้นของภาวะแทรกซ้อนบางอย่างได้ ก่อนที่ภาวะนั้นอาจกำเริบหรือรุนแรงจนเป็นอันตราย

โดยทั่วไปในกลุ่มครรภ์เสี่ยงต่ำ มักจะนัดตรวจ 1-2 ครั้ง ในระยะไตรมาสแรก 2-3 ครั้ง ในระยะไตรมาสที่ 2 และประมาณ 3-4 ครั้ง ในระยะไตรมาสสุดท้าย และจะต้องยืนยันความสมบูรณ์ของมารดาและทารกในครรภ์ให้ได้ทุกครั้ง ส่วนกลุ่มครรภ์เสี่ยงสูงการนัดตรวจจะแปรผันตามความจำเป็นจากการประเมินผลแต่ละครั้ง เพื่อให้การดูแลหรือรักษาภาวะอันตรายเหล่านั้น ในการนัดตรวจทุกครั้ง การปฏิบัติดูแลควรจะประกอบด้วย

5.1 ชักอาการเปลี่ยนแปลง ความผิดปกติ และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

5.2 ชักวันที่ทารกดิ้นเป็นครั้งแรก เพื่อช่วยในการประเมินอายุครรภ์ และชักรูปแบบการดิ้นของทารก เมื่ออายุครรภ์เข้าสู่ระยะไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 เพื่อประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์

5.3 ชั่งน้ำหนักตัว

5.4 วัดความดันเลือด

5.5 ตรวจปัสสาวะทดสอบโปรตีนและน้ำตาล

5.6 ตรวจครรภ์หาขนาดมดลูก จำนวนทารกในครรภ์ แนวส่วนนำของทารก และการคงชีวิตอยู่ของทารก

5.7 ตรวจจำนวนหรือไม

5.8 ตรวจภายในเมื่อมีข้อบ่งชี้

5.9 ตรวจความเข้มข้นของเลือด ตรวจดูเชื้อซิฟิลิส และตรวจหา anti HIV สำหรับโรคเอดส์

5.10 ตรวจพิเศษต่างๆ เมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น การตรวจอัลตราซาวนด์ การตรวจหาความผิดปกติของโครโมโซม การตรวจหาโรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นต้น

5.11 วิเคราะห์และประเมินผลการรักษา

6. การส่งเสริมสุขภาพและการให้ยา

ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญมากอย่างหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อสุขภาพของมารดาและทารก การที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับอาหารในปริมาณที่เพียงพอและมี

อัตราส่วนของสารอาหารถูกต้องและครบถ้วนจะช่วยให้สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์สมบูรณ์และแข็งแรงเต็มที่ อันจะทำให้ทารกในครรภ์มีโอกาสเจริญเติบโตได้สมบูรณ์เต็มที่เช่นกัน ส่วนภาวะทุพโภชนาการจะนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้หลายประการ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ทำให้น้ำหนักแรกเกิดทารกน้อย เป็นต้น ดังนั้น ในการดูแลแต่ละครั้ง ผู้ดูแลต้องประเมินภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ให้ได้ ซึ่งดัชนีที่ใช้ประเมิน คือ น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในแต่ละช่วงเวลาที่ผ่านมาตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์

ในระหว่างการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการอาหารเน้นทั้งปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้ตนเองแข็งแรงสมบูรณ์ และเพื่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ในระหว่างตั้งครรภ์นั้นธรรมชาติจะช่วยให้ร่างกายหญิงตั้งครรภ์ได้รับอาหารเพิ่มมากที่สุดอยู่แล้ว โดยการทำให้อาหารเคลื่อนไหวนำลง ทำให้อาหารถูกดูดซึมเข้าร่างกายได้มากขึ้น ช่วงระหว่างตั้งครรภ์น้ำหนักจะเพิ่มขึ้นประมาณ 12.5 กิโลกรัม 9 กิโลกรัม สำหรับทารก รก น้ำคร่ำ มดลูกที่โตขึ้น เต้านมที่โตขึ้น และสารน้ำในและนอกหลอดเลือด และที่เหลือส่วนใหญ่เป็นการสะสมของไขมันในหญิงตั้งครรภ์ (พรณี ศิริวรรณธนาภา. 2541 : 82)

หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับอาหารในปริมาณที่เพียงพอที่จะทำให้พลังงานได้คือประมาณ 2,500 แคลอรี/วัน (National Research Council. 1989 : 240) ซึ่งควรประกอบด้วยอาหารประเภทโปรตีนในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ซึ่งอาจได้จาก เนื้อ นม ไข่ และถั่ว ส่วนอาหารประเภทอื่น ๆ ได้แก่ คาร์โบไฮเดรตและไขมัน ควรรับประทานตามปกติ เกือบเท่าที่ต่าง ๆ ก็ควรรับประทานตามปกติ ยกเว้นธาตุเหล็กซึ่งต้องการเพิ่มขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ (National Research Council. 1989 : 240) เพื่อเป็นการเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดในหญิงตั้งครรภ์ ช่วยในการลำเลียงออกซิเจน (Oxygen) ไปยังทารกในประเทศไทย อุบัติการณ์ของโรคเลือดจางมีสูง หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการเสริมธาตุเหล็ก

7. การให้สุขศึกษา

ภาวะสุขภาพของมารดาในระยะตั้งครรภ์เป็นเครื่องสำคัญ และจำเป็นจะต้องได้รับการส่งเสริมให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ การให้สุขศึกษากับมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้มารดาในระยะตั้งครรภ์ได้มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ เสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการตายน้อยลง ช่วยลดความวิตกกังวลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เนื่องจากความไม่รู้ ไม่เข้าใจ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การให้สุขศึกษายังเป็นการเตรียมมารดาในระยะตั้งครรภ์และครอบครัวให้พร้อมสำหรับการให้กำเนิดทารก การเลี้ยงดูทารก เพื่อการเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์แบบ การให้สุขศึกษากับมารดาในระยะตั้งครรภ์ประกอบไปด้วย

7.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

7.2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่พบบ่อยในระยะตั้งครรภ์

7.3 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ตลอดจนการเลี้ยงดูทารกแรกเกิด

8. การประเมินผลการดูแลรักษา

โดยทั่วไปพิจารณาจาก

8.1 น้ำหนักตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้น ถ้าได้รับอาหารที่ถูกต้องและพอเพียงน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยควรอยู่ระหว่าง 350-400 กรัม/สัปดาห์ เมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 10 สัปดาห์เป็นต้นไป การที่น้ำหนักตัวเพิ่มน้อยหรือไม่เพิ่มเลยอาจเป็นเครื่องแสดงว่าได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ หรือมีภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์หรือทารกตายในครรภ์ และถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่าปกติอาจเป็นอาการแสดงของภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ซึ่งอาจเป็นอาการเริ่มต้นของภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ หรืออาจเนื่องจากการดื่มน้ำได้รับสารอาหารไม่ถูกต้อง เช่น อาจได้รับอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเกินความต้องการ ซึ่งอาจเป็นอาการแสดงของโรคเบาหวานได้

8.2 ขนาดมดลูกควรโตได้สัดส่วนกับระยะของการตั้งครรภ์

8.3 ภาวะแทรกซ้อนควรจะระงับได้ หรือลดความรุนแรง

8.4 หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสควรมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติตัวและเตรียมคลอด

ปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทั้งร่างกายและจิตใจมีผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มาจนถึงระยะหลังคลอด ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของทารกนอกเหนือจากการฝากครรภ์ มีหลายประการ ได้แก่

1. อายุของหญิงตั้งครรภ์ ในช่วง 20-29 ปี จะมีอัตราตายของมารดาและทารกต่ำที่สุด ในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป มีโอกาสจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอดได้สูงขึ้น ในหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี อาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะมารดาที่อายุน้อยกว่า 17 ปี มีภาวะทุพโภชนาการได้มากกว่าวัยอื่น (Nelson. 1986 : 405-437)

2. สถานภาพสมรส ผู้ตั้งครรภ์นอกสมรสมักเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าและรุนแรงกว่าผู้ที่มีการสมรสโดยถูกต้อง เนื่องจากต้องปกปิดทำให้ไม่มาฝากครรภ์ หรือมาฝากครรภ์ช้ามาก และการไม่ดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งความวิตกกังวลและไม่เป็นสุขใจ เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของทารก โดยมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และทารกที่เกิดมามีสุขภาพไม่แข็งแรง (สุจิตต์ ฝ่ำสวัสดิ์ และคณะ. 2526 : 46)

3. ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ การศึกษาที่สูงมีความสัมพันธ์กับอาชีพที่ดี และรายได้ที่สูง และยังมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของมารดาและทารก เพราะการศึกษามีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้รู้จักป้องกันโรคและรักษาสุขภาพ จึงพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาน้อย และรายได้ต่ำ มีอัตราการเจ็บป่วย ทุพผลภาพและอัตราตายของมารดาและทารกสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาและรายได้สูง (Burroughs. 1986 : 1202)

4. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรหลังๆ จะมีอัตราการเจ็บป่วย ทุพผลภาพและอัตราตาย ของมารดาและทารกสูงขึ้นตามลำดับ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดที่ผิดปกติมาก่อน จะมีโอกาสเกิดซ้ำได้มากกว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยตั้งครรภ์ปกติมาก่อน (อภิชาติ จิตต์เจริญ และสมพล พงศ์ไทย. 2540 : 23)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

ความเชื่อเป็นการยอมรับเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่างๆ และเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในความนึกคิดหรือความเข้าใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต. 2527 : 14) กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความเข้าใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมตามความเชื่อในเรื่องนั้นๆ โดยอาจรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งต่างๆ นั้น ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป ความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐานซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (Rokeach. 1970 : 214)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา (Phipps, Long & Woods. 1983 : 127) ความเชื่อด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคลในการป้องกันโรค และการให้ความร่วมมือในการรักษาของบุคคล (King. 1984 : 53) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทอร์เรล (Tirrel. 1980 : 488) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังนั้น เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย ก็จะมีพฤติกรรมแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2534 : 30)

พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 เป็นต้นมา ได้มีผู้เริ่มศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากความร่วมมือของประชาชนด้านการป้องกันปัญหาสาธารณสุขลดลง โดยเริ่มตั้งแต่ นักจิตวิทยา เคิร์ท เลวิน (Kurt Levin) ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับ

“อวกาศของชีวิต” ในกรอบแนวความคิดของทฤษฎีอวกาศแห่งชีวิตของเลวินนั้นมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ (ในอวกาศของชีวิต) ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่ให้ค่านิยมเชิงลบ ในกรอบแนวคิดของนักทฤษฎีกลุ่มนี้เขามีความเห็นว่ โรคเป็นสิ่งที่ให้ค่านิยมเชิงลบของอวกาศแห่งชีวิต และสรุปว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงบริเวณนั้นตรงเท่าที่การหลีกเลี่ยงของเขาไม่เป็นสาเหตุทำให้บุคคลเคลื่อนตัวไปสู่อวกาศที่มีค่านิยมเชิงลบที่มีปริมาณมากขึ้น ทฤษฎีนี้ตั้งสมมติฐานไว้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพตรงเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่า มากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว และบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่โรคคุกคามตน (ความเชื่อว่าตนสามารถป่วยเป็นโรคนั้นได้ และเชื่อว่าโรคนั้นรุนแรง) และจะต้องมีความรู้สึกว่ตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ ดังนั้น จากความคาดหวัง (จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์) บุคคลจะต้องตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่ง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536 : 110)

ต่อมานักจิตวิทยาสังคม ได้แก่ กอดเฟรย์ ฮอคบอม, สตีเฟน เคจิลิส, โฮเวิร์ด เลวานธาล และเออร์วิน โรเซนสต็อก (Godstrey, M. Hochbaum, Stephen, S. Kegeles, Howard Leventhal and Irwin, M. Resenstock) (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536 : 109) ได้ร่วมกันคิดเกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ จากการที่ทำงานในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความสนใจกับกลุ่มบุคคลเหล่านี้ว่ทำไมบุคคลจึงหลีกเลี่ยงที่จะไม่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เช่น การรับภูมิคุ้มกัน หรือการตรวจสุขภาพ ซึ่งรัฐบาลจัดให้โดยเสียค่าใช้จ่ายแต่น้อย หรือบางครั้งไม่ต้องเสียเลย เพราะผู้ศึกษาวิจัยกลุ่มนี้มีความต้องการที่จะสร้างทฤษฎีทางสังคม-จิตวิทยา และขณะเดียวกันก็เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงๆ ด้วย จึงได้พยายามศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพภายในกรอบแนวคิดของทฤษฎี

ในปี ค.ศ. 1966 โรเซนสต็อก (Rosenstock) ได้นำเอาทฤษฎีเหล่านี้มาอธิบายในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาเผยแพร่ให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น โดยนำเอาจิตวิทยาสังคมมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลว่ บุคคลทั่วไปมักจะไมแสวงหาวิธีป้องกันโรค หรือการตรวจสุขภาพประจำปี ถ้าเขาไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ หรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ ยกเว้นในกรณีที่บุคคลรับรู้ว่เขามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เหล่านี้จะทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ

การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (Becker, et al. 1977 : 29) จากแนวคิดนี้เองเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวคือ บุคคลที่จะปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเกิดโรคต้องมีความเชื่อว่า

1. ตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิต

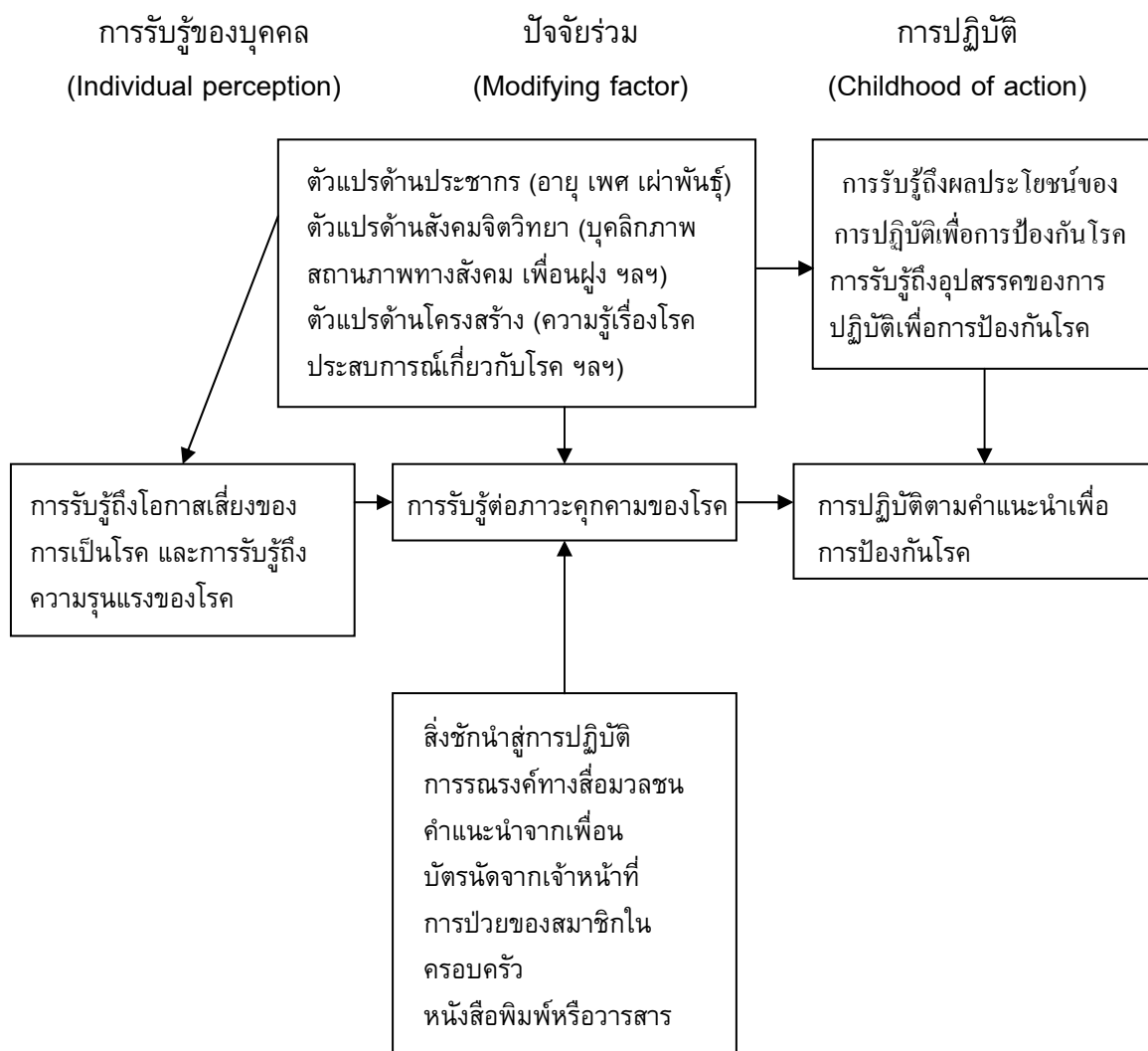
3. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอนามัย จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือถ้าเกิดโรคขึ้นแล้วจะช่วยลดความรุนแรงของโรคลงได้

ต่อมาได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเข้าไปอีก เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่นๆ ที่สัมพันธ์เกี่ยวกับการรักษาโรค โดยเน้นความสนใจไปที่แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivations) ซึ่งรวมถึงความใส่ใจ (Concern) เกี่ยวกับเรื่องทางด้านสุขภาพและความตั้งใจของบุคคลที่จะแสวงหาการรักษาโรค นอกจากนี้ยังเพิ่มเติมองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. ปัจจัยร่วม (Modifying and enabling factors) ซึ่งรวมทั้งตัวแปรด้านประชากร ได้แก่ ทักษะชีวิตของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาพยาบาล เกี่ยวกับแพทย์ สิ่งอำนวยความสะดวก สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งโครงสร้างของการรักษาพยาบาล อันได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความเพียงพอของการบริการ และประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยมีเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

2. สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ (Cues to action) จะประกอบไปด้วยสิ่งกระตุ้นเตือนใจภายในของบุคคล ได้แก่ อาการเจ็บป่วยและสิ่งกระตุ้นเตือนใจภายนอก เช่น การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รัก เป็นต้น

องค์ประกอบเหล่านี้ได้ถูกเพิ่มเติมเข้ามาในรูปแบบความเชื่อสุขภาพเดิม โดย เบคเกอร์ (Becker, et al. 1977 : 29-30) มีวัตถุประสงค์เพื่อจะให้มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ (Predictability of health behavior) และยังช่วยให้เกิดความเข้าใจว่า ความเชื่อ และการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นจะไม่เพียงพอที่จะอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้ปรับปรุงจากรูปแบบเดิม สามารถเขียนแสดงความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านี้ใน ดังภาพประกอบ 2 (Becker. 1974 : 106)



ภาพประกอบ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

จากที่กล่าวมาข้างต้นว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลนั้นยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ

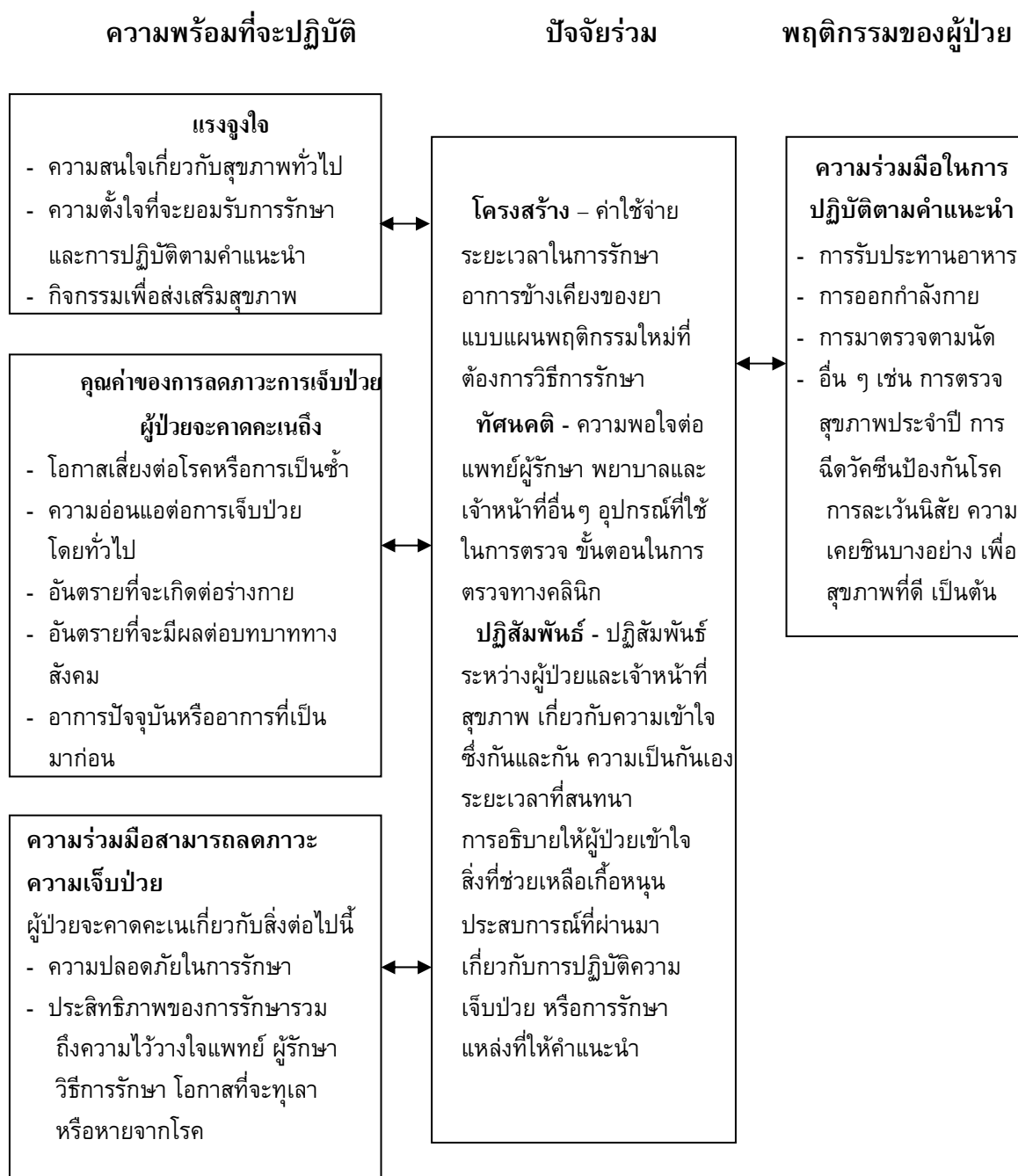
คาสลและคอบบ์ (Kasl and Cobb. 1966 : 246) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ได้มีนักวิจัยหลายท่านพยายามที่จะใช้แบบแผนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านการแพทย์ (Medical model) ในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเน้นตัวแปรด้านประชากร สังคม แผนการรักษา และลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ (Becker, et al. 1974 : 82) เบคเกอร์ จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) ขึ้นใหม่โดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยในด้านต่างๆ เพิ่มเติมจากที่ Rosenstock ที่ศึกษาไว้ ดังภาพประกอบ 3 (Becker. 1974 : 89)



ภาพประกอบ 3 สรุปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค มี 5 ประการ คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility)
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)
3. การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ / อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived benefits and barriers)
4. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cue to action)
5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors)

แนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว ซึ่งจะแตกต่างไปจากผู้มีสุขภาพดีทั่วไป การรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ของทัศนคติความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคการคาดการณ์ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำอีก หรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นได้ เบคเกอร์ และไมเมน (Becker, & Maimen. 1975 : 17-18) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อว่าการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งจะทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของบุคคลผิดไป

1.2 ในกรณีที่บุคคลเคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนอยู่ในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำได้อีก

1.3 ถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกที่ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

ฮอชบาม (Hochbaum. 1988 : 1-28) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ เบคเกอร์จึงสรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ (Becker, et al. 1977 : 368)

ได้มีผู้ศึกษาวิจัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมของผู้ป่วยไว้ดังนี้ เบคเกอร์ (Becker. 1974 : 44) ได้ศึกษามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคไข้วมาติก (Rheumatic) และรับรู้ว่ามี

โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเยื่อหุ้มชั้นกลางอักเสบได้ง่าย จะมีพฤติกรรมในการให้บุตรรับประทานยาสม่ำเสมอและพาบุตรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และเบคเกอร์ (Becker. 1974 : 410) ยังอ้างถึงการศึกษาของไฮน์เซลฟานน์ (Heinze fmamn) ที่พบว่า ในกลุ่มนักเรียนที่มีประวัติไข้รูมาติก มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาเพนิซิลิน (Penicillin) เพื่อป้องกันอันตรายของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1977 : 348) พบว่า ความร่วมมือในการควบคุมอาหารบุตรของมารดาที่รับรู้ว่าเป็นบุตรของตนมีโอกาสเกิดโรคต่างๆ ได้ง่ายเมื่อน้ำหนักเกิน จะมีความสัมพันธ์กับการนำบุตรมาตรวจตามนัด ฮาลาล (Hallal. 1982 : 140) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมะเร็งเต้านมในเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองประจำ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เบคเกอร์ (Becker. 1974 : 84) กล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แล้วก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นจะไม่ทำอันตรายต่อร่างกาย หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของตน การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

จากการรวบรวมผลงานของนักวิจัยหลายท่านโดย มิคเฮล (Mikhail. 1981 : 69) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขอนามัย เช่น การศึกษาเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการมารับภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการมารับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของเบคเกอร์และฟรานซิส (Becker and Francis) (Becker. 1974 : 411) ที่พบว่า การคาดการณ์ถึงความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับบุตรของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของบิดามารดา ที่นำบุตรมารับการตรวจรักษาและรับการป้องกันในระยะที่พบว่ามีภาวะบาดเจ็บในโรงเรียน

จากการศึกษาทั้งหมดนี้ แสดงถึงความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมด้านสุขอนามัย ผู้ป่วยอาจรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคได้จากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และจากข้อกำหนดต่างๆ ของแพทย์ พฤติกรรมการปฏิบัติหรือการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการรักษา เนื่องจากมีความกลัวและความวิตกกังวลสูง นอกจากนี้ มัลลิกา มัติโก (2530 : 63) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยจะมีพฤติกรรม ดังนี้คือ

2.1 ตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับความผิดปกติ

2.2 ใช้อารมณ์ตนเอง ซึ่งอาจซื้อยามารับประทานเองหรือใช้ยาที่บ้าน

2.3 รักษาตนเองโดยวิธีต่างๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอนพัก และดื่มน้ำอุ่น เมื่อเริ่มรู้สึกว่าจะเป็นหวัด

2.4 ไปหาเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ เมื่อตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษา และขอคำแนะนำ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived benefits and barriers) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาจะแสดงถึงความสัมพันธ์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้ประโยชน์ที่จะได้รับ คือ การหายจากโรคหรือสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่นั้นได้ เบคเกอร์ (Becker. 1974 : 410-411) ได้อ้างถึงการศึกษาของเอลลิง (Elling) ไฮซ์เซลแมน (Heinzelman) และกาเบรียลสัน ซึ่งได้ผลคล้ายกันว่า ผู้ที่เชื่อว่ายาเพนนิซิลินสามารถป้องกันการเกิดโรคไข้รูมาติกซ้ำได้ จะรับประทานยาดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ และฮาลาล (Hallal. 1982 : 137) พบว่า สตรีที่ตรวจเต้านมตนเองเป็นประจำ เพื่อหามะเร็งเต้านมในระยะแรกมีคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนสูง ดังนั้นบุคคลจึงแสวงหาวิธีการรักษาให้หายจากโรคหรือวิธีป้องกันมิให้เกิดโรค โดยทั่วไปบุคคลจะเลือกปฏิบัติวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด บางครั้งบุคคลสามารถรับรู้ถึงประโยชน์จากการกระทำนั้นๆ แต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์ เนื่องจากมีปัญหาหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่ายต่างๆ ความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติที่แตกต่างไปจากภาวะปกติ ความยุ่งยากในการรักษา ระยะเวลาในการรักษา และฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา

การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพเป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติตัวของบุคคล เพราะถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การจะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้นว่า สิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นลดความรุนแรงของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นได้จริง และจะได้รับประโยชน์คุ้มค่างบเวลาที่เสียไปในการไปตรวจแต่ละครั้ง ตลอดจนคุ้มกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายจากการรักษา

4. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งส่งเสริมให้บุคคลเกิดความพร้อมในการปฏิบัติตน ในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ และโรเซนสตอค สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่เป็นแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล และเป็นพื้นฐานส่วนตัวของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง บุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเองจะไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และเมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย การเจ็บป่วย ก็พร้อมที่จะไปพบแพทย์และรับการรักษา ส่วนที่เป็นแรงกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากคนอื่น หรือสื่อมวลชน การกระตุ้นเตือนจากแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเจ็บป่วยของคนในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน บทความในหนังสือพิมพ์

สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้อุบัติการณ์การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพ

จากการศึกษาของฮาฟเนอร์ และเคิร์ชท์ (Halfner & Kirscht. 1970 :483) พบว่า สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการเมือง และอันตรายต่างๆ ที่เกิดจากโรคเพิ่มมากขึ้น และรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหรือการป้องกัน จะทำให้ความเชื่อของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลให้มีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น

5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. 2534 : 32) ได้แก่

5.1 ปัจจัยทางด้านประชากร แฮร์ริสและกูเทน (Harris and Guten) พบว่าในการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยนั้น ปัจจัยทางด้านประชากรเป็นสิ่งสำคัญ (Brown and McGrudy. 1986 : 317) ดังผลการศึกษา ดังนี้

5.1.1 เพศ จากการศึกษารื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัว ตลอดจนทัศนคติต่อการเจ็บป่วย และเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีกว่าเพศชาย (Anderson, & Naris. 1972 : 352) โดยพบว่า เพศหญิงมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย แต่มีความเจ็บป่วยและไปรับการตรวจรักษามากกว่าเพศชายทุกช่วงอายุ (Cockerhan. 1982 : 70) แต่ ดิกสัน (Dixen) พบว่า เพศหญิงมักจะมีส่วนร่วมในการรักษา (Davis. 1968 : 274)

5.1.2 อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เบคเกอร์ (Becker. 1974 : 88) พบว่า ความไม่ร่วมมือตามแผนการรักษา มักจะพบได้ในบุคคลที่อายุมากๆ และอายุน้อยๆ จากการศึกษาของแบล็คเวลล์ (Blackwell. 1973 : 249) พบว่า บุคคลที่เจ็บป่วยอายุน้อยส่วนมากปฏิเสธการรับประทานยาที่มีรสไม่ดีและบุคคลอายุมากที่มีการเจ็บป่วยมักจะหลงลืมหรือไม่สนใจตนเอง และจากการศึกษาของโลเวนสไตน์ และไรน์ชาร์ท (Lowenstein, & Rinchart. 1984 : 2541) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแฮร์ริส และกูเทน (Harris and Guten) พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคมักเพิ่มขึ้นในบุคคลที่มีอายุมากขึ้น (Brown and McGrudy. 1986 : 317)

5.1.3 สถานภาพสมรส ในบุคคลที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนดูแลและให้กำลังใจ แต่กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส

5.1.4 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัย กล่าวได้ว่า การศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้ สามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และการศึกษาช่วยให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม

5.1.5 อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเอื้ออำนวยให้สามารถปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยต่าง ๆ ได้เนื่องจากอาชีพมีส่วนกำหนด เวลา สถานที่ ความสะดวกในการมารับบริการทางการแพทย์ และกลุ่มอาชีพต่างกัน จะมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะและประสบการณ์ต่างกัน

5.1.6 รายได้ เศรษฐฐานะของครอบครัว เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้ดีกว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ นอกจากฐานะทางเศรษฐกิจจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับการศึกษา ถ้าเศรษฐกิจไม่ดีมักจะมีการศึกษาต่ำ ซึ่งมีผลให้ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ มีทัศนคติที่ไม่ดี และมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง

5.1.7 โครงสร้างการรักษา เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ระยะเวลาในการรักษาและระยะเวลาที่เป็นโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษาและผลของความเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายและมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยไม่ถูกต้อง

5.1.8 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ปฏิสัมพันธ์อาจมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้มารับบริการได้ทั้งทางบวกและทางลบ จากการศึกษานี้ของ เดวิส (Davis. 1968 : 274) พบว่า รูปแบบการติดต่อสื่อสารที่ผิดไปจากปกติระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จะมีผลให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา เช่น ความตึงเครียดในการสนทนาซักถามผู้ป่วย ความไม่เป็นกันเองกับผู้ป่วย การใช้คำสั่งหรือการบังคับผู้ป่วย โก้ตเนอร์ (Govldner) (Becker. 1978 : 38) ได้รายงานว่าการที่มารดาของผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นความล้มเหลวของแพทย์ในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งผลที่ได้คือ มารดาผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงการรักษาของแพทย์ และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

ฟรานซิส และคณะ (Francis, et al. 1969 : 535) ศึกษาพบว่า มารดาที่ให้ความร่วมมือในการดูแลบุตรเป็นอย่างดี เป็นเพราะได้รับความพึงพอใจจากการพบแพทย์ รู้สึกว่าแพทย์ให้ความเป็นกันเอง และเข้าใจปัญหาของตน ซึ่งสอดคล้องกับ เบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al. 1974 : 210) พบว่า ความพอใจแพทย์ผู้รักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

5.2 การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ หรือสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ดังกล่าวมาแล้ว ซึ่งเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมสังคม จะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรค

5.3 ปัจจัยทางด้านสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาหรือดูแลพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิด เบคเกอร์และไมแมน (Becker, & Maiman. 1975 : 19) ได้อ้างถึงการศึกษาของแลมเบิร์ต (Lambert) ที่ชี้ให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพเป็นประจำปี ตลอดจนการไปรับภูมิคุ้มกันโรค ส่วน คลิงเกอร์ (Klinger. 1984 : 33) พบว่ากลุ่มสมรสมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษา เช่นเดียวกับรายงานของสุภาภรณ์ ด่วงแพง (2531 : 95) พบว่า การสนับสนุนจากกลุ่มสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง

สมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนใกล้ชิด ให้การช่วยเหลือโดยการให้กำลังใจ การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ให้ความเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการริเริ่ม และกระทำการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

ความพึงพอใจต่อระบบบริการและผู้ให้บริการ

ความพึงพอใจ เป็นสภาวะของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายใดๆ ก็ได้ หรือสภาพสุดท้ายของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จ โดยแรงกระตุ้นของวัตถุประสงค์ของความรู้สึกนั้น (Drever. 1983 : 256-257)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะชักนำหรือส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เพราะความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคนที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้รับบริการไปใช้บริการในสถานที่ให้บริการนั้นๆ และประสบการณ์นั้นได้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่แตกต่างกัน

อเดย์ และแอนเดอร์สัน (Aday, & Anderson. 1981 : 4) ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญพื้นฐาน 6 ประการ เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้รับบริการ กับความพึงพอใจต่อบริการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข คือความพึงพอใจ 6 ประการ ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) แบ่งออกเป็น

1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)

1.2 การได้รับการดูแลรักษาเมื่อมีความต้องการ (Availability or care when need)

1.3 ความสะดวกที่ได้รับในสถานบริการ (Base of Getting to care)

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ (Coordination) แบ่งออกเป็น
 - 2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย (Getting all need at one place)
 - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of doctor for overall health)
 - 2.3 แพทย์มีการติดตามผลการรักษา (Follow – up care)
3. ความพึงพอใจต่ออริยาบถความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอริยาบถท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical information)
 - 4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)
 - 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about treatment) เช่น การปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยและการใช้ยา เป็นต้น
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

การสัมภาษณ์เชิงลึก

ความหมายของการสัมภาษณ์

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการสัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

ชิตชนก เชิงเชาว์ (2539 : 150) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เป็นการเก็บข้อมูลโดยการพบปะพูดคุยกันในลักษณะตัวต่อตัว (Face to face) ระหว่างผู้ถามหรือผู้สัมภาษณ์ (Interviewer) กับผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ให้สัมภาษณ์ (Interviewee)

พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2538 : 104) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่มีลักษณะเหมือนการสอบปากเปล่า ต้องอาศัยการโต้ตอบทางวาจาเป็นหลัก ใช้ได้ดีสำหรับการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความสนใจ ความคิดเห็น และทัศนคติในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลด้านจิตอากรมณ์ และบางโอกาสก็อาจใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความคิดต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลทางด้านพุทธิปัญญาได้ด้วย

สุภางค์ จันทวานิช (2542 : 74) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เป็นวิธีการศึกษาค้นคว้า ใช้กันโดยทั่วไปในแขนงวิชาสังคมศาสตร์ เป็นรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ถามและผู้ตอบ ภายใต้กฎเกณฑ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูล เป็นการสนทนอย่างมีจุดหมายเป็นหลัก

โดยมีลักษณะสำคัญ คือ มีความยืดหยุ่น ผู้สัมภาษณ์มีโอกาสอธิบายขยายความหรือซักถามคำถามเพิ่มเติมติดต่อกัน เพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจจุดประสงค์ของผู้สัมภาษณ์ ทั้งยังสามารถเปลี่ยนสถานการณ์ หรือหาทางวกกลับเมื่อผู้พูดตอบไม่ตรงคำถาม และในขณะที่สัมภาษณ์ สามารถสังเกตพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ตอบได้ ผู้สัมภาษณ์มีโอกาสสังเกตสีหน้าท่าทาง ความรู้สึก ปฏิกริยาที่ซ่อนเร้นไว้ในใจที่แสดงออกมาในขณะที่พูดและไม่พูด

คาร์สัน และแคนเนล (Marshall. 1994 : 80 ; citing Kahn, Cannell. 1957 : 149) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นข้อมูลที่ได้จากวิธีการรวบรวมข้อมูลที่ค่อนข้างกว้างโดยนักวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึกอาจจะเป็นวิธีการที่แปลกกว่าวิธีอื่น ในการศึกษาเป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างก่อน และต่อมาให้ผู้ให้สัมภาษณ์มีอิสระในการตอบสนองต่อคำถาม

ประเภทของการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์แบ่งออกเป็นประเภทต่างๆ แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับว่าจะยึดอะไรเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ดังต่อไปนี้

1. แบ่งตามโครงสร้าง (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 104)

1.1 การสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างแน่นอน (Structured interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดตัวคำถามและคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว คำตอบมักเป็นแบบให้ผู้ตอบเลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งในคำตอบแบบ Check list หรือเป็นแบบให้ผู้ตอบจัดอันดับความสำคัญของคำตอบ แบบ Rating scale การสัมภาษณ์แบบนี้ส่วนใหญ่ใช้ในการสำรวจ เช่น การสำรวจสำมะโนประชากร เป็นต้น

1.2 การสัมภาษณ์ที่ไม่มีโครงสร้างแน่นอน (Unstructured interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่ไม่มีการกำหนดคำตอบไว้แน่นอนตายตัว คำถามที่ใช้และลำดับคำถามจึงเปลี่ยนแปลงยืดหยุ่นได้ ผู้สัมภาษณ์มีอิสระในการดัดแปลงคำถามได้เหมาะสม แต่ก็ให้เป็นไปตามที่ได้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ และผู้ตอบก็มีอิสระในการตอบ การใช้การสัมภาษณ์แบบนี้ ส่วนใหญ่เป็นการสัมภาษณ์ของนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ เป็นต้น

แพทตอน (Marshall. 1994 : 80 ; citing Patton. 1990 : 280-290) กล่าวว่า การสัมภาษณ์ทั่วไปมี 3 ชนิด ได้แก่ การสัมภาษณ์ที่มีการสนทนาแบบไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์ทั่วไป และการสัมภาษณ์ที่เป็นมาตรฐานใช้คำถามปลายเปิด

2. แบ่งตามบทบาทระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2534 : 54)

2.1 การสัมภาษณ์โดยไม่จำกัดคำตอบ (Non-directive interview) วิธีการสัมภาษณ์แบบนี้จะปล่อยให้ผู้ให้สัมภาษณ์พูดไปเรื่อยๆ ตามความพอใจ ผู้สัมภาษณ์ทำตนเป็นผู้ฟังที่ดี ถามนำเพียงประโยคสองประโยคเท่านั้น นอกนั้นก็จดบันทึกคำพูดและแนวคิดต่างๆ ไว้

ปล่อยให้พูดไปเรื่อยจนกว่าจะครอบคลุมครบถ้วนตามที่ต้องการ หรือผู้ให้สัมภาษณ์หมดข้อมูลที่จะให้แล้ว การสัมภาษณ์ในลักษณะนี้ เมื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมด มาวิเคราะห์และประมวลกัน แล้วอาจจะทำให้สามารถอธิบายปัญหาในการวิจัยได้

2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) วิธีการสัมภาษณ์แบบนี้เป็นการถามเจาะลึก เพื่อให้ได้คำตอบอย่างละเอียด อย่างครบถ้วนเท่าที่ผู้ให้สัมภาษณ์รู้ การถามนอกจากจะถามให้อธิบายแล้วจะต้องถามถึงเหตุผลด้วย เพื่อจะได้ใช้ตัดสินว่าข้อความที่ตอบนั้นถูกต้องชัดเจน และเชื่อถือได้เพียงใด เช่น ในการสัมภาษณ์การเลือกเข้ามหาวิทยาลัยของนักเรียน นอกจากจะถามว่าเลือกเข้าคณะหรือสาขาใด วิชาใดบ้างแล้ว จะต้องถามถึงเหตุผลในการเลือก และต้องถามเหตุผลอย่างละเอียด เพื่อจะได้ตัดสินได้ว่า การเลือกเข้ามหาวิทยาลัยของนักเรียนนั้น เลือกตามความถนัดและตามความสามารถของตนหรือไม่ อย่างไร เป็นต้น

2.3 การสัมภาษณ์แบบปฏิบัติการซ้ำ (Multiple session or repeated interview) วิธีการสัมภาษณ์แบบนี้พิจารณาได้ 2 ลักษณะ คือ การสัมภาษณ์ซ้ำในขณะเดียวกัน โดยสัมภาษณ์เรื่องอื่นไปก่อนสักพัก แล้วหวนกลับมาถามเรื่องเดิมอีก เพื่อให้ได้คำตอบที่แน่นอน และสัมภาษณ์ซ้ำโดยเว้นระยะให้ห่างกันแล้วกลับมาสัมภาษณ์ใหม่ ทั้งนี้เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นการติดตามการเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงของบุคคล ในลักษณะนี้ มักใช้กับการวิจัยที่ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

3. แบ่งตามจำนวนผู้ให้สัมภาษณ์ (ชิตชนก เชิงเชาว์. 2539 : 152)

3.1 การสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล (Individual interview) เป็นการสัมภาษณ์โดยมีผู้ให้สัมภาษณ์ครั้งละคนเดียวเท่านั้น เช่น การสัมภาษณ์บุคคลเข้าทำงาน วิธีนี้มีข้อดีซึ่งผู้สัมภาษณ์มีได้มากกว่าหนึ่งคน ได้ช่วยกันตั้งคำถามตรวจสอบคุณลักษณะของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ต้องการทราบได้หลายๆ ด้านในเวลาเดียวกัน แต่ปัญหาของการสัมภาษณ์ประเภทนี้ทำให้ใช้เวลานานมาก อาจทำให้ผู้สัมภาษณ์เกิดความรู้สึกเหนื่อยอ่อนหรือเบื่อหน่าย และการตั้งคำถามและความตั้งใจในการสังเกตจะเปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนผู้ให้สัมภาษณ์ที่มีจำนวนมาก ดังนั้นการสัมภาษณ์วิธีนี้จึงไม่เหมาะในกรณีซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์มีจำนวนมาก ในขณะที่เวลาในการสัมภาษณ์มีจำกัด

3.2 การสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม (Grouped interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่มีผู้ให้สัมภาษณ์หลายคนหรือมีการรวมกลุ่มเล็กๆ ปัญหาของวิธีการสัมภาษณ์แบบนี้ คือ บางครั้งผู้ให้สัมภาษณ์มักเกรงใจซึ่งกันและกัน ทำให้ไม่กล้าพูดความจริงออกมาทั้งหมด ดังนั้น จึงไม่เหมาะที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลประเภทที่เป็นความลับส่วนตัว หรือข้อมูลซึ่งอาจทำให้เกิดความบาดหมางใจกันระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์ได้ ข้อดีคือช่วยให้ผู้สัมภาษณ์ประหยัดเวลาและการลงทุน ทำให้ทราบแบบแผนโครงสร้างของระบบสังคมจากการระดมความคิดที่เป็นประโยชน์ภายในกลุ่ม

หลักในการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ที่ดี ควรมีหลักเกณฑ์ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 104)

1. การสัมภาษณ์ต้องมีจุดมุ่งหมายแน่นอน ผู้สัมภาษณ์ต้องทราบแน่นอนว่าการสัมภาษณ์ครั้งนี้ๆ ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องใดบ้าง
2. ผู้สัมภาษณ์ต้องเตรียมคำถามไว้ล่วงหน้า และเรียงลำดับคำถามไว้อย่างเป็นระบบระเบียบ ไม่ให้เกิดความสับสน
3. ควรมีการฝึกหรือทดลองสัมภาษณ์ก่อนที่จะสัมภาษณ์จริง เพื่อให้เกิดความชำนาญ
4. ในการสัมภาษณ์ต้องมีการสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ผู้ถูกสัมภาษณ์จะรู้สึกสบายใจ และให้ข้อมูลตามความเป็นจริงมากที่สุด
5. ผู้สัมภาษณ์ต้องมีพื้นความรู้เรื่องที่จะสัมภาษณ์เป็นอย่างดี ซึ่งจะทำให้การสนทนาเป็นที่เข้าใจกัน สามารถแปลและสรุปคำได้ถูกต้อง
6. ผู้สัมภาษณ์ควรใช้วาจาสุภาพ ชัดเจน เข้าใจง่าย
7. การสัมภาษณ์ที่ดีต้องการช่วยหรือเร่งใจให้ผู้ถูกสัมภาษณ์อยากให้คำตอบ อยากแสดงความคิดเห็นโดยไม่มีการแนะนำคำตอบ
8. การสัมภาษณ์ต้องมีการจดบันทึกผลการสัมภาษณ์ การจดบันทึกต้องกระทำอย่างรอบคอบ ระมัดระวังให้เกิดการคลาดเคลื่อน อาจใช้เครื่องมืออื่นช่วย เช่น เทป โดยต้องขออนุญาตผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วย
9. ผู้สัมภาษณ์ต้องมีมารยาทดีในการสัมภาษณ์ อย่าให้ผู้ถูกสัมภาษณ์คิดว่าคำตอบไม่ได้รับความสนใจ

คุณลักษณะของผู้สัมภาษณ์

คุณลักษณะของผู้สัมภาษณ์ที่จะให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้นั้น ควรประกอบด้วยคุณลักษณะ 6 ประการ ดังต่อไปนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2534 : 56 ; อ้างอิงจาก Moser, & Kalton. 1977 : 285-286)

1. ความซื่อสัตย์ ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความซื่อสัตย์ มีความละเอียดใจที่จะบันทึกข้อความที่ไม่จริงหรือไม่ตรงกับที่สัมภาษณ์ รวมทั้งไม่บันทึกข้อความหรือผลสัมภาษณ์เสียเองโดยไม่ได้สัมภาษณ์
2. ความสนใจ ผู้สัมภาษณ์ควรมีความสนใจใคร่รู้ในเรื่องที่สัมภาษณ์ และเห็นคุณค่าของสิ่งที่ไปสัมภาษณ์
3. ความสามารถในการบันทึก ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความสามารถและฉับไวที่จะบันทึกผลการสัมภาษณ์ได้อย่างถูกต้องและชัดเจน

4. ความสามารถในการปรับตัว ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ได้อย่างรวดเร็ว

5. บุคลิกภาพและอารมณ์ ลักษณะท่าทีและอารมณ์ของผู้สัมภาษณ์ มีผลอย่างมากต่อการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ต้องไม่แสดงท่าทีที่ก้าวร้าวหรืออารมณ์ฉุนเฉียวต่อให้สัมภาษณ์

6. สติปัญญาและการศึกษา ผู้สัมภาษณ์ควรมีสติปัญญาเฉียบไวและมีการศึกษาสูงพอสมควร ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจคำสั่งและตั้งคำถามได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งจับใจความของการตอบได้อย่างถูกต้องด้วย

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการใช้การสนทนามากกว่ารูปแบบที่เป็นการ นักวิจัยเปิดการสัมภาษณ์ในหัวข้อทั่วไป เพื่อช่วยตรวจสอบความหมายของภาพที่เห็น กรอบแนวคิด และการตอบสนองของผู้ให้สัมภาษณ์ในความเป็นจริงของการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น สิ่งที่น่าสนใจของผู้ให้สัมภาษณ์จะคลี่คลายโดยผู้ให้สัมภาษณ์ ไม่ใช่จากมุมมองของผู้วิจัย และสิ่งที่สำคัญก็คือการยอมรับทัศนคติของผู้ให้สัมภาษณ์เป็นสิ่งที่มีความค่าและมีประโยชน์ รวมทั้งมีจรรยาบรรณด้วย (Marshall. 1994 : 80)

ก่อนจะเริ่มทำการสัมภาษณ์ ควรมีการเตรียมการสัมภาษณ์ก่อน โดยเฉพาะการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ มีขั้นตอนการเตรียมการสัมภาษณ์ ดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช. 2542 : 82)

1. ควรเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไปสัมภาษณ์ คือใคร มีจำนวนเท่าไร
2. เตรียมงานขั้นต้นเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รายชื่อ ที่อยู่ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทุกคน
3. วางแผนการสัมภาษณ์ โดยเตรียมคำถามไว้ล่วงหน้า กำหนดเวลาในการสัมภาษณ์ให้เหมาะสม
4. ซ้อมสัมภาษณ์บุคคลอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างก่อน เพื่อจะได้แก้ไขคำถามให้สมบูรณ์ถูกต้อง ควรมีตัวอย่างคำถามหลายๆ อัน ไว้ใช้สลับเปลี่ยนกันตามความเหมาะสม
5. เตรียมอุปกรณ์จัดบันทึกให้เหมาะสมกับสถานการณ์
6. ติดต่อกับผู้ถูกสัมภาษณ์โดยนัดหมายเวลาไว้ล่วงหน้า

ในการสัมภาษณ์เชิงลึก สิ่งที่เป็นที่สาคคือ การทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองที่สุด และมีความยินดีที่จะให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ นั่นคือ ผู้สัมภาษณ์จะต้องแสดงความเป็นมิตร ความจริงใจกับผู้ถูกสัมภาษณ์ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลังจากนั้นจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ (บุญธรรม กิจปรดาบริสุทธิ์. 2534 : 58-60)

1. แนะนำตัวเองและวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ เมื่อเข้าไปสัมภาษณ์ต้องแนะนำตัวเองว่าเป็นใคร มาจากไหน มาทำไม มีจุดมุ่งหมายและขอบเขตของการสัมภาษณ์อย่างไร ให้

ความสำคัญกับผู้ให้สัมภาษณ์และให้ความมั่นใจว่า สิ่งที่ให้สัมภาษณ์ไปจะถือเป็นความลับ จะนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยนี้เท่านั้น จะไม่นำไปใช้อย่างอื่นหรือเปิดเผยให้ผู้อื่นรู้อย่างเด็ดขาด

2. เริ่มการสัมภาษณ์ ด้วยการพูดคุยซักถามตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ และปฏิบัติดังนี้

- 2.1 สัมภาษณ์ทีละคำถาม
- 2.2 ควรเริ่มจากคำถามง่ายๆ
- 2.3 พยายามให้ผู้ให้สัมภาษณ์พูดมากกว่านั่งเฉย
- 2.4 ใช้ภาษาสุภาพ น่ารัก ไม่ข่มขู่ ด้วยน้ำเสียงและท่าทาง
- 2.5 ถามด้วยภาษาง่ายๆ พูดคุยตามสบาย แต่ไม่ควรใช้คำถามนำ
- 2.6 ทบทวนคำถาม ถ้าจำเป็น
- 2.7 พยายามทะลอมให้ตอบตรงประเด็น เน้นจุดสำคัญ
- 2.8 คำถามบางอย่างอาจได้คำตอบจากการสังเกตหรือคำถามอื่นก็ไม่จำเป็นต้อง

ถามอีก

2.9 ถ้าการสัมภาษณ์ใช้เวลานาน ต้องหาทางผ่อนคลายความตึงเครียดหรือให้มีการเปลี่ยนอิริยาบถ อาจใช้คำถามเบาๆ หรือคำถามนอกเรื่องมาพูดคุยกันก็ได้

2.10 ในขณะที่พูดคุยกัน ผู้สัมภาษณ์ต้องไม่แสดงอาการ หรือท่าทีเบื่อหน่ายต่อการสัมภาษณ์หรือต่อตัวผู้ให้สัมภาษณ์

2.11 พังคำตอบจากผู้ให้สัมภาษณ์ด้วยความตั้งใจ เพื่อให้ได้คำตอบที่ถูกต้อง

2.12 ให้เวลาผู้ให้สัมภาษณ์ในการตอบคำถามอย่างเพียงพอ แต่ก็ไม่ปล่อยให้การสัมภาษณ์หยุดชะงัก

2.13 ใช้กลวิธีและทักษะในการควบคุมไม่ให้การสัมภาษณ์ตอบออกนอกเรื่อง

2.14 หลีกเลี่ยงคำถามที่จะกระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของผู้ให้สัมภาษณ์

2.15 ไม่ใช่การพูดที่แสดงว่าเป็นการสอนผู้ให้สัมภาษณ์

3. การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการถามเจาะลึกเพื่อให้ได้คำตอบอย่างละเอียด การถามนอกจากจะถามให้อธิบายแล้ว จะต้องถามถึงเหตุผลหรือสาเหตุด้วย โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา หรือวิธีการอื่นๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับกลยุทธ์ของผู้วิจัย

4. การบันทึกผล ควรปฏิบัติดังนี้

4.1 บันทึกผลทันที อาจบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์หรือหลังการสัมภาษณ์เสร็จใหม่ๆ ไม่ควรทิ้งไว้นาน เพราะอาจหลงลืมหรือคลาดเคลื่อนได้

4.2 ถ้าคำถามเป็นแบบฟอร์มให้บันทึกคำตอบตามแบบฟอร์มนั้น เช่น เป็นแบบสัมภาษณ์ก็ควรบันทึกตามแบบสัมภาษณ์นั้น

4.3 ถ้าคำถามเป็นแบบเปิด อาจบันทึกถ้อยคำเดิมของผู้ให้สัมภาษณ์ไว้ทั้งหมด แต่ถ้าคำตอบยาวมาก ควรบันทึกเฉพาะเนื้อหาสาระที่ต้องการ และใช้ภาษาที่ชัดเจน ไม่คลุมเครือ

4.4 ควรบันทึกตามความจริง อย่ามีอคติ หรือใส่ความเห็นของตนเข้าไป

4.5 อย่าเว้นคำถามให้ว่างไว้โดยไม่มีการบันทึก ถ้าไม่มีคำตอบต้องบันทึกไปว่าเพราะเหตุใด

4.6 ข้อความในบันทึกควรประกอบด้วย ชื่อและที่อยู่ของผู้ให้สัมภาษณ์ วันเดือนปีที่สัมภาษณ์ ผลการสัมภาษณ์ ซึ่งจะต้องจดบันทึกทั้งคำถาม คำตอบ รวมทั้งข้อสังเกตที่ได้ขณะสัมภาษณ์ และข้อเสนอแนะของผู้สัมภาษณ์ด้วยว่ามีอย่างไรบ้าง และสุดท้ายมีการสรุปผลการสัมภาษณ์

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการบันทึกผล แบบทำการจดบันทึกขณะสัมภาษณ์

5. ขั้นตอนการสัมภาษณ์ การปิดการสัมภาษณ์เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการสัมภาษณ์ ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากขั้นหนึ่ง ผู้สัมภาษณ์ควรปฏิบัติดังนี้

5.1 ทบทวนความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูลที่ได้ ผู้สัมภาษณ์อาจจะทบทวนก่อนปิดการสัมภาษณ์ได้โดยการทบทวนคำถามให้แน่ใจว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ตอบเช่นนั้นจริงๆ เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

5.2 กล่าวขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์ที่ให้ความร่วมมือ และย้ำว่าความสำเร็จของการได้ข้อมูลนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับผู้ให้สัมภาษณ์ ซึ่งทำให้ผู้สัมภาษณ์มีความภูมิใจและสบายใจเมื่อเราจากไป สิ่งนี้สำคัญมาก เพราะทำให้ผู้สัมภาษณ์มีความรู้สึกที่ดีต่อการสัมภาษณ์ แม้ว่าเขาอาจจะไม่มีโอกาสให้สัมภาษณ์อีกเลยก็ตาม แต่ถ้าเราจำเป็นต้องกลับไปอีกหรือไปยังผู้ให้สัมภาษณ์รายอื่นๆ ที่ใกล้เคียงกัน ก็จะได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา มาเป็นเทคนิคพื้นฐานในการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเทคนิคในการให้คำปรึกษานอกจากจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้การสัมภาษณ์บรรลุถึงเป้าหมายแล้วยังจะช่วยให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์ ซึ่งมีผลสะท้อนให้กระบวนการของการสัมภาษณ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการทำความเข้าใจ และฝึกฝนเทคนิคดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็น

เทคนิคในการให้คำปรึกษาที่สำคัญมีดังนี้ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. 2525 : 14)

1. การเริ่มต้นให้คำปรึกษา (Opening the interview) การเริ่มต้นให้คำปรึกษาจำเป็นต้องอาศัยทักษะในการนำ หรือเริ่มสนทนา (Leading skill) บรรยากาศของการเริ่มต้นการให้ คำปรึกษาควรมีความอบอุ่นและเป็นกันเอง ถ้าผู้รับคำปรึกษารู้สึกตื่นเต้นหรือลำบากใจ

ในการแสดงออก ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องพยายามหาทางช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกสบายใจ โดยใช้ประโยคเหล่านี้เป็นการเริ่มต้น เช่น

ผู้ให้คำปรึกษา : คุณรู้สึกอย่างไรบ้างวันนี้ มีอะไรที่อดใจบ้างไหม

ผู้ให้คำปรึกษา : วันนี้เราจะคุยเรื่องอะไรกันดี

ผู้ให้คำปรึกษา : มีอะไรที่คิดว่าคุณจะช่วยเหลือได้บ้างไหม

1.1 การนำให้เข้าสู่การสนทนาโดยตรง (Direct leading) เป็นการกระตุ้นให้การสนทนาดำเนินต่อไป อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ขยายความถึงเรื่องราวที่กำลังสนทนาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงเรื่องราวที่ตนเองกำลังพูดถึงให้แจ่มชัดขึ้น ตัวอย่างเช่น

ผู้ให้คำปรึกษา : คุณลองเล่าเพิ่มเติมอีกหน่อยสิ เกี่ยวกับเพื่อนสนิทคนหนึ่งของคุณ

ผู้ให้คำปรึกษา : คุณลองยกตัวอย่างเกี่ยวกับเรื่องนี้ให้ชัดเจนอีกหน่อยสิคะ

ผู้ให้คำปรึกษา : คุณลองเล่าถึงความขัดแย้งระหว่างคุณกับเพื่อนในกลุ่มเพิ่มเติมให้ฟังอีกหน่อยสิคะ

1.2 การนำสนทนาให้เข้าประเด็น (Focusing) บางครั้งผู้รับคำปรึกษาอาจเกิดความสับสนในเรื่องที่กำลังสนทนากัน โดยเฉพาะในตอนต้นของการสนทนาเกี่ยวกับปัญหาของผู้รับคำปรึกษา เทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบถึงประเด็นที่กำลังคุยกันได้แน่ชัด อันเป็นการช่วยให้ได้มองถึงปัญหานั้นอย่างเจาะจงลงไปอีกด้วย เช่น

ผู้ให้คำปรึกษา : คุณรู้สึกอย่างไรกับเรื่องที่คุยกันอยู่นี้

ผู้ให้คำปรึกษา : เราได้คุยกันมาหลายเรื่องแล้ว มีเรื่องไหนที่คุณอยากคุยที่สุด

ผู้ให้คำปรึกษา : ลองบอกถึงความรู้สึกของคุณให้ชัดเจนอีกครั้งสิว่าคุณมีความรู้สึกอย่างไร กับอาจารย์ประจำชั้นของคุณ

2. การตั้งคำถาม (Questioning) ผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้คำถามเพื่อให้ข้อมูลในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติม เช่น ภูมิหลัง ความสนใจ จุดดี จุดอ่อนของผู้รับคำปรึกษา เพื่อที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีโอกาสเข้าใจถึงปัญหาและตัวผู้รับคำปรึกษาได้ดียิ่งขึ้น คำถามที่ดีจะเป็นคำถามที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงปัญหาตลอดจนถึงอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง คำถามที่จะนำไปสู่คำตอบว่า “ใช่-ไม่ใช่” “จริง-ไม่จริง” เป็นคำถามที่จะตัดการพูดคุย หรือการบอกเล่าอย่างละเอียดจากปากของผู้รับคำปรึกษา เช่น “เธอไม่เห็นด้วยกับเรื่องที่เกิดขึ้นนี้ใช่ไหม” แต่ควรจะเปลี่ยนเป็น

ผู้ให้คำปรึกษา : ลองเล่าถึงสาเหตุของเรื่องที่เกิดขึ้นนี้ให้ฟังหน่อยสิคะ

ผู้ให้คำปรึกษา : เธอมีความรู้สึกอย่างไรกับเรื่องที่เกิดขึ้นนี้

ผู้ให้คำปรึกษา : อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเรื่องนี้

ผู้ให้คำปรึกษา : อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เธอรู้สึกเช่นนี้

3. การสอบซัก (Probing) เป็นการป้อนคำถามตรงๆ หลายๆ คำถามติดต่อกัน เพื่อดึงเอาคำตอบจากผู้รับปรึกษาออกมา กลวิธีการสอบซักนี้ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรใช้บ่อยนัก เพราะเป็นการรีบเร่งขวนขวายในการให้คำปรึกษา โดยการสอบซักให้ได้คำตอบมาเร็วเกินกว่าที่ผู้รับคำปรึกษาจะพร้อมที่จะพูดถึงปัญหาของเขา ซึ่งจะทำให้เกิดความล้มเหลวในการให้คำปรึกษา วิธีการสอบซักอาจใช้ได้ผลเมื่อผู้รับคำปรึกษาพยายามหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึงจุดสำคัญของปัญหายู่ตลอดเวลา แต่ขณะที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้กลวิธีนี้ควรจะสังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา ถ้าหากเกิดการต่อต้านก็ควรจะหยุดใช้ทันที เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : เราเคยมีความสัมพันธ์กัน

ผู้ให้คำปรึกษา : มีความสัมพันธ์ลึกซึ้งขนาดไหน หรือ

ผู้ให้คำปรึกษา : ลองเล่าถึงเพื่อนสนิทให้ฟังหน่อยสิคะ

ผู้รับคำปรึกษา : เพื่อนสนิทของผมมีน้อยมากครับ

ผู้ให้คำปรึกษา : มีกี่คน

4. การเงียบ (Silence) การเงียบเป็นเทคนิคหนึ่ง ใช้ภายหลังจากที่ผู้ให้คำปรึกษาป้อนคำถามให้แก่ผู้รับคำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษากำลังคิดว่าจะตอบปัญหานั้นหรือไม่ หรือจะตอบปัญหานั้นอย่างไรดี การใช้เทคนิคการเงียบ เพื่อคอยฟังคำตอบจากผู้รับคำปรึกษานั้นอาจสร้างความอึดอัดใจแก่ผู้ให้คำปรึกษาที่เริ่มฝึกหัดเพราะขาดประสบการณ์ เมื่อผู้รับคำปรึกษาไม่พูด จึงมักจะรีบพูดเสียเอง ซึ่งทำให้ความคิดของผู้รับคำปรึกษาหยุดชะงักลง เมื่อผู้รับคำปรึกษาหนึ่งเงียบ ผู้ให้คำปรึกษาจะแสดงก็เพียงแค่ แสดงความสนใจและให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่าเราตั้งใจรอฟังเรื่องราวอยู่ ซึ่งอาจกินเวลานาน 2-3 นาที แต่ถ้าเห็นว่าผู้รับคำปรึกษาหนึ่งเงียบนานเกินไปก็อาจพูดขึ้นว่า

ผู้ให้คำปรึกษา : บางครั้งเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับเรานั้น มันยากที่จะบรรยายออกมาเป็นคำพูด

ผู้ให้คำปรึกษา : คุณรู้สึกอย่างไร ก็พูดออกมาอย่างนั้นก็ได้

ผู้ให้คำปรึกษา : เธอคงกำลังคิดอยู่ว่าจะพูดออกมาอย่างไร ค่อยๆ คิดก็ได้
เมื่อคิดได้ แล้วค่อยพูดออกมา ดิฉันจะคอยฟังคุณพูด

5. การทบทวนประโยค (Paraphrasing) หมายถึง การพูดซ้ำประโยคที่ผู้รับคำปรึกษาพูดมา แต่ใช้ถ้อยคำน้อยลง ขณะเดียวกันก็ยังคงความหมายเดิมอยู่ จุดประสงค์ของการทบทวนประโยคก็เพื่อจะบอกให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจเรื่องราวที่ผู้รับคำปรึกษาพูดออกมา และยังคงติดตามรับฟังเรื่องราวของผู้รับคำปรึกษาอยู่ เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : ผมไม่เข้าใจคุณพ่อของผมจริง ๆ บางทีตอนเช้าบอกให้ทำอย่างหนึ่ง แต่พอตอนเย็นกลับบอกให้ทำอย่างหนึ่ง

ผู้ให้คำปรึกษา : ท่านทำให้คุณสับสนสินะ

ผู้รับคำปรึกษา : ครับ มากที่สุดเลยครับ

ในระหว่างการให้คำปรึกษา บางครั้งผู้รับคำปรึกษาอาจไม่ปรารถนาที่จะพูดถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นออกมาตรงๆ แต่จะพูดออกมาในประโยคที่กำกวม ผู้ให้คำปรึกษาอาจหยิบยกเอาความหมายที่แฝงอยู่ออกมาแสดงให้ชัดเจน ด้วยการทบทวนประโยคดังกล่าวใหม่ เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : ผมรักและนับถือคุณอาของผมคนหนึ่งที่ผมมาอาศัยอยู่ด้วย
ท่านให้ความช่วยเหลือผลอย่างสม่ำเสมอ แม้แต่กระทั่งเรื่อง
การเงิน เขาก็ให้ผมไว้ใช้จ่ายขณะเดียวกัน ท่านก็คอย
เข้มงวดกวดขันการเรียนของผมอยู่เสมอ แต่ท่านก็บอกว่า
ท่านปรารถนาดีต่อผม ผมเลยไม่รู้จะทำอย่างไร

ผู้ให้คำปรึกษา : คุณชื่นชมในความช่วยเหลือของท่าน แต่ดิฉันพอจะจับ
ความรู้สึกของคุณได้ว่า คุณรู้สึกรำคาญในความเอาใจใส่
ที่มากเกินไปของท่าน

ผู้รับคำปรึกษา : คงเป็นอย่างนั้นครับ เพราะผมรู้สึกสับสนในตัวท่านจริงๆ
หรือ

ผู้รับคำปรึกษา : เมื่อคืนผมไปงานวันเกิดของเพื่อนร่วมงานที่บริษัท ผมดื่มจัด
แล้ว ผมก็ร้องไห้ออกมาครวญครางเหมือนเด็ก ผมรู้สึก
ละลายใจตนเองเหลือเกิน

ผู้ให้คำปรึกษา : คุณดื่มมากจนกระทั่งร้องไห้ และคุณรู้สึกละลายใจเมื่อได้พูด
ถึงมัน

6. การสรุป (Summarizing) ในระหว่างการให้คำปรึกษาผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาอาจสนทนากันหลายๆ เรื่องพร้อมๆ กัน และอาจเกิดความสับสน ดังนั้นการใช้ทักษะในการสรุปก็คือ การพยายามรวบรวมสิ่งที่ได้พูดคุยกันมาแล้ว เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : จากเรื่องที่คุณพูดมาเกี่ยวกับครอบครัวของคุณ ความสัมพันธ์
กับเพื่อนในชั้น และการเรียนของคุณนั้น ดูเหมือนคุณจะ
ประสบความสำเร็จในเรื่องราวเหล่านี้

การสรุปจะช่วยให้คู่สนทนาเข้าใจถึงเรื่องราวที่กำลังสนทนากันได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจความคิดหรือความรู้สึกของตนเอง หรืออาจนำไปสู่การสนทนาในเรื่องอื่นต่อไป

7. การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting of feeling) เป็นการนำเอาข้อความและคำพูดของผู้รับคำปรึกษามาตีความหมายและพูดออกมาในเชิงของความรู้สึกที่แฝงอยู่ในเนื้อหานั้น โดยผู้ให้คำปรึกษาอาจถอดข้อความและจัดคำพูดนั้นใหม่ โดยพยายามเน้นถึงความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษามากกว่าทางด้านคำพูด ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับรู้และเข้าใจถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงความรู้สึกของตนเองแล้ว จะช่วยให้การให้คำปรึกษาดำเนินไปอย่างราบรื่นและตรงเป้าหมาย การสะท้อนความรู้สึกเป็นเทคนิคที่

ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญกับความรู้สึกของตนเอง และสามารถแสดงความรู้สึกของตนเองออกมาด้วยวาจา โดยปราศจากความวิตกกังวล เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : วิชาคณิตศาสตร์เป็นวิชาที่ผมรักและสนใจมาก และเคยทำคะแนนได้สูงกว่าวิชาอื่น แต่ผมก็อดกลัวไม่ได้เมื่อถึงเวลาสอบ

ผู้ให้คำปรึกษา : เธอรู้สึกขาดความมั่นใจในเวลาสอบแม้ว่าจะเป็นวิชาที่เธอถนัด หรือ

ผู้รับคำปรึกษา : เมื่อคืนผมไปงานวันเกิดของเพื่อนร่วมงานที่บริษัท ผมดื่มจัดแล้วผมก็ร้องไห้ออกมาครวญครางเหมือนเด็ก ผมรู้สึกละอายใจตนเองเหลือเกิน

ผู้ให้คำปรึกษา : คุณรู้สึกอดสูใจเกี่ยวกับเหตุการณ์เมื่อคืนนี้

8. การตีความ (Interpreting) ในระหว่างการให้คำปรึกษาผู้รับคำปรึกษาอาจกล่าวถึงเรื่องราวบางสิ่งที่มีความหมายสืบเนื่องมาจากเรื่องราวที่ได้เคยกล่าวมาแล้ว และในขณะนั้นผู้ให้คำปรึกษาอาจมองเห็นความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเก่า จึงใช้วิธีการตีความเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นความเกี่ยวข้องของปัญหาและยอมรับในปัญหานั้น หรืออาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่าการตีความเป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายความหมายของเหตุการณ์ให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจปัญหาของตนเองในด้านอื่นที่อาจยังไม่ได้มองมาก่อน ซึ่งต่างกับการทบทวนประโยค (Paraphrasing) ในแง่ที่ว่า การตีความหมายนั้น ผู้ให้คำปรึกษาได้เสนอ Frame of reference ใหม่ ให้ผู้รับคำปรึกษาได้พิจารณาปัญหาของตนเอง การตีความจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงปัญหาของตนเองให้กว้างขวางยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น

ผู้รับคำปรึกษา : เมื่อคืนผมไปงานวันเกิดของเพื่อนร่วมงานที่บริษัท ผมดื่มจัดแล้ว ผมก็ร้องไห้ออกมาครวญครางเหมือนเด็ก ผมรู้สึกละอายใจตนเองเหลือเกิน

ผู้ให้คำปรึกษา : คุณรู้สึกละอายใจที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในคืนนั้น

9. การแนะ (Suggesting) เป็นเทคนิคในการเสนอความคิด หรือวิธีการแก้ไขปัญหาแบบอ้อมๆ เพื่อจูงใจให้ผู้รับคำปรึกษาคิดแก้ไขปัญหา หรือรับเอาวิธีนั้นไว้ใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาลงไป เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : ผมเรียนวิชาคณิตศาสตร์ไม่ค่อยจะเข้าใจเลย ไม่ทราบว่าจะแก้ไขอย่างไรดี

ผู้ให้คำปรึกษา : เธอคงเคยคิดจะจัดกลุ่มตัววิชานี้กันแล้วสินะ

10. การแสดงความเห็นชอบ (Approval) เป็นเทคนิคหนึ่งที่จะให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษา ที่จะดำเนินวิธีการแก้ไขปัญหาลงไป ผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้คำพูด หรือกิริยาท่าทางที่จะแสดงให้ผู้รับคำปรึกษา ได้รับรู้ว่าผู้ให้คำปรึกษาเห็นชอบด้วยกับวิธีการของผู้รับคำปรึกษา เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : ผมจะนำเรื่องนี้ไปปรึกษากับอาจารย์ประจำชั้นอีกครั้งหนึ่ง
 ผู้ให้คำปรึกษา : เป็นความคิดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับเธอในขณะนี้

11. การให้ความมั่นใจ (Assurance) เมื่อผู้รับคำปรึกษาแสดงทัศนะ หรือโครงการต่อผู้ให้คำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษามั่นใจว่าทัศนะ หรือโครงการนั้นถูกต้อง และได้ผลดีจริง ผู้ให้คำปรึกษาจะแสดงออกเพื่อเป็นการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับคำปรึกษา เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : ผมรู้สึกเป็นกังวลกับคะแนนเฉลี่ยสะสมมากจนเกินไป ทั้งๆ ที่ผมได้คะแนนเฉลี่ย 2.9

ผู้ให้คำปรึกษา : นั่นสิโดยทั่วไปแล้ว ก็ไม่เห็นมีอะไรวิตกมากนัก

12. การเผชิญหน้า (Confrontation) การเผชิญหน้าเป็นเทคนิคหนึ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาจะบอกความรู้สึก และความคิดเห็นของตนเองต่อผู้รับคำปรึกษาโดยตรงไปตรงมา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนพฤติกรรมของตนเอง ให้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น

ผู้รับคำปรึกษา : ผมพยายามทำดีกับเพื่อนในชั้นทุกคน แต่ก็ยังมีบางคนที่ไม่ชอบหน้าผม ทำให้ผมรู้สึกผิดหวังมาก

ผู้ให้คำปรึกษา : มีใครบ้างไหมในโลกนี้ ที่สามารถทำให้คนรอบข้างเราทุกคนรักเราด้วยความจริงใจ

สำหรับผู้ให้คำปรึกษาที่เริ่มฝึกหัด ควรระมัดระวังต่อการใช้เทคนิคการเผชิญหน้า เพราะอาจทำให้ทั้งสองฝ่ายเกิดอารมณ์ และระคายเคืองต่อความรู้สึกขึ้นมา ซึ่งจะกระเทือนถึงสายสัมพันธ์ (Rapport) อันดีที่เคยมีต่อกันเมื่อแรกเริ่มให้คำปรึกษาได้

13. การท้าทาย (Challenge) เป็นเทคนิคอีกชนิดหนึ่งที่จะกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาต้องใช้ความตั้งใจมากขึ้นในการแก้ไขปัญหา แต่ในเวลาเดียวกันกลวิธีดังกล่าวก็อาจสร้างความกังวลใจแก่ผู้รับคำปรึกษาเพิ่มขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น

ผู้รับคำปรึกษา : เทอมนี้ผมจะต้องพยายามทำให้ได้ A ลัก 4 วิชา

ผู้ให้คำปรึกษา : เธอแน่ใจว่าจะทำได้หรือ

ผู้รับคำปรึกษา : ผมคิดว่าได้ครับ ถ้าผมขยันมากกว่านี้สักหน่อย

14. การไม่ยอมรับ (Rejection) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้เมื่อเห็นว่า ผู้รับคำปรึกษาแสดงความคิดเห็นที่ผิดไปจากความเป็นจริง หรือแสดงออกถึงความคิดที่เพ้อฝันมากเกินไป ผู้ให้คำปรึกษาจะแสดงการไม่ยอมรับเพื่อดึงให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงแนวความคิดใหม่ ตัวอย่างเช่น

ผู้รับคำปรึกษา : ผมอาจทำเกรดได้ 3.00 ในเทอมนี้ (ทั้งๆ ที่คะแนนเฉลี่ย 2 ปีที่ผ่านมาได้เพียง 1.7)

ผู้ให้คำปรึกษา : ผมไม่คิดว่าคุณจะได้

กลวิธีการไม่ยอมรับนี้ ผู้ให้คำปรึกษาที่เริ่มฝึกหัด ไม่ควรใช้กลวิธีดังกล่าวนี้ เพราะอาจทำให้ผู้รับคำปรึกษาไม่ยอมรับผู้ให้คำปรึกษาได้ เมื่อผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่าผู้ให้คำปรึกษาไม่ยอมรับเขาก่อน

15. การฟัง (Listening) นับว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ให้คำปรึกษาทุกคน การฟังเป็นศิลปะที่ต้องอาศัยความอดทนและต้องใช้สมาธิเป็นอย่างมาก เพราะในระหว่างการให้คำปรึกษานั้น ผู้ให้คำปรึกษามีใช้จะรับฟังแต่เพียงเรื่องราวที่ผู้รับคำปรึกษาเล่าออกมาเท่านั้น แต่จะต้องทำความเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาในขณะนั้น พร้อมทั้งร่วมรับอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษาไปด้วย

ในขณะที่ผู้ให้คำปรึกษากำลังฟังผู้รับคำปรึกษาอยู่นั้น ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องแสดงความเอาใจใส่ (Attending) ต่อผู้รับคำปรึกษา ซึ่งอาจแสดงออกได้โดยการสบตา หรือพยักหน้าเล็กน้อยในขณะที่รับฟัง หรือพูดเสริมขึ้นในภายหลังจากผู้รับคำปรึกษาพูดจบ ตัวอย่างเช่น

ผู้ให้คำปรึกษา : อืม! ผมเข้าใจว่าคุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับเรื่องนี้

ลักษณะท่าทางในการนั่งที่โน้มตัวไปข้างหน้าพอสมควรของผู้ให้คำปรึกษา ก็เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่จะแสดงออกถึงความเอาใจใส่ ต่อผู้รับคำปรึกษา ในขณะนั้นอีกด้วย

นอกจากนี้ยังมีเทคนิคบางอย่างที่มีประโยชน์ ได้แก่ (อัมพา โชติกเสถียร. 2523 : 31-45)

16. การให้รายละเอียดหรือข้อสนเทศ (Informing) คือ การให้รายละเอียดหรือข้อสนเทศต่าง ๆ ที่ผู้มารับคำปรึกษาต้องการทราบ และมีความสำคัญต่อปัญหาของเขา โดยมากมักเกี่ยวกับข้อมูลหรือข้อสนเทศที่ผู้มารับคำปรึกษายังขาดอยู่ในขณะนั้น กลวิธีนี้ใช้กันมากในด้านการให้ข้อสนเทศทางการศึกษาและอาชีพ ตัวอย่างเช่น

ผู้รับคำปรึกษา : ผมจะทราบเรื่องกฎเกณฑ์การยืมเงินได้จากไหนครับ

ผู้ให้คำปรึกษา : ไปปรึกษากับอาจารย์ผู้ให้บริการเงินยืมที่สำนักงานแนะแนว

ห้อง 317

17. การสังเกต (Observation) การให้คำปรึกษาจะประสบความสำเร็จได้ดี ต้องใช้การสังเกตร่วมด้วย ทำให้สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้รับคำปรึกษาได้ น้ำเสียง การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง ล้วนมีความหมายสำคัญ

18. การแนะนำ (Advising) คือ กลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำผู้มารับคำปรึกษาทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพื่อช่วยแก้ไขปัญหานั้น ตัวอย่างเช่น

ผู้รับคำปรึกษา : หนูควรจะทำอะไรดี ที่ต้องกลับบ้านเย็นทุกวัน

ผู้ให้คำปรึกษา : เธอควรอธิบายให้ท่านเข้าใจว่า ต้องอยู่ซั่มกี่ชั่วโมงเพื่อเข้าแข่งขันให้กับโรงเรียน

คุณสมบัติที่ดีของข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะต้องนึกถึงคุณสมบัติที่ดีของข้อมูลที่รวบรวม ซึ่งมีดังต่อไปนี้ (รัตนา ศิริพานิช. 2533 : 112)

1. ความเป็นปรนัยของข้อมูล (Objectivity) หมายถึง ข้อมูลนั้นจะต้องได้จากเครื่องมือวัดที่เป็นมาตรฐาน ได้แก่ แบบสอบถามหรือแบบสำรวจประกอบการสัมภาษณ์ จะต้องมีการทดลองใช้ (Pretest) ไม่มีข้อคำถามที่ใช้ภาษากำกวม และควรเรียงลำดับการถามมาเป็นอย่างดี ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ให้สัมภาษณ์เข้าใจคำถามได้ตรงกัน และควรมีการทดลองสัมภาษณ์ก่อนเพื่อให้เกิดความชำนาญ ก่อนที่จะไปเก็บข้อมูลจริง

2. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Reliability) หมายถึง ความไม่เปลี่ยนแปลงของคำตอบไม่ว่าจะถามเมื่อใด ในระยะเวลาใด เช่น ถามนาย ก. ว่าอยากเรียนอะไรต่อในมหาวิทยาลัย ทุกครั้งนาย ก. ตอบได้ตรงกันว่า อยากเรียนคณะศิลปศาสตรมหาวิทาลัยธรรมศาสตร์ แสดงว่านาย ก. มีความคงที่ในการตอบ และคำตอบของนาย ก. เป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ ไม่ใช่ว่าถามครั้งแรกลบตอบว่าอยากเรียนอย่างหนึ่ง ถามอีกครั้งหนึ่งตอบว่าอยากเรียนอีกอย่างหนึ่ง

3. ความเที่ยงของข้อมูล (Validity) หมายถึง ความตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริง เช่น นาย ก. ตอบว่าอยากเรียนต่อในคณะศิลปศาสตร มหาวิทาลัยธรรมศาสตร์ ก็แสดงว่า นาย ก. ชอบจริง ๆ ไม่ใช่เห็นว่าผู้สัมภาษณ์เป็นอาจารย์ในคณะศิลปศาสตร มหาวิทาลัยธรรมศาสตร์ก็ตอบเพื่อเอาใจทุกครั้งที่ถูกถาม ซึ่งจะเห็นว่าการตอบว่าชอบสิ่งนั้นคงเส้นคงวา ไม่ว่าจะถามที่ใด ตอนใด แต่ถ้าไม่ตอบจากใจจริง ก็แสดงว่าข้อมูลจากคำตอบที่ได้ขาดความเที่ยงตรง แต่มีความเชื่อถือได้ เพราะคงเส้นคงวาในการตอบ แต่ไม่ได้ตอบตามความเป็นจริง

ข้อดีและข้อจำกัดของการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 105)

ข้อดี สรุปที่สำคัญได้ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ใช้ได้ดีกับบุคคลทุกประเภท ทุกระดับการศึกษา
2. การสัมภาษณ์มีลักษณะยืดหยุ่นได้มากกว่าการใช้แบบสอบถาม สามารถดัดแปลงแก้ไขข้อคำถาม จนกว่าผู้ตอบจะเข้าใจคำถามได้
3. การสัมภาษณ์ ช่วยให้ผู้สัมภาษณ์สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้ เพราะผู้สัมภาษณ์ทราบได้ว่า ผู้ตอบมีความขัดแย้งในคำตอบแต่ละคำถามหรือไม่ นอกจากนี้ยังทราบว่า ผู้ตอบตอบด้วยความตั้งใจหรือด้วยความจริงใจหรือไม่
4. การวิจัยทางวิทยาศาสตร์ เป็นเรื่องของการแสวงหาความจริงทางด้านพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ จิตใจ ความคิดเห็น และทัศนคติ ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์จึงนับว่าเหมาะสมที่สุด

ข้อเสีย สรุปที่สำคัญได้ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรอบรู้ และความชำนาญของผู้สัมภาษณ์ ดังนั้น หากผู้สัมภาษณ์ขาดคุณสมบัติดังกล่าว ข้อมูลที่ได้ก็ขาดความเชื่อถือ
2. ข้อมูลที่ได้ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ให้สัมภาษณ์ ถ้าผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้ก็ขาดความเชื่อถือ
3. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บางครั้ง ขึ้นอยู่กับความสามารถในการตีความหมายของผู้สัมภาษณ์ ซึ่งอาจตีความหมายผิดทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงตามความเป็นจริง
4. ในการสัมภาษณ์ ถ้ามีสิ่งอื่นๆ มารบกวน เช่น ความเครียด ความเหนื่อย ความวิตกกังวลในบางอย่าง ทำให้ผู้ตอบตอบอย่างไม่เต็มที่ ตอบอย่างเสียไม่ได้ ก็จะทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์และไม่ตรงตามความเป็นจริงได้
5. การสัมภาษณ์ต้องใช้เวลา แรงงาน และเงินจำนวนมาก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

แลงลี (Langlie. 1977 : 244) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคทั้งพฤติกรรมทางอ้อมที่ป้องกันโรคได้ (Indirect risk preventive Health Behaviors) การรัดเข็มขัดขณะขับรถ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การใช้ยา การไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟัน การไปรับภูมิคุ้มกันโรค การไปรับการตรวจเบื้องต้น เพื่อค้นหาโรคต่างๆ และพฤติกรรมทางตรงที่ป้องกันโรคได้ (Direct risk preventive health behaviors) (การขับรถ การเดินถนน การสูบบุหรี่ อนามัยส่วนบุคคล) ได้ทำการศึกษาแบบสำรวจย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 383 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์การปฏิบัติ และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางอ้อมและพฤติกรรมทางตรงที่ป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ถึงโอกาสเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางอ้อมและทางตรงที่ป้องกันโรคได้

สติลแมน (Stillman MJ. 1977 : 121) ได้ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี 122 คน พบว่า สตรีร้อยละ 97 มีคะแนนสูงเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในการลดภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม ร้อยละ 87 มีคะแนนสูงเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 40 มีการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ แต่ร้อยละ 20 มีความเชื่อสูงแต่ไม่ปฏิบัติ ดังนั้น จึงยังไม่อาจสรุปได้ว่าความเชื่อต่างๆ ด้านสุขภาพจะเป็นปัจจัย ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมได้แน่นอน เพราะอาจมีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้อง เช่น การระบิผิดชอบหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติ ตลอดจนการเลี้ยงดูในวัยเด็กหรือความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น

เบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al. 1977 : 348) ได้ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการทำนายความร่วมมือในการควบคุมอาหารในเด็กที่เป็นโรคอ้วน โดยการสัมภาษณ์มารดา จำนวน 116 คน และการใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวและให้คำแนะนำโดยนักโภชนาการโดยวัดผลจากการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของบุตรหลังศึกษา 2 เดือนและการมาตามนัดของมารดา ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ลักษณะเฉพาะของน้ำหนักเด็ก ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร และอุปสรรคของการควบคุมอาหาร กับการมีน้ำหนักของบุตรลดลง ยกเว้นไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของเด็ก และสถานภาพสมรสของมารดากับการลดน้ำหนักของเด็ก

รัดดัล และวีลเลอร์ (Rudall and Wheeler. 1979 : 397) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้กับการไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในเมืองเล็กๆ ของรัฐมิชิแกน จำนวน 781 คน มีอายุเฉลี่ยประมาณ 40 ปี และเป็นการศึกษาแบบสำรวจย้อนหลังผลการศึกษาถ้าดูจากค่าสหสัมพันธ์ (Correlation) จะพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเกิดโรคและการรับรู้ถึงอุปสรรคในการไปพบแพทย์มีความสัมพันธ์กับการไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ถึงความร้ายแรงของปัญหาสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ แต่ถ้าดูผลจากการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ (Path analysis) จะพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเกิดโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการไปพบแพทย์เพื่อตรวจโรค และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการไปพบแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไปพบแพทย์เพื่อตรวจโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ถึงความร้ายแรงของปัญหาสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ

เวนเบอร์เกอร์ และคณะ (Weinberger, et al. 1981 : 1253) ได้ทำการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน โดยศึกษาประวัติการสูบบุหรี่ แล้วแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง ผู้ที่สูบ 1-10 มวน/วัน และสูบมากกว่า 10 มวน/วัน ผลการศึกษาพบว่า คนที่สูบบุหรี่เป็นบางครั้งเพราะเห็นผลลัพธ์ของการสูบบุหรี่ว่า มีความรุนแรงต่อการเกิดโรคและเขาพยายามจะสูบให้น้อยลง ส่วนคนที่สูบบุหรี่มากกว่าจะไม่เห็นว่า บุหรี่เป็นสาเหตุของปัญหาต่อสุขภาพ ความเชื่อด้าน สุขภาพที่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค แต่ไม่พบความสัมพันธ์ ด้านการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ

ฮาลลาล์ (Hallal JC. 1982 : 137) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจ และอัตมโนทัศน์ เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี จำนวน 207 คน ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมากกว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

อะโฮ (Aho. 1979 : 201) รันดอลล์ และวิลเลอร์ (Rundall and Wheeler, 1979 : 379) คัมมิงส์และคณะ (Cummings, et al. 1979 : 639) และลาร์สันและคณะ (Larson, et al. 1979 : 1207 อ้างอิงจาก Nancy K, et al. 1984) ได้ทำการศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไขหวัดใหญ่โดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรค โดยอะโฮได้สำรวจในกลุ่มตัวอย่าง 122 คน ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยการฉีดวัคซีน แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรค สรุปไม่ได้ว่าเป็นทิศทางใด สอดคล้องกับการศึกษาของรันดอลล์และวิลเลอร์ ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยการฉีดวัคซีนแต่การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่พบความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญ สำหรับการศึกษาของ คัมมิงส์และคณะ และลาร์สันและคณะ สอดคล้องกันคือพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านกับพฤติกรรมการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่

อะโฮ และเบคเกอร์ (Aho, & Becker. 1984 : 8) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การมีน้ำหนักตัวมากเกินไปหรือมีน้ำหนักตัวน้อยเกินไป (Overweight/underweight) และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยทำการศึกษาแบบสำรวจย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,046 คน ซึ่งเป็นผู้อาศัยอยู่ที่เมืองโรดไอแลนด์(Rhode Island) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงโทษของการสูบบุหรี่ และอันตรายของการมีน้ำหนักตัวมากหรือน้อยเกินไป มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการมีน้ำหนักตัวมากหรือน้อยเกินไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al. 1984 : 6) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการไปรับการตรวจเบื้องต้น เพื่อค้นหาโรค (Screening behaviors) เป็นการสำรวจแบบย้อนหลัง ประชากรเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้ไปรับการตรวจเบื้องต้นเพื่อค้นหาโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

จำนวน 868 คน จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับการไปรับการตรวจเบื้องต้นเพื่อค้นหาโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บรูสช์ และเอียนนอทท์ (Brush and Iannotti. 1990 : 69-86) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการใช้ยาในเด็กก่อนวัยรุ่น จำนวน 270 คน โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา มีความสัมพันธ์ต่อการระมัดระวังมิให้เกิดการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพของตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยในประเทศ

การวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

ศิริพร พงษ์โกคา (2532 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดต่อของโรค ในมารดาหลังคลอด ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 200 คน ที่มี อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และลักษณะของครอบครัวแตกต่างกัน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดต่อของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่าง ในด้านการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจมีความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดต่อของโรค อย่างมีนัยสำคัญ ฐานะทางเศรษฐกิจ และความรู้เรื่องโรคสามารถร่วมกันทำนาย การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้ร้อยละ 18.8

เยาวดี สุวรรณนาค (2532 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเนื้อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค และตัวแปรด้านประชากร กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี จำนวน 123 ราย ที่มารับการตรวจรักษานักสืบโรคตับอักเสบบี ในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพและระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001, .001, .01 และ .01 ตามลำดับ

สุวิมล ฤทธิมนตร์ (2534 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีไวรัส บี จำนวน 100 ราย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการรับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย ความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้าน

สุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัส บี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และระยะเวลาในการรับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัส บี ในกลุ่มสมรสโดยมีอำนาจทำนาย ร้อยละ 22.28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าด้านอื่น คือร้อยละ 94 และ 93 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัส บี โดยรวม พฤติกรรมทางเพศและการสนใจติดตามข่าวสารอยู่ในระดับ ปานกลาง แต่พฤติกรรมด้านการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับดี ปานกลาง และไม่ดี ไกลเคียงกัน

นภัสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536 : ก-ข) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยตามความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิฟิลิโคซิส ของคนงานโรงโมหิน จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ คนงานโรงโมหิน จำนวน 210 คน ผลการศึกษาพบว่า คนงานโรงโมหินมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ และมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิฟิลิโคซิสอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค คือ การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรค และรายได้ครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรค

วนิดา อินทราชา (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวาย เลือดคั่ง ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ ในจังหวัดลำปาง โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 40 ราย และได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย คือ กลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากผู้วิจัย ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยหัวใจวาย เลือดคั่ง กลุ่มที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังพบว่า ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิลาวัณย์ กล้าแรง (2537 : บทคัดย่อ) ได้ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 409 คน เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์

การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

นิรพร ดวงแก้ว (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 146 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตน และความพึงพอใจต่อการให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กนกภรณ์ เกตุพรหม (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับระหว่างผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ ในตำบลนาหนอง จังหวัดน่าน ใช้กลุ่มตัวอย่าง 190 คน จากผู้ที่มาตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิที่โรงพยาบาลน่าน โดยแบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มติดเชื้อ จำนวน 73 ราย และกลุ่มไม่ติดเชื้อ 117 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ไม่ติดเชื้อมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่าผู้ติดเชื้อ เมื่อนำมาทดสอบหาความแตกต่างแล้วพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนปัจจัยทางด้านประชากรที่เกี่ยวข้องพบว่า เพศ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ และลักษณะครอบครัว มีผลให้คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 48 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยงานของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่า การศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุนทรี อุปพงศ์ (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือของบิดามารดาในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและผู้ป่วยเด็กตาเข กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กตาเข อายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 14 ปี ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิกตาเข โรงพยาบาลมหาราชนา จำนวนทั้งหมด 92 ราย ผลการศึกษาพบว่า สภาพความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและ

ดูแลผู้ป่วยเด็กตาเข ของบิดามารดาอยู่ในระดับดี ความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยเด็กตาเข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังที่กล่าวมาข้างต้น จะพบว่าเป็นงานวิจัยในหลายๆ กลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน แต่โดยสรุปแล้วเมื่ออธิบายโดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น (11 งานวิจัย ใน 12 งานวิจัย) มีเพียงงานวิจัย 1 ตัวอย่าง ของ วิลาวลัย กล้าแรง ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และมี 1 งานวิจัยที่กล่าวถึง แรงจูงใจและความพึงพอใจต้องการให้บริการของรัฐมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

การวิจัยที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการมาฝากครรภ์

สุดา ภูทอง (2529 : ก-ข) ได้ศึกษาลักษณะทางประชากรและสังคม เศรษฐกิจในการรับบริการฝากครรภ์หรือไม่ฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย สถานที่ฝากครรภ์ อายุเมื่อเริ่มฝากครรภ์ ความเชื่อเมื่อเข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรก และศึกษาความสัมพันธ์เรื่อง การรับรู้ถึงโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการฝากครรภ์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์ 630 ราย ที่มารับบริการคลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 9 ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะทางประชากรและสังคมของหญิงมีครรภ์อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-40 ปี รองลงมาคืออายุ 25-29 ปี อาชีพที่มาเข้ารับบริการ คือ ทำนา ทำงาน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ จบชั้นประถมศึกษา ส่วนการรับรู้โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ในการฝากครรภ์และอุปสรรคในการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรองกาญจน์ ศิริภักดี (2530 : ก) ได้ศึกษาภาวะเสี่ยงและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ในหญิงที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงในระยะตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และมาคลอดที่โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 150 ราย พบว่า ภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ในหญิงที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์อยู่ในระดับภาวะเสี่ยงสูง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์กับการปฏิบัติตนของมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ มีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการ

ตั้งครรภ์กับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ในหญิงที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ มีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จารุวรรณ รุ่งไพบูลย์ (2532 : ก-ค) ได้ศึกษาถึงลักษณะการฝากครรภ์ของผู้มาคลอดในห้องคลอด กองสูติรีเวชกรรม วชิรพยาบาล ในแง่ของจำนวนของผู้ที่ฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ และความสัมพันธ์ของลักษณะการฝากครรภ์กับสุขภาพของมารดา ทารกแรกเกิด และปัจจัยด้าน ประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของมารดา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 609 ราย ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะการฝากครรภ์ มาฝากครรภ์ ร้อยละ 90.2 ไม่มาฝากครรภ์ ร้อยละ 9.8 มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ เท่ากับหรือต่ำกว่า 13 สัปดาห์ ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการฝากครรภ์กับสุขภาพของมารดา พบว่า อายุครรภ์ เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการคลอด ($P < .05$) คือ ยังมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยเท่าใดจะมีวิธีการคลอดปกติมากขึ้นเท่านั้น ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการฝากครรภ์กับสุขภาพของทารก พบว่า อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด ($P < .05$) และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการฝากครรภ์กับปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ($P < .05$) และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของมารดา และรายได้

ปริศนา พวงบุญเรือง (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในภาคเหนือ เป็นการศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์จากกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 280 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทั้งปกติ และมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุพรรณิ จันทิพัศ (2534 : ก) ได้ศึกษาพฤติกรรมการฝากครรภ์ของสตรีในชนบทไทยรวมทั้งลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ อายุของสตรี การศึกษาของสตรี การศึกษาของสามี อาชีพของสตรี จำนวนบุตรเกิดรอด ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และการสื่อสารในการรับข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฝากครรภ์ของสตรีไทยในชนบท โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 – 49 ปี จำนวน 501 ราย พบว่า สตรีมีการฝากครรภ์มากกว่าร้อยละ 80

สุพิศ สุวรรณประทีป (2535 : ก) ได้ศึกษาถึงลักษณะการรับบริการฝากครรภ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ ในลักษณะของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย ปัจจัยเสริม และปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม โดยทำการศึกษาในหญิงที่มาคลอดบุตรโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 398 ราย โดยวิเคราะห์ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า ลักษณะการรับบริการฝากครรภ์มีการฝากครรภ์ ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 58.00 ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 30.70 และไม่ได้ฝากครรภ์ ร้อยละ 11.30 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ พบว่า ช่วงเวลาที่เปิด ให้บริการฝากครรภ์ การย้ายที่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ อุปสรรคจากการทำงาน ค่าใช้จ่ายที่เสีย ไปในการรับบริการ และจำนวนบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝาก ครรภ์ในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ อาการแทรกซ้อนใน ระหว่างตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้โอกาสเกิดอาการแทรกซ้อนในระหว่าง ตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536 : ก) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ประชากร เศรษฐกิจและสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีหลังคลอดโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 500 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ มีการฝากครรภ์ 1 – 3 ครั้ง หรือไม่ฝากครรภ์ จำนวน 220 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ สตรีหลังคลอดที่มีจำนวนครั้งการฝากครรภ์ ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป จำนวน 280 คน พบว่าสตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่ามัธยมศึกษา มี การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า 13 สัปดาห์ มากกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา สตรีที่มีลำดับที่ของการคลอดน้อยกว่า มีการฝากครรภ์ ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า 13 สัปดาห์ มากกว่าสตรีที่มีลำดับที่ของการคลอดมาก สตรีที่มี รายได้ครอบครัวต่อเดือนสูงกว่า มีการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า 13 สัปดาห์ มากกว่าสตรีที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำ สตรีที่มีลำดับที่ของการคลอดน้อยกว่า มีการฝากครรภ์ จำนวนตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปมากกว่า สตรีที่มีลำดับที่ของการคลอดมากกว่าสตรีที่มีรายได้ ครอบครัวต่อเดือนสูงกว่า มีการฝากครรภ์จำนวนตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปมากกว่าสตรีที่มีรายได้ ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า สตรีที่มีจำนวนครั้งการฝากครรภ์มากกว่า มีภาวะแทรกซ้อนระยะ คลอดน้อยกว่าสตรีที่มีจำนวนครั้งการฝากครรภ์น้อย

เกศินี ไชนิล (2537 : ก-ข) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้าน สุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน จำนวน 80 ราย ซึ่งเข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยและแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามารับดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01

ยุพิน เพียรมงคล (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 107 ราย ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สุขภาพในด้านต่างๆ ทั้ง 5 ด้าน คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ ปัจจัยส่วนอื่นๆ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยส่วนรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่ออาการแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดุชนี พงษ์ศิริ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมการฝากครรภ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์และลำดับความสำคัญของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลรัฐที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงหลังคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลแม่และเด็ก และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต จำนวน 368 ราย ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ มีพฤติกรรมการฝากครรภ์อยู่ในระดับดี สาเหตุที่มาฝากครรภ์ช้านั้นเพราะไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ ติดงาน ไม่มีเวลา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์พบว่า เจตคติต่อการตั้งครรภ์ด้านความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การย้ายที่อยู่ แรงสนับสนุนทางสังคมของสามี และรายได้ของครอบครัว มีผลต่อพฤติกรรมการฝากครรภ์ตามลำดับ

ภูริยา เพ็ญสุวรรณ (2539 : ก) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาที่ฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์ พบว่า มารดาที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องมากกว่ามารดาที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับถูกต้องมาก และมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ในขณะที่มารดาที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับถูกต้องค่อนข้างมาก และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

วรรณ หิมะสุข (2540 : ข) ได้ศึกษาหญิงตั้งครรภ์อายุเกิน 35 ปี ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนบุตร จำนวนครั้งของการฝากครรภ์

การได้รับคำแนะนำในการตรวจน้ำคร่ำดูความผิดปกติของทารก และการรับมาฝากครรภ์ที่แตกต่างกัน มีการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายของการตั้งครรภ์ต่างกันอย่างไร กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์อายุเกิน 35 ปี ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.00 มีการรับรู้โดยการอยู่ในระดับค่อนข้างดี การมาครบตามนัด การรับมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ การไม่ซื้อยารับประทานเองขณะตั้งครรภ์มีมากกว่า ร้อยละ 65.00 แต่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 – 50 มีการรับรู้ค่อนข้างไม่ดีเกี่ยวกับโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน อันตรายของการเกิดโรคแทรกซ้อนทั้งต่อตนเองและบุตรและความเสี่ยงต่อการมีบุตรปัญญาอ่อน กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครบครัวสูงกว่า 18,000 บาท หรือได้รับคำแนะนำในการตรวจน้ำคร่ำ หรือมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 14 สัปดาห์ มีการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายของการตั้งครรภ์ดีกว่ากลุ่มอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุมิตตา สว่างทุกข์ (2540 : ก) ได้ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์และมากคลอดโดยนัดหลังคลอดที่โรงพยาบาลศิริราช วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 200 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 20 – 25 ปี ร้อยละ 40.50 มีสถานภาพสมรสอยู่กับสามี ร้อยละ 69.00 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 66.00 ประกอบอาชีพใช้แรงงาน ร้อยละ 55.50 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 51.50 มีลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 63.00 เป็นการตั้งครรภ์หลัง ร้อยละ 55.50 มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี และหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ที่มีอาชีพใช้แรงงานมีพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพต่างจากกลุ่มที่ไม่ใช้แรงงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดาริณี สุวภาพ (2542 : ง) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม กลุ่มตัวอย่างคณงานสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม มีอายุระหว่าง 15-41 ปี จำนวน 400 ราย ผลการศึกษาพบว่า คณงานสตรีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และรายด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสำเร็จในชีวิตอยู่ในระดับดี ด้านพัฒนาจิตใจ ระยะตั้งครรภ์อยู่ในระดับพอใช้ ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การรับรู้สมรรถภาพของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีผลทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลทางลบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อรุณี พึ่งแพง (2544 : ง) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 460 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มากฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 57.60 ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 42.40 มีอายุเฉลี่ย 25.28 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.30 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 45.90 ไม่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 50.70 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 7,042.61 บาท มีถิ่นฐานอยู่กับที่ ร้อยละ 84.30 มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ระดับสูง ร้อยละ 64.80 ทศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ระดับดี ร้อยละ 78.90 ความสะดวกในการฝากครรภ์มาก ร้อยละ 67.40 แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติระดับดี ร้อยละ 78.90 ความพึงพอใจต่อระบบบริการและผู้ให้บริการระดับดี ร้อยละ 79.80 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าสถิติ Chi-square พบว่า อาชีพของสตรี อาชีพของสามี รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การมีถิ่นฐานอยู่กับที่ ความสะดวกในการมาฝากครรภ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์

โชติมา สุทันติกร (2546 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์กับการรับการตรวจ ทารกกกลุ่มอาการดาวน์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กลุ่มตัวอย่างเป็น หญิงตั้งครรภ์ 22 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 390 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับ การตรวจทารกกลุ่มอาการดาวน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ประสบการณ์การตั้งครรภ์และอายุครรภ์เมื่อมา ฝากครรภ์ครั้งแรก ปัจจัยด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจ ทารกกกลุ่มอาการดาวน์ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร/ คำแนะนำเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ ส่วนปัจจัยที่พบ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับการตรวจ ทารกกกลุ่มอาการดาวน์ ประสบการณ์เกี่ยวกับความพิการแต่กำเนิด และความพึงพอใจใน บริการของโรงพยาบาล

จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ สรุปได้ดังนี้ คือ

1. การศึกษาลักษณะทางประชากรและสังคม เศรษฐกิจ ในการรับบริการฝากครรภ์ หรือไม่ฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ พบว่าลักษณะทางประชากรและสังคมส่วนใหญ่ หญิง ตั้งครรภ์จะมีอายุระหว่าง 20 – 24 ปี อาชีพทำนา การศึกษาระดับประถมศึกษา

2. การศึกษาพฤติกรรมผลการฝากครรภ์ มีเหตุผลมาจากปัจจัยด้านเจตคติ ความรู้ สถานที่ที่บริการฝากครรภ์ การย้ายที่อยู่ แรงสนับสนุนทางสังคมของสามี รายได้ของครอบครัว (เศรษฐกิจ) และสาเหตุที่ไม่ฝากครรภ์ เนื่องจาก ติดงาน ไม่มีเวลา และไม่ทราบว่าจะตนเอง ตั้งครรภ์

3. การศึกษาการรับรู้สุขภาพในด้านต่างๆ 5 ด้าน พบว่าแรงจูงใจในด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ไม่มีผลกับการปฏิบัติ

4. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ พบว่าปัจจัยด้านโภชนาการ การรับผิชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พันธกิจระหว่างตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ที่อยู่ในระดับไม่ดี คือ การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

จากการศึกษางานวิจัยโดยสรุปจะพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ ไม่ฝากครรภ์ มีหลายปัจจัยด้วยกัน ทั้งปัจจัยทางด้านประชากรและสังคม เช่น อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงปัจจัยทางด้านเจตคติ การรับรู้ภาวะสุขภาพต่างๆ การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากสามี การได้รับข้อมูลข่าวสาร สถานที่ที่รับบริการฝากครรภ์ ความพึงพอใจในบริการจากสถานพยาบาล ล้วนมีความสำคัญกับการตัดสินใจฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ด้วยกันทั้งสิ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณลักษณะ (Qualitative research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการสำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอดโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำกับข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ หญิงหลังคลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีอัตราครองเตียง 300 เตียงขึ้นไป ได้แก่ วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปีงบประมาณ 2544 จำนวน 19,169 คน เฉลี่ย 1,598 คนต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ หญิงหลังคลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ จำนวน 320 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 296 ; อ้างอิงมาจาก Yamane. 1967 : 886-887) เป็นผู้ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ จำนวน 192 คน ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 99 คน และไม่ฝากครรภ์ จำนวน 29 คน ดังนี้

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ	n	แทน	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	ประชากร
	e	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.05

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{1598}{1 + 1598 (0.05)^2} \\
 &= \frac{1598}{4.99} \\
 &= 320.29
 \end{aligned}$$

ซึ่งหมายความว่า จะได้กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงหลังคลอด จำนวน 320 คน แต่ในการศึกษาจะทำการศึกษาหญิงหลังคลอดที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลทั้ง 4 โรงพยาบาล จากการสำรวจสถิติการมาคลอดบุตรของโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ถึง 4 โรงพยาบาลในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2545 มีผู้มาคลอดบุตรทั้งหมดฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์และไม่ฝากครรภ์ ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนประชากร (N) และกลุ่มตัวอย่าง (n) ที่มาคลอดบุตรทั้งหมดที่ฝากครรภ์
 ครบตามเกณฑ์ ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และที่ไม่ฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลสังกัด
 สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนเตียง 300 เตียงขึ้นไป

โรงพยาบาล	จำนวนหญิงที่ คลอดบุตร ทั้งหมด		หญิงคลอดบุตร ที่ฝากครรภ์ ครบตามเกณฑ์		หญิงคลอดบุตร ที่ฝากครรภ์ ไม่ครบตามเกณฑ์		หญิงคลอด บุตร ที่ไม่ฝากครรภ์	
	N	n	N	n	N	n	N	n
วิทยาลัย แพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล	505	101	308	61	156	31	41	9
ตากสิน	576	116	339	68	191	38	46	10
กลาง	161	32	108	21	41	8	12	3
เจริญกรุง ประชารักษ์	351	71	208	42	111	22	32	7
รวม	1,593	320	936	192	499	99	131	29

ที่มา : โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ หน่วยเวชระเบียนและสถิติ ฝ่ายวิชาการ. (2545).
เวชระเบียนและสถิติ. กรุงเทพฯ : ไม่ปรากฏเลขหน้า.

จากตาราง 3 คำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างของหญิงหลังคลอดทั้งหมด หญิงหลัง
 คลอดที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ หญิงหลังคลอดที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และหญิง
 หลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ แยกตามจำนวนที่มาคลอดในโรงพยาบาลแต่ละโรงพยาบาล

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เป็นหญิงหลังคลอดที่มาคลอดในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวมหญิงที่ฝากครรภ์ คลอดพิเศษกับแพทย์เป็นการส่วนตัว และหญิงฝากครรภ์สถานบริการอื่นๆ นอกเหนือไปจาก หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ The multiple & starting point snowball design โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม (Mak. 1981 : 3-4) เลือกผู้ที่มีคุณสมบัติทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ดังภาพประกอบ 4

กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่	$X_{11} - X_{12} - X_{13} - X_{14} - \dots - X_{1n}$
กลุ่มที่มีสถานภาพ ม่าย หย่า แยก	$X_{21} - X_{22} - X_{23} - X_{24} - \dots - X_{2n}$

ภาพประกอบ 4 รูปแบบการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบ The multiple & starting point snowball Design

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบทดสอบและแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคม ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ ลำดับครรภ์ ลำดับการคลอด การแท้งบุตร

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วย

2.1 ความรู้ในการฝากครรภ์ ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก-ผิด

2.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ประกอบด้วย การที่หญิงตั้งครรภ์รับรู้มาจากข้อมูลข่าวสารที่ได้อ่าน หรือมาจากบุคคลอื่นที่แนะนำเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scales) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

2.3 ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความประทับใจในการให้บริการ หรือเกี่ยวกับบุคลากรในโรงพยาบาล ได้แก่ ทัศนคติ การบริการ การให้คำแนะนำ ระยะเวลา ความสะดวก ค่าใช้จ่ายในการมาฝากครรภ์ ซึ่ง

แบบสอบถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scales) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดในด้าน

3.1 การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์

3.2 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการฝากครรภ์

ซึ่งแบบสอบถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scales) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับมุมมองและตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 ราย ประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพของหญิงตั้งครรภ์

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการไม่มารับบริการฝากครรภ์ ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ปัญหาด้านครอบครัว ปัญหาด้านสังคม ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงที่ไม่มาฝากครรภ์ ได้แก่ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ประเภทของการตั้งครรภ์ (ลักษณะที่มาของการตั้งครรภ์, ประวัติการตั้งครรภ์)

4.4 ข้อมูลด้านครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างของครอบครัว ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว และสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลการฝากครรภ์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำราต่างๆ

3. สร้างแบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่อกรรมการควบคุมปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข

5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม

6. ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามที่ได้รับคำแนะนำให้ถูกต้องเหมาะสม จากนั้นนำเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทอีกครั้ง

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดค่าของตัวแปร และเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อ สอดคล้องกับสมมติฐาน ดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วย

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบเลือกตอบ ข้อถูกข้อผิด โดยให้เลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์การแปล

ความหมายคะแนน ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความรู้ระดับดี

คะแนนร้อยละ 50-79 มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 มีความรู้ระดับต่ำ

1.2 การได้รับคำแนะนำเมื่อตั้งครรภ์จากแหล่งต่างๆ ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scales)

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน

มาก ให้คะแนน 4 คะแนน

ปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน

น้อย ให้คะแนน 2 คะแนน

น้อยที่สุด ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลความหมายคะแนน มีดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์ , 2530 : 10)

ค่าเฉลี่ย 3.66 – 5.00 หมายถึง มีการได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง มีการได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีการได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับน้อย

1.3 ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ของหญิงหลังคลอดตั้งแต่มาโรงพยาบาลจนกระทั่งคลอดที่มีต่อระบบบริการของโรงพยาบาลใน ด้าน ความสะดวกที่ได้รับการบริการ การประสานงานของการให้บริการ ทัศนคติ ความสนใจของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับการบริการ คุณภาพบริการ และค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ โดยการสร้างแบบสอบถามที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale)

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางด้านบวก (Positive) ให้คะแนนคำตอบ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน 4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1	คะแนน

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางด้านลบ (Negative) ให้คะแนนคำตอบ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน 2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5	คะแนน

การแปลความหมายคะแนนมีดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 10)

ค่าเฉลี่ย 3.66 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.65 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ

2. แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1 เป็นแบบสอบถามการรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์

2.2 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์

คำถามที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อความที่เป็นลักษณะเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะ

คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scales)

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามการรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์

มีดังนี้

ลักษณะข้อความทางบวก ให้คะแนนคำตอบ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน 4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1	คะแนน

ลักษณะข้อความทางลบให้คะแนนคำตอบดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน 2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5	คะแนน

การแปลความหมายคะแนนมีดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 10)

ค่าเฉลี่ย 3.66 – 5.00	หมายถึง	การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่าง ตั้งครรภ์มีมาก
ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.65	หมายถึง	การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่าง ตั้งครรภ์มีปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึง	การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่าง ตั้งครรภ์มีน้อย

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ มีดังนี้
ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนคำตอบ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน 4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1	คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ ให้คะแนนคำตอบ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน 2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5	คะแนน

การแปลความหมายคะแนนมีดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 10)

ค่าเฉลี่ย 3.66 – 5.00	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ในการฝากครรภ์ มีมาก
ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.65	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ในการฝากครรภ์ มีปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ในการฝากครรภ์ มีน้อย

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อขอคำแนะนำ จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเป็นรายข้อ แล้วบันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ นำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยใช้สูตร IC ผู้วิจัยจะเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า แสดงว่าแบบสอบถามข้อนั้นมีความเที่ยงตรงสามารถนำไปใช้ได้ แต่ถ้ามีค่า IC น้อยกว่า 0.5 แสดงว่าแบบสอบถามข้อนั้นไม่มีความเที่ยงตรง ไม่สามารถนำไปใช้ได้ ต้องนำมาปรับปรุงแก้ไข

2. การวิเคราะห์ความยากง่าย (Difficulty) ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงหลังคลอดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์คุณภาพ ดังนี้

2.1 หาความยากง่าย (Difficulty) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ โดยที่ค่าคะแนนรายข้อจะมีคะแนนเป็น 1 ถ้าตอบถูก และเป็น 0 ถ้าตอบผิด คำนวณหาความยากง่ายเป็นรายข้อ โดยเลือกข้อที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.2 – 0.8 เป็นข้อคำถามที่ดี ได้แบบสอบถามความรู้ในการฝากครรภ์ จำนวน 10 ข้อ และมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.24-0.74

2.2 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยการนำคะแนนของแบบสอบถามความรู้ในการฝากครรภ์ที่ทดลองใช้ ไปหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) ด้วยค่าดัชนีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) จากสูตร (ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. 2538 : 212) และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป พบว่า แบบสอบถามความรู้ในการฝากครรภ์มี 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.14-0.38 โดยข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2.3 หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR – 20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 130) พบว่า แบบสอบถามความรู้ในการฝากครรภ์มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.60

3. การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล, บุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล แบบสอบถามการรับรู้การเกิดภาวะคุมคามระหว่าง

ตั้งครรภ์ และแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการฝากครรภ์

3.1 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) เป็นรายข้อของแบบสอบถาม นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยการหาสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116 –117) และเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป พบว่า แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล, บุคลากรทางการแพทย์ มี 13 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.37-0.76 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลมี 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.50-0.70 แบบสอบถามการรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์มี 13 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20-0.48 และแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการฝากครรภ์มี 17 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.18-0.59 โดยข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

3.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกไปหาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 125 – 126) พบว่า แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล, บุคลากรทางการแพทย์มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 แบบสอบถามการรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 และแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการฝากครรภ์มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประมาณ 1 เดือน
3. ตรวจสอบและคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่สมบูรณ์ มาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูปในการทดสอบสมมติฐาน โดยยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียงร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับ แล้วคัดเลือกเฉพาะฉบับที่สมบูรณ์เท่านั้น ให้คะแนนแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และนำมาลงรหัส ตลอดจนตรวจสอบความถูกต้องของรหัส
2. นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมาวิเคราะห์ แจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามตัวแปรที่ทำการศึกษา
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านชีวสังคมกับการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดทั้ง 3 กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบ ไค – สแควร์ (Chi – square test)
4. วิเคราะห์แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแยกแยะข้อมูล จัดเข้าหมวดหมู่หลักๆ โดยใช้ The Ethnograph ช่วยในการวิเคราะห์ และนำมาวิเคราะห์สรุปข้อมูลด้วยความเรียง
5. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบความเรียง
6. อภิปรายผลการวิจัย ตลอดจนข้อเสนอแนะ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ (P) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2535 : 59)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	P แทน	ค่าร้อยละ
	f แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นค่าร้อยละ
	n แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 35)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย
 $\sum X$ แทน ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล
 n แทน จำนวนข้อมูลทั้งหมด

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 64-65)

$$S = \sqrt{\frac{n\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับระหว่างกลุ่ม โดยใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
 $\sum R$ แทน ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

2.2 วิเคราะห์หาความยากง่ายของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ โดยใช้สูตร

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าความยากง่ายของคำถามแต่ละข้อ
	R	แทน	จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
	N	แทน	จำนวนผู้ทำแบบสอบถามทั้งหมด

2.3 วิเคราะห์หาอำนาจจำแนก (Discrimination)

2.3.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) ด้วยค่าดัชนีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบเซรียล (Point biserial correlation) จากสูตร (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2538 : 212)

$$r_{p.bis} = \frac{X_p - X_f}{S_t \cdot \sqrt{pq}}$$

เมื่อ	$r_{p.bis}$	แทน	ค่าอำนาจจำแนก
	X_p	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ทำข้อนั้นได้
	X_f	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ทำข้อนั้นไม่ได้
	S_t	แทน	คะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบทดสอบฉบับนั้น
	p	แทน	สัดส่วนของคนที่ทำข้อนั้นถูก
	q	แทน	สัดส่วนของคนที่ทำข้อนั้นไม่ได้ หรือ $1 - p$

2.3.2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสในการเกิดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงอันตรายในการเกิดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงความรุนแรงในการเกิดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{XY} = \frac{n\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{XY}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณคะแนน X และคะแนน Y
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y

2.4 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

2.4.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR – 20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 130)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ค่าความเชื่อมั่น
	n	แทน	จำนวนข้อสอบ
	p	แทน	สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ
	q	แทน	สัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อเท่ากับ 1 – p
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2.4.2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสในการเกิดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงความรุนแรงในการเกิดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์และการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125-127)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	S_i^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอด โดยใช้การทดสอบ ไค-สแควร์ (Chi-square) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 212)

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O - E)^2}{E}$$

(การอ่านค่าจากตาราง ใช้ df = (n - 1) (c - 1))

เมื่อ	χ^2	แทน	ค่าไค-สแควร์
	O	แทน	ค่าความถี่ที่ได้จากการสังเกต (Observed frequency)
	E	แทน	ค่าความถี่ที่คาดหวัง (Expected frequency)
	k	แทน	จำนวนประเภทหรือจำนวนกลุ่ม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
df	แทน	จำนวนค่าความอิสระ (Degree of freedom)
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
χ^2	แทน	ค่า ไค – สแควร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอดโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จากข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 11 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ และบรรยายแบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การสอบถามเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ประเภทของการมาฝากครรภ์

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยด้านชีวสังคม ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงหลังคลอด ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพหรืองานประจำ ประวัติการตั้งครรภ์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ ความรู้ในการฝากครรภ์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล-บุคลากรทางการแพทย์ ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการฝากครรภ์ โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และค่าระดับของตัวแปรดังกล่าว

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคม สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และความเชื่อด้านสุขภาพ กับการฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และการไม่ฝากครรภ์ โดยใช้สถิติค่า ไค-สแควร์ (Chi-square) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2 และ 3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ตอน โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพหรืองานประจำ อาชีพของสามี ประวัติการตั้งครรภ์ ที่พักอาศัยขณะตั้งครรภ์ การย้ายที่อยู่ขณะตั้งครรภ์

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้านสาเหตุที่ไม่ฝากครรภ์ ตามตัวแปร ด้านเศรษฐกิจ ลักษณะอาชีพ ด้านครอบครัว ด้านปัญหาช่วงเวลาการให้บริการของสถานบริการของรัฐ

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลด้านการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ตามตัวแปร ด้านการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ การเตรียมความพร้อมก่อนคลอด และการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ประเภทของการฝากครรภ์ ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทการฝากครรภ์

ประเภทของการฝากครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์	192	60.00
ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์	99	30.94
ไม่ฝากครรภ์	29	9.06
รวม	320	100.00

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 320 เป็นกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 60.00 ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 30.94 และไม่ฝากครรภ์ ร้อยละ 9.06

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยด้านชีวสังคม โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพการสมรส
ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพหรืองานประจำ ประวัติการตั้งครรภ์

ปัจจัยด้านชีวสังคม	ครบตามเกณฑ์		ไม่ครบตามเกณฑ์		ไม่ฝากครรภ์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ								
15 – 20 ปี	44	22.92	16	16.16	7	24.14	67	20.94
21 – 25 ปี	51	26.56	26	26.27	7	24.14	84	26.25
26 – 30 ปี	54	28.13	28	28.28	13	44.83	95	29.69
31 – 35 ปี	33	17.19	20	20.20	2	6.89	55	17.18
36 – 40 ปี	9	4.69	9	9.09	0	0	18	5.63
41 – 45 ปี	1	0.51	0	0	0	0	1	0.31
รวม	192	100.00	99	100.00	29	100.00	320	100.00
สถานภาพสมรส								
คู่	184	95.83	91	91.92	26	89.66	301	94.06
ม่าย	0	0	2	2.02	2	6.90	4	1.25
หย่า/แยกกันอยู่	8	4.17	6	6.06	1	3.44	15	4.69
รวม	192	100.00	99	100.00	29	100.00	320	100.00
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้เรียน	3	1.56	3	3.03	0	0	6	1.87
ประถมศึกษา	53	27.60	22	22.22	7	24.14	82	25.63
มัธยมศึกษาตอนต้น	49	25.52	32	32.32	9	31.03	90	28.13
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.	42	21.88	21	21.21	9	31.03	72	22.50
อนุปริญญาหรือ ปวส.	23	11.98	7	7.07	2	6.90	32	10.00
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	22	11.46	14	14.14	2	6.90	38	11.87
รวม	192	100.00	99	100.00	29	100.00	320	100.00
รายได้ครอบครัวต่อเดือน								
ต่ำกว่า 3,001 บ.	12	6.25	11	11.11	4	13.79	27	8.44
3,001 – 8,000 บ.	87	45.31	39	39.39	13	44.83	139	43.44
8,001 – 13,000 บ.	69	35.94	27	27.27	9	31.03	105	32.81
มากกว่า 13,000 บ.	24	12.50	22	22.23	3	10.35	49	15.31
รวม	192	100.00	99	100.00	29	100.00	320	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ปัจจัยด้านชีวสังคม	ครบตามเกณฑ์		ไม่ครบตามเกณฑ์		ไม่ฝากครรภ์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหรืองานประจำ								
แม่บ้าน	54	28.13	33	33.34	7	24.14	94	29.38
รับจ้างทั่วไป	32	16.67	13	13.13	5	17.24	50	15.62
ทำงานบริษัท/โรงงาน	46	23.96	28	28.28	13	44.83	87	27.19
เกษตรกรรม	3	1.56	3	3.03	1	3.45	7	2.19
ค้าขาย	32	16.67	3	3.03	1	3.45	36	11.25
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	18	9.37	12	12.12	2	6.89	32	10.00
ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ	5	2.60	7	7.07	0	0	12	3.75
นักศึกษา	2	1.04	0	0	0	0	2	0.62
รวม	192	100.00	99	100.00	29	100.00	320	100.00
ลำดับการตั้งครรภ์								
1 ครั้ง	106	55.21	42	42.43	17	58.62	165	51.56
2 ครั้ง	50	26.04	33	33.33	7	24.14	90	28.13
3 ครั้งขึ้นไป	36	18.75	24	24.24	5	17.24	65	20.31
รวม	192	100.00	99	100.00	29	100.00	320	100.00
จำนวนครั้งการแท้งบุตร								
ไม่เคยแท้งบุตร	160	83.33	77	77.78	25	86.21	262	81.88
แท้งบุตร 1 ครั้ง	23	11.98	19	19.19	4	13.79	46	14.37
แท้งบุตร 2 ครั้ง	7	3.65	3	3.03	0	0	10	3.13
แท้งบุตร 3 ครั้ง ขึ้นไป	2	1.04	0	0	0	0	2	0.62
รวม	192	100.00	99	100.00	29	100.00	320	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า

อายุ กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ ไม่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26 – 30 ปี ร้อยละ 28.13 , 28.28 และ 44.83 เรียงตามลำดับ

สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์มีสถานภาพ ม่าย หย่า/แยกกันอยู่สูงสุด ร้อยละ 10.34 รองลงมา ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 8.08 และฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 4.17

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 27.60 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 25.52 กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32.32 รองลงมา คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 22.23 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเท่ากับมัธยมศึกษาตอนปลายหรืออาชีว. คือ ร้อยละ 31.03 รองลงมา คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 24.14

รายได้ครอบครัวต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ ไม่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.31, 39.39 และ 44.83 ตามลำดับ

อาชีพหรืองานประจำ กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 28.13 รองลงมา คือ ทำงานบริษัท/โรงงาน ร้อยละ 23.96 กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 33.34 รองลงมา คือ ทำงานบริษัท/โรงงาน ร้อยละ 28.28 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่มีอาชีพทำงานบริษัท/โรงงาน ร้อยละ 44.83 รองลงมา คือ แม่บ้าน ร้อยละ 24.14

ลำดับของการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ ไม่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ลำดับการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก ร้อยละ 55.21, 42.43 และ 58.62 ตามลำดับ

จำนวนครั้งของการแท้งบุตร กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ ไม่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่เคยแท้งบุตรเลย ร้อยละ 83.33, 77.78 และ 86.21 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 วิเคราะห์สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ ความรู้ในการฝากครรภ์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล, บุคลากรทางการแพทย์ ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล **ความเชื่อด้านสุขภาพ** ได้แก่ การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการฝากครรภ์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และค่าระดับของตัวแปร ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามระดับตัวแปร

ระดับตัวแปร	ครบตามเกณฑ์		ไม่ครบตามเกณฑ์		ไม่ฝากครรภ์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ในการฝากครรภ์								
ระดับดี	22	11.46	4	4.04	5	17.24	31	9.69
ระดับปานกลาง	57	29.69	26	26.26	11	37.93	94	29.38
ระดับต่ำ	113	58.85	69	69.70	13	44.83	195	60.93
$\bar{X} \pm S$	50.00±20.97		41.31±21.70		58.97±22.26		47.97±21.76	
min - max	0-90.00		0-90.00		10.00-100.00		0-100.00	
ระดับ	ปานกลาง		ต่ำ		ปานกลาง		ต่ำ	
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร/ คำแนะนำจากบุคคล บุคลากรทางการแพทย์								
ระดับดี	86	44.79	39	39.39	14	48.28	139	43.44
ระดับปานกลาง	100	52.08	50	50.51	12	41.38	162	50.63
ระดับน้อย	6	3.13	10	10.10	3	10.34	19	5.93
$\bar{X} \pm S$	3.67±0.74		3.41±0.85		3.40±0.85		3.56±0.79	
min – max	1.00-5.00		1.00-5.00		1.31-5.00		1.00-5.00	
ระดับ	ดี		ปานกลาง		ปานกลาง		ปานกลาง	
ความพึงพอใจในบริการ ของโรงพยาบาล								
ระดับสูง	147	76.56	73	73.74	17	58.62	237	74.06
ระดับปานกลาง	41	21.35	26	26.26	10	34.48	77	24.06
ระดับต่ำ	4	2.09	0	0	2	6.90	6	1.88
$\bar{X} \pm S$	4.03±0.57		3.95±0.57		3.66±0.77		3.98±0.60	
min – max	2.07-5.00		2.67-5.00		1.20-5.00		1.20-5.00	
ระดับ	สูง		สูง		สูง		สูง	

ตาราง 6 (ต่อ)

ระดับตัวแปร	การฝากครรภ์							
	ครบตามเกณฑ์		ไม่ครบตามเกณฑ์		ไม่ฝากครรภ์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้การเกิดภาวะ								
คุกคามระหว่างตั้งครรภ์								
ระดับมาก	137	71.35	63	63.64	21	72.41	221	69.06
ระดับปานกลาง	55	28.65	36	36.36	8	27.59	99	30.94
$\bar{X} \pm S$	3.87±0.44		3.84±0.45		3.79±0.44		3.85±0.44	
min – max	1.92-5.00		2.77-5.00		2.62-5.00		1.92-5.00	
ระดับ	มาก		มาก		มาก		มาก	
การรับรู้ประโยชน์และ								
อุปสรรคของการฝากครรภ์								
ระดับมาก	154	80.21	77	77.78	23	79.31	254	79.36
ระดับปานกลาง	38	19.79	22	22.22	6	20.69	66	20.64
$\bar{X} \pm S$	3.94±0.45		3.95±0.49		4.03±0.59		3.75±0.45	
min – max	2.47-4.94		2.59-5.00		2.71-5.00		2.47-5.00	
ระดับ	มาก		มาก		มาก		มาก	

จากตาราง 6 แสดงว่า

ความรู้ในการฝากครรภ์ กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ มีความรู้ในการฝากครรภ์ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 50.00$, $S = 20.97$ และ $\bar{X} = 58.97$, $S = 22.26$) ส่วนฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ มีความรู้ในการฝากครรภ์ระดับต่ำ ($\bar{X} = 41.31$, $S = 21.70$) เมื่อแจกแจงระดับระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์ มีความรู้ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 17.24 รองลงมา คือ กลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 11.47 และกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ มีความรู้ในระดับดีน้อยที่สุด ร้อยละ 4.04

การรับรู้ข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล, บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้ข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล, บุคลากรทางการแพทย์ในระดับดี ($\bar{X} = 3.67$, $S = 0.74$) ส่วนฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ มีการรับรู้ข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล, บุคลากรทางการแพทย์ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$, $S = 0.85$ และ $\bar{X} = 3.40$, $S = 0.85$) เมื่อแจกแจงระดับ พบว่า กลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้ข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล, บุคลากรทางการแพทย์ระดับน้อย ร้อยละ 3.13 ส่วนกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่

ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ มีการรับรู้ข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล, บุคลากรทาง การแพทย์ระดับปานน้อย คือ ร้อยละ 10.10 และ 10.34 ตามลำดับ

ความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตาม เกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์มีความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาล ระดับสูง ($\bar{X} = 4.03$ $S = 0.57$, $\bar{X} = 3.95$ $S = 0.57$ และ $\bar{X} = 3.66$ $S = 0.77$) เมื่อแจกแจง ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ มีความ พึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาลในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 76.56 และ 73.74 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์มีความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาลระดับสูงน้อย ที่สุด ร้อยละ 58.62

การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตาม เกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ มีการรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ใน ระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$ $S = 0.44$, $\bar{X} = 3.84$, $S = 0.45$ และ $\bar{X} = 3.79$ $S = 0.44$) เมื่อแจกแจง ระดับ พบว่า กลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์มีการรับรู้การเกิดภาวะคุกคาม ระหว่างตั้งครรภ์ในระดับมาก มากที่สุดร้อยละ 71.35 และ 72.41 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ฝาก ครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ในระดับมาก น้อยที่สุด ร้อยละ 63.64

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$ $S = 0.45$, $\bar{X} = 3.95$ $S = 0.49$ และ $\bar{X} = 4.03$, $S = 0.59$) เมื่อแจกแจงระดับ พบว่า กลุ่มที่ฝาก ครรภ์ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ในระดับมาก มาก ที่สุด ร้อยละ 80.21 และ 79.31 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ มีการรับรู้ ประโยชน์ของการฝากครรภ์ในระดับมาก น้อยที่สุด ร้อยละ 77.78

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านชีวสังคม สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และความเชื่อด้านสุขภาพ กับฝ่ากครรภ์ โดยใช้ค่าสถิติ ไค-สแควร์ (Chi-square) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2 และ 3 ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านชีวสังคม สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และความเชื่อด้านสุขภาพ กับฝ่ากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝ่ากครรภ์

ปัจจัย	ครบตามเกณฑ์		ไม่ครบตามเกณฑ์		ไม่ฝากครรภ์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ								
15 – 20 ปี	44	22.92	16	16.16	7	24.14	67	20.94
21 – 25 ปี	51	26.56	26	26.26	7	24.14	84	26.25
26 – 30 ปี	54	28.13	28	28.28	15	51.72	97	30.31
31 ปี ขึ้นไป	43	22.40	29	29.29	0	0	72	23.10
$\chi^2 = 6.73$			df = 3		p-value = .081			
สถานภาพสมรส								
คู่	184	95.83	91	91.92	26	89.66	301	94.06
ม่าย หย่า/แยกกันอยู่	8	4.17	8	8.08	3	10.34	19	5.94
$\chi^2 = 248.51^{***}$			df = 1		p-value = .000			
ระดับการศึกษา								
ประถมศึกษา	56	29.17	25	25.25	7	24.14	88	27.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	49	25.52	32	32.32	9	31.03	90	28.13
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.	42	21.88	21	21.21	9	31.03	72	22.50
อนุปริญญาขึ้นไป	45	23.44	21	21.21	4	13.79	70	21.87
$\chi^2 = 4.10$			df = 3		p-value = .251			
รายได้ครอบครัวต่อเดือน								
ต่ำกว่า 8,001 บ.	99	51.56	50	50.51	17	58.62	166	51.88
มากกว่า 8,000 บ.	93	48.44	49	49.49	12	41.38	154	48.12
$\chi^2 = 0.45$			df = 1		p-value = .502			

ตาราง 7 (ต่อ)

ปัจจัย	ครบตามเกณฑ์		ไม่ครบตามเกณฑ์		ไม่ฝากครรภ์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหรืองานประจำ								
แม่บ้าน	54	28.13	33	33.33	7	24.14	94	29.38
รับจ้างทั่วไป	32	16.67	13	13.13	5	17.24	50	15.63
ทำงานบริษัท/โรงงาน	46	23.96	28	28.28	13	44.83	87	27.19
อื่นๆ	60	31.25	25	25.25	4	13.79	89	27.81
$\chi^2 = 15.33^{**}$			df = 3		p-value = .002			
ลำดับการตั้งครรภ์								
1 ครั้ง	106	55.21	42	42.42	17	58.62	165	51.56
2 ครั้ง	50	26.04	33	33.33	7	24.14	90	28.13
3 ครั้งขึ้นไป	36	18.75	24	24.24	5	17.24	65	20.31
$\chi^2 = 50.78^{***}$			df = 2		p-value = .000			
จำนวนครั้งการแท้งบุตร								
ไม่เคยแท้งบุตร	160	83.33	77	77.78	25	86.21	262	81.88
แท้งบุตร 1 ครั้ง ขึ้นไป	32	16.67	22	22.22	4	13.79	58	18.12
$\chi^2 = 130.05^{***}$			df = 1		p-value = .000			
ความรู้ในการฝากครรภ์								
ระดับดี	22	11.46	4	4.04	5	17.24	31	9.69
ระดับปานกลาง	57	29.69	26	26.26	11	37.93	94	29.38
ระดับต่ำ	113	58.85	69	69.70	13	44.83	195	60.93
$\chi^2 = 128.33^{***}$			df = 2		p-value = .000			
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร/ คำแนะนำจากบุคคล บุคลากรทางการแพทย์								
ระดับดี	86	44.79	39	39.39	14	48.28	139	43.44
ระดับปานกลาง	100	52.08	50	50.51	12	41.38	162	50.62
ระดับน้อย	6	3.13	10	10.10	3	3.03	19	5.94
$\chi^2 = 110.56^{***}$			df = 2		p-value = .000			

ตาราง 7 (ต่อ)

ระดับตัวแปร	ครบตามเกณฑ์		ไม่ครบตามเกณฑ์		ไม่ฝากครรภ์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล								
ระดับสูง	147	76.56	73	73.74	17	58.62	237	74.06
ระดับปานกลาง/ต่ำ	45	23.44	26	26.26	12	41.38	83	25.94
$\chi^2 = 74.11^{***}$			df = 1		p-value = .000			
การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์								
ระดับมาก	137	71.35	63	63.64	21	72.41	221	69.06
ระดับปานกลาง	55	28.65	36	36.36	8	27.59	99	30.94
$\chi^2 = 46.51^{***}$			df = 1		p-value = .000			
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์								
ระดับมาก	154	80.21	77	77.78	23	79.31	254	79.36
ระดับปานกลาง	38	19.79	22	22.22	6	20.69	66	20.64
$\chi^2 = 110.45^{***}$			df = 1		p-value = .000			

** หมายถึง นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** หมายถึง นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 7 แสดงว่า

สถานภาพสมรส ของกลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั่นคือ สถานภาพสมรส ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ รายคู่ (ภาคผนวก ค : 149) พบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดทุกคู่มีความสัมพันธ์กับ สถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ สถานภาพสมรส ม่าย หย่า/แยกกันอยู่ในกลุ่ม ตัวอย่างไม่ฝากครรภ์สูงกว่าในกลุ่มตัวอย่างฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และฝากครรภ์ครบตาม เกณฑ์ ตามลำดับ

อาชีพหรืองานประจำ ของกลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกัน จะมีผลต่อการ มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ เมื่อนำมาวิเคราะห์

ความสัมพันธ์รายคู่(ภาคผนวก ค : 149) พบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดทุกคู่มีความสัมพันธ์กับอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ อาชีพทำงานบริษัท / โรงงาน ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์ สูงกว่าที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ตามลำดับ

ประวัติการตั้งครรรจ์ลำดับของการตั้งครรรจ์ ของกลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรรจ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั่นคือ ลำดับการตั้งครรรจ์ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรรจ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรรจ์ เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ (ภาคผนวก ค : 149) พบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดทุกคู่มีความสัมพันธ์กับลำดับการตั้งครรรจ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ลำดับการตั้งครรรจ์ที่เป็นครรรจ์แรกในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรรจ์สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรรจ์ครบตามเกณฑ์ และฝากครรรจ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ตามลำดับ

จำนวนครั้งของการแท้งบุตร ของกลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั่นคือ จำนวนครั้งของการแท้งบุตรที่แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ (ภาคผนวก ค : 149) พบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดทุกคู่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการแท้งบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ จำนวนครั้งของการแท้งบุตรที่ไม่เคยแท้งบุตรเลยในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ตามลำดับ

ความรู้ในการฝากครรภ์ ของกลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั่นคือ ความรู้ในการฝากครรภ์ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ (ภาคผนวก ค : 149) พบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดทุกคู่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ความรู้ในการฝากครรภ์ระดับดี ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ตามลำดับ

การรับรู้ข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล, บุคลากรทางการแพทย์ ของกลุ่มตัวอย่างหญิง หลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั่นคือ การรับรู้ข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล, บุคลากรทางการแพทย์ ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรภ์ ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ (ภาคผนวก ค : 149) พบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดทุกคู่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล, บุคลากรทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ การรับรู้ข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล, บุคลากรทางการแพทย์ ระดับดีในกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

ความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั่นคือ ความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาลที่แตกต่างกันมีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ (ภาคผนวก ค : 149) พบว่ากลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดทุกคู่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาลระดับสูงในกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ ตามลำดับ

การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ ของกลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั่นคือ การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ที่แตกต่างกันมีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ (ภาคผนวก ค : 149) พบว่ากลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดทุกคู่มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ระดับมากในกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ ของกลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั่นคือ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ที่แตกต่างกันมีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ (ภาคผนวก ค : 149) พบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดทุกคู่มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ระดับมากในกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ของกลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ นั่นคือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ตอน โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ
นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ ตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพหรืองานประจำ อาชีพของสามี ประวัติการ
ตั้งครรภ์ ที่พักอาศัยขณะตั้งครรภ์ การย้ายที่อยู่ขณะตั้งครรภ์

ตาราง 8 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ฝากครรภ์ จำนวน 11 คน ตามตัวแปร
อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพหรืองานประจำ
อาชีพของสามี ประวัติการตั้งครรภ์ ที่พักอาศัยขณะตั้งครรภ์ การย้ายที่อยู่ขณะตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
15 – 20 ปี	1	9.10
21 – 25 ปี	2	18.18
26 – 30 ปี	4	36.36
31 – 35 ปี	4	36.36
รวม	11	100.00
สถานภาพสมรส		
อยู่กับสามีและจดทะเบียนสมรส	1	9.09
อยู่กับสามีแต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส	9	81.82
หย่าหรือแยกกับสามี	1	9.09
รวม	11	100.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	36.36
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	45.45
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	1	9.09
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	1	9.09
รวม	11	100.00

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่า 3,001 บาทต่อเดือน	1	9.09
3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน	4	36.36
8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน	5	45.45
มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน	1	9.09
รวม	11	100.00
อาชีพหรืองานประจำ		
แม่บ้าน	2	18.18
รับจ้างทั่วไป	4	36.36
บริษัท/โรงงาน	4	36.36
รับราชการ	1	9.09
รวม	11	100.00
อาชีพสามี		
รับจ้างทั่วไป	6	54.55
บริษัท/โรงงาน	4	36.36
รับราชการ	1	9.09
รวม	11	100.00
ลำดับของการตั้งครรภ์		
1 ครั้ง	4	36.36
2 ครั้ง	2	18.18
3 ครั้ง ขึ้นไป	5	45.46
รวม	11	100.00
ที่พักอาศัยระหว่างตั้งครรภ์		
กรุงเทพมหานคร	9	81.82
ต่างจังหวัด (สมุทรปราการ)	2	18.18
รวม	11	100.00

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การย้ายที่อยู่ระหว่างตั้งครรรค์		
ย้าย	1	9.09
ไม่ย้าย	10	91.91
รวม	11	100.00

จากตาราง 8

อายุ พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26 – 30 ปี และ 31 – 35 ปี มีจำนวนเท่ากันและมีจำนวนมากที่สุด รองลงมา คือ 21 – 25 ปี ร้อยละ 18.18 และ 15 – 20 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 9.10

สถานภาพสมรส ซึ่งส่วนใหญ่สามีมีอาชีพทำงานรับจ้างทั่วไป บริษัท / โรงงาน มีจำนวนมากที่สุด

ระดับการศึกษา หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 45.45 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.66 มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. และอุดมศึกษาหรือสูงกว่า มีจำนวนเท่ากัน และมีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 9.09

รายได้ของครอบครัว พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 45.45 รองลงมา คือ 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 36.36 ต่ำกว่า 3,001 บาทต่อเดือน และมากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนเท่ากันและมีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 9.09

อาชีพหรืองานประจำ พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ได้แก่ ทำงานล้างจานอยู่ร้านก๋วยเตี๋ยว ช่วยงานอยู่ร้านขายข้าวแกง และบริษัท/โรงงาน ส่วนใหญ่ทำงานโรงงานเย็บผ้า ซึ่งมีจำนวนเท่ากันและมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 36.36 รองลงมา คือ แม่บ้าน ร้อยละ 18.18 และรับราชการ มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 9.09

อาชีพของสามี พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่มีสามีทำงานรับจ้างทั่วไป มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 54.55 รองลงมา คือ บริษัท/โรงงาน ร้อยละ 36.36 และรับราชการ มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 9.09

ประวัติการตั้งครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์ พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่ เคยตั้งครรภ์มาแล้ว 1 ครั้ง มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 36.36 รองลงมา คือ เคยตั้งครรภ์มาแล้ว 3 ครั้ง ร้อยละ 27.27 เคยตั้งครรภ์มาแล้ว 2 ครั้ง และ 5 ครั้ง มีจำนวนเท่ากันและมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 18.18

ที่พักอาศัยระหว่างตั้งครรภ์ พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ใน กรุงเทพมหานครระหว่างตั้งครรภ์ มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 81.82 และต่างจังหวัด (สมุทรปราการ) มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 18.18

การย้ายที่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ย้าย มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 91.91 และย้าย มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 9.09

ตอนที่ 2 วิเคราะห์สาเหตุที่ไม่ฝากครรภ์

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 11 ราย ที่ไม่ฝากครรภ์ พบปัญหาต่างๆดังต่อไปนี้

ปัญหาด้านตนเอง

พบว่าหญิงหลังคลอดไม่ยอมฝากครรภ์เพราะครรภ์ก่อนปกติดีไม่มีปัญหา และไม่ยอมมาเพราะไม่ยอมออกจากบ้านไม่มีคนมาเป็นเพื่อน และบอกว่าซีเกียจไม่ยอมออกจากบ้าน

(นิต) : “คนก่อนๆ ก็ฝากนะก็เห็นว่าปกติดี คนนี้ไม่ฝากครรภ์ไม่น่าจะมีปัญหา ตัวเองก็ไม่มีอาการผิดปกติอะไร”

(อ้อย) : “เป็นที่ตัวเองมากกว่าไม่ยอมมา ซีเกียจ อยากอยู่บ้านเฉยๆ ไม่อยากออกไปไหน ถ้าสามีรู้ก็กลัวเหมือนกันว่า สามีจะว่าเรื่องไม่ฝากครรภ์”

(จิต) : ปกติเป็นคนไม่ค่อยคุยกับใครอยู่แล้ว ไม่ค่อยชอบยุ่งเรื่องชาวบ้าน รู้ว่าตั้งครรภ์อยากฝากครรภ์เหมือนกัน แต่ไม่มีคนมาเป็นเพื่อน ไม่รู้จะไปหาใคร”

ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

พบว่าหญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ อยู่กับสามี ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว อยู่บ้านเช่า ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ค่าเช่าบ้าน ค่าน้ำค่าไฟ ทำให้รายได้ไม่พอใช้

(จิต) : “อยู่ที่บ้านเฉยๆ ไม่มีรายได้ สามีทำงานคนเดียว ให้เงินใช้บ้างนิดหน่อย ตัวสามีเป็นคนใจกว้างใครมายืมเงินให้หมด ตัวเองไม่มีกินไม่เป็นไร มีเงินใช้ไปวันๆ”

(ฝน) : “ต้องเสียค่าเช่าบ้าน ไม่มีบ้านอยู่ในกรุงเทพฯ เลย ค่าเช่าบ้าน 2,000 บาทต่อเดือน ค่าน้ำค่าไฟจ่ายต่างหาก รายได้มีใช้จ่ายไปวันๆ ถ้าหยุดงานก็ไม่มีเงิน สามีก็ไม่ช่วยเหลือค่าใช้จ่าย เอาแม่มาเหล้า”

(น้ำ) : “ไม่ได้ช่วยสามีทำงาน เพราะต้องเลี้ยงลูกอยู่กับบ้าน ไม่มีรายได้อะไร ต้องมาเลี้ยงลูกอีก 4 คน สามีทำงานอยู่คนเดียว ค่าใช้จ่ายก็เพิ่มมากขึ้น ที่คลอดครวนนี้ไม่รู้จะเอาเงินที่ไหนมาจ่าย”

(หน้อย) : “ค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ค่อนข้างมาก ไหนจะเดินทางมาฝาก มาอย่างน้อยก็ต้องใช้เงินครั้งละ 200 – 300 บาทต่อเดือน เงินก็ไม่มี ไม่อยากออกไปไหน”

(นัน) : “ตัวคนเดียวสามีก็มาทิ้งไปตอนตั้งครรภ์ 3 เดือน ตัวเองทำงานโรงงาน รายได้เป็นวัน ถ้าหยุดก็ไม่ได้เงิน ฝากครรภ์ก็ต้องเสียเงิน จะเอาที่ไหนมาจ่าย ถ้าไม่ทำงานจะเอาเงินที่ไหนมาคลอดลูก”

(ตา) : “จากศรีสะเกษเข้ามาทำงานในกรุงเทพฯ ไม่ได้ถึงปีก็รู้ว่าตั้งครรภ์ ไม่ได้ทำงาน สามีทำงานคนเดียว เงินเก็บก็ไม่มี ไหนจะต้องมาเสียค่าเช่าบ้านอีก ไม่มีเงินฝากครรภ์ ค่าฝากครรภ์แพง”

(หน้อย) : “สามีอยากให้ฝากครรภ์นะ แต่ไม่มีเงินฝากครรภ์ ค่าใช้จ่ายแพง ไม่มีเงิน”

ปัญหาด้านลักษณะอาชีพ

จากการศึกษาพบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่รายได้ส่วนใหญ่เป็นรายวัน หรือถ้าขาดงานจะทำให้ขาดรายได้ เพราะนายจ้างหักเงินเป็นรายวัน ถ้าไม่ได้ทำงานหรือมาทำงานสาย

(นัน) : “ทำงานโรงงานแต่ให้เงินเป็นรายวัน ถ้าหยุดงานหนักก็ไม่มีรายได้ หนูอยากเก็บเงินไว้คลอดลูก”

(ฝน) : “รับจ้างทั่วไป รายได้เป็นวัน ค่าใช้จ่ายมาก ไหนจะค่าเช่าบ้าน ค่าน้ำค่าไฟ ถ้าขาดงานไปจะเอาอะไรไปใช้จ่าย”

(แดง) : “ทำงานรับจ้างอยู่ใกล้บ้าน ช่วยข้างบ้านขายข้าวแกง ถ้าหยุดงานก็ไม่มีเงิน แต่พอรู้ว่าท้อง ก็พยายามไม่ยกของหนัก จะทำอย่างอื่นแทน จะได้เงินมาบ้าง”

(บี) : “ถ้าขาดงานวันไหนก็หักเงินไปรายได้ก็ขาด ไม่อยากหยุด ถ้าหยุดก็ไม่ได้เบี้ยขยันด้วย อยากได้เงินไว้เยอะๆ เพื่อเก็บไว้คลอดลูก”

(หน้อย) : “ล้างจานอยู่กับร้านก๋วยเตี๋ยว ถ้าหยุดงานรายได้ก็หาย จะเอาที่ไหนไว้ใช้ ไม่อยากกลางนหรือ กลัวเจ้านายไล่ออก”

มี 1 ราย ที่พบว่า ลักษณะอาชีพที่ต้องทำงานออกต่างจังหวัด ทำให้ไม่มีเวลาฝากครรภ์

(น้อย) : “ตัวเองต้องแนะนำผลิตภัณฑ์ให้ลูกค้าที่ต่างจังหวัดออกไปที่ 15 วัน กลับมาก็เหนื่อยแล้ว ไม่อยากฝากครรภ์ บางทีก็ไม่ได้กลับบ้านทั้งเดือน”

ปัญหาด้านช่วงเวลาไปใช้บริการของสถานบริการของรัฐ

พบว่า สถานบริการของรัฐจะเปิดทำงานในวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. ตรงกับเวลาการทำงานของหญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ทำให้ไม่ยากลางานหรือหยุดงานเพื่อไปฝากครรภ์ ซึ่งจะทำให้ขาดรายได้ ส่งผลถึงปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา

(ฝน) : “ถ้าเราหยุดงานเราก็ไม่ได้เงิน จะฝากครรภ์ก็ต้องลางาน รายได้ก็หาย ไม่อยากไปฝากที่คลินิกหรือรพ. ค่าใช้จ่ายแพง”

(นันท) : “เวลาทำงานเช้า 8 โมงเช้า ถึง 5 โมงเย็น ไหนจะมี OT อีกอยากได้เงินมาก ไม่อยากลางาน หยุดแต่วันอาทิตย์วันเดียว โรงพยาบาลของรัฐไม่เปิดเสาร์-อาทิตย์ ไม่อยากไปฝากครรภ์คลินิกค่าใช้จ่ายเยอะ”

ปัญหาเรื่องการย้ายที่อยู่

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ขณะตั้งครรภ์มีการย้ายที่อยู่ ตามสถานที่ทำงานไปเรื่อยๆ ไม่มีหลักแหล่งที่แน่นอน ทำให้ไม่สะดวกในการฝากครรภ์

(น้ำ) : “แต่ก่อนตัวเองทำงานก่อสร้างนะ แต่พอมีลูกก็ไม่ได้ทำงาน สามีทำงานอยู่ที่เดียวกัน ต้องย้ายที่อยู่ไปเรื่อยๆ แล้วแต่ว่าจะย้ายไปทำตรงไหน บางที่อยู่เป็นปีก็มี ตอนนี้อยู่แถวพระราม 2 ถ้าสามีย้ายไปทำที่อื่นก็ต้องย้ายไปด้วยเหมือนกัน”

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลด้านการดูแลระหว่างตั้งครรภ์

จากการศึกษาหญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ 11 ราย พบว่า มีการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านร่างกาย

สังเกตว่ามีการตั้งครรภ์

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่สังเกตว่ามีการตั้งครรภ์เนื่องจากประจำเดือนไม่มา มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หน้าท้องนูนขึ้น รู้สึกว่าลูกดิ้นในท้อง

(หนอย) : “ปกติประจำเดือนมาไม่ค่อยสม่ำเสมออยู่แล้ว มาสังเกตว่าตั้งครรภ์ตอนอายุครรภ์ 5-6 เดือน เห็นว่าไม่มีประจำเดือนมา 4 เดือน คิดว่าท้อง ท้องนูนอยู่เหมือนกัน”

(ปี) : “คนนี้ท้องที่ 5 แล้ว ไม่ได้คุมกำเนิด ไม่คิดว่าจะต้องมารู้ตอนท้องใหญ่ และเห็นว่าประจำเดือนไม่มา 4 – 5 เดือน ตอนแรกไม่คิดว่าจะท้องนะ เพราะไม่มีอาการแพ้ อะไรของหนักมาตลอด พอรู้ว่าท้อง ก็ดูแลตัวเองไม่ทำงานหนัก”

(ตา) : “หนูอยากมาทำงานกับสามีที่กรุงเทพฯ มาทำไม่ถึงปี เห็นประจำเดือนไม่มาเลยคิดว่าท้องแน่ เพราะปกติประจำเดือนหนูจะมาสม่ำเสมอ หนูเลยไม่ได้ทำงาน”

(แดง) : “มารู้ตัวอีกทีก็รู้สึกว่หน้าท้องขยายขึ้น ประจำเดือนไม่มารู้ว่าลูกดัน ก็ตกใจเหมือนกันไม่คิดว่าจะท้อง เพราะตั้งแต่หลังคลอดมาก็ไม่มีประจำเดือนเลย ลูกคนโตอายุแค่ขวบกว่าๆ เอง”

(น้อย) : “มีอาการคลื่นไส้อาเจียนในช่วง 2 – 3 เดือนแรก จากที่กินอะไรไม่ได้ก็กินได้ รู้ว่าแปลกๆ ประจำเดือนก็ไม่มา เลยคิดว่าน่าจะท้อง เพราะรู้สึกว่ท้องของตัวเองยื่นออกมา มีอาการแพ้ท้องร่วมด้วย จากของที่ตัวเองเคยชอบกินก็กินไม่ได้ อะไรที่ตัวเองไม่ชอบกินก็กินได้”

(จิต) : “ปกติเป็นคนผอมนะ แต่รู้สึกว่หน้าท้องนูนๆ ออกมา แล้วประจำเดือนไม่มา เลยคิดว่าท้องแน่ แต่ก็ไม่ได้ใส่ใจอะไร เพราะไม่เห็นมีอาการแพ้”

(นิด) : “ท้องนี้เป็นท้องที่ 3 แล้ว ก็เลยรู้ว่าตัวเองตั้งท้อง ท้องก่อนๆ เป็นผู้ขาย ครั้งนี้อายากได้ผู้หญิง แต่ก็ไม่รู้ว่าจะได้หรือเปล่า ไม่ได้ฝากครรภ์เพราะเห็นท้องก่อนๆ ก็ปกติดี”

ไม่สังเกตว่มีการตั้งครรภ์

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ คิดว่ตัวเองอ้วนขึ้นปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนอะไร และปกติประจำเดือนก็มาไม่สม่ำเสมออยู่แล้ว

(ฝน) : “ตัวเองก็กินยาคุมอยู่นะไม่คิดว่จะตั้งครรภ์ อาจเป็นเพราะกินยาคุมไม่สม่ำเสมอ หรือว่ายาคุมหมดอายุก็ไม่รู้ ตอนแรกไม่คิดว่จะมีน้อง คิดว่ตัวเองอ้วน ปกติก็ตัวกลมอยู่แล้ว”

(น้ำ) : “เป็นคนผอมบาง ตอนท้องมารู้ตัวอีกทีก็ใกล้คลอดนะ เพราะท้องไม่ค่อยใหญ่ คิดว่ตัวเองอ้วน ประจำเดือนที่ไม่มาก็ไม่ได้สงสัยอะไร เพราะปกติประจำเดือนก็มาไม่ค่อยสม่ำเสมออยู่แล้ว”

ด้านจิตใจ

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ 11 ราย พบว่ มีปัญหาด้านจิตใจ ดังนี้

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ที่ไม่ยากได้ทารกในครรภ์

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ไม่ยากได้ทารกในครรภ์ เนื่องจากมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ถ้ามีเพิ่มอีกคนจะเป็นภาระทำให้มีปัญหาด้านค่าครองชีพตามมา

(บี) : “ท้องนี้หลงมาไม่ยากได้เลย ที่มีอยู่ 4 คนก็จะแยแล้ว พอรู้ว่าตั้งครรภ์อยากจะทำอะไร เคยกินยาขับออกนะตอนอายุครรภ์ได้ 2 เดือน แต่เด็กไม่ยอมออกนะ ขณะตั้งครรภ์ก็คิดจะทำอะไรออกตลอดเลยนะ รอเงินอยู่ ถ้ามีเงินเมื่อไหร่ก็จะเอาออกอยู่ดี ตอนตั้งครรภ์ได้ 4 - 7 เดือน คิดว่ถ้ามีเงินก็จะเอาออกอีก แต่ไม่มีเงิน พอคลอดได้เด็กผู้หญิงก็ดีใจนะ เพราะเด็กผู้หญิงเลี้ยงง่ายไม่ค่อยดื้อ”

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ที่รู้สึกเฉย ๆ ต่อทารกในครรภ์

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ เมื่อตั้งครรภ์แล้วก็แล้วไป ยอมรับได้

(จิต) : “เคยมีลูกกับสามีคนเก่า 2 คน ไม่คิดว่าจะมีลูกกับสามีคนใหม่ แต่ถ้ามีก็ไม่ใช่ไร”

(น้ำ) : “เบื่อกับลูกคนนี้ ไม่คิดว่าจะท้องเลย ที่มีอยู่ 4 คน ก็ลำบากแล้ว คิดว่าจะเอาออกเหมือนกันนะ เพราะมีภาระค่าใช้จ่ายมาก แต่ก็ไม่อยากทำร้ายเขานะ ถ้ามีแล้วก็ไป”

(นิต) : “ท้องนี้เป็นท้องที่ 3 แล้ว ท้องก่อนเคยฝากครรภ์ ท้องนี้ไม่ตั้งใจมี แต่ถ้ามีแล้วก็แล้วไป”

(ฝน) : “ตั้งใจมาทำงานที่กรุงเทพฯ กับแฟน พอมาอยู่กรุงเทพฯ ได้ไม่เท่าไร ก็รู้ว่าตั้งครรภ์เลยไม่ได้ทำงาน”

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ อยากได้ทารกในครรภ์

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ตั้งใจอยากมีลูกคิดว่าจะได้มีเพื่อน และคิดว่าอายุมากแล้ว ถ้ามีน้องตอนอายุมากจะมีปัญหา

(อ้อย) : “ท้องนี้เป็นท้องที่ 2 นะ สามีเป็นชาวปากีสถาน ลูกชายคนโตเป็นผู้ชาย น่ารัก อยากได้ลูกผู้หญิง เพราะจะได้โตมาสวยน่ารักเหมือนลูกครึ่ง”

(จิต) : “มีน้องก็ดีเหมือนกันจะได้มีเพื่อน ตัวเองไม่ค่อยไปไหน ไม่ค่อยสูงส่งกับใคร ถ้ามีน้องจะได้เป็นเพื่อนกัน”

(น้อย) : “ตอนแรกก็ไม่คิดอยากได้นะ เพราะต้องทำงานออกต่างจังหวัดไม่ค่อยมีเวลาเลี้ยงลูกหรอก แต่พอรู้ว่ามีน้องก็ดีใจนะ เพราะเป็นท้องแรก ตัวเองก็อายุเยอะขึ้นเรื่อยๆ เดี่ยวมีลูกตอนอายุมากจะไม่แข็งแรง”

(นันท) : “พอรู้ตัวว่าท้องก็ดีใจนะอยากมีน้อง ไปบอกสามี สามีก็หายไปเลย แต่ก็อยากได้นะไม่คิดจะทำแท้งหรอก เหมือนเป็นตัวแทนเขา จะได้มีเพื่อน”

(ตา) : “ท้องนี้ท้องที่ 5 นะ พอรู้ว่าตั้งครรภ์ตอนแรกก็ไม่ค่อยอยากได้นะ เพราะที่มีอยู่ก็เหนื่อยจะแย่อยู่แล้ว แต่ถ้าเกิดมาก็เลี้ยงได้นะตามมีตามเกิด”

ด้านเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ มีปัญหาตอนหลังคลอดพบภาวะความดันโลหิตสูง 1 ราย ต้องได้รับยา และการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อลดหรือควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง

(แดง) : “มารู้ว่าตัวเองเป็นความดันโลหิตสูงตอนหลังคลอด แต่ตัวเองไม่รู้สึกราวมีอะไรผิดปกตินะ พยาบาลบอกว่าความดันโลหิตสูง ต้องนอนพัก ต้องฉีดยา แต่ตัวหนูเฉยๆ นะ ไม่มีอาการตาพร่ามัวหรือหน้ามืดอะไร”

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มีอาการปกติ มีอาการคลื่นไส้อาเจียนบ้างแต่ไม่มาก สามารถทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

(จิต) : “ไม่เห็นมีอาการแพ้ท้องอะไร ทำงานได้ตามปกติ ไม่รู้สึกคลื่นไส้อาเจียน หรือมีมือเท้าบวม”

(น้อย) : “ก็มีคลื่นไส้อาเจียนในช่วง 2 – 3 เดือนแรกนะ ถือว่าปกติ ออกต่างจังหวัดมีคนขับรถให้ก็นอนพักเอา เลยมานะ 2 – 3 เดือนก็ดีขึ้น จากที่บางอย่างกินไม่ได้ก็กินได้ดี ที่เคยชอบกลับกินไม่ได้”

(นันท) : “หนูโชคดีนะที่ไม่แพ้ท้อง ไม่อย่างนั้นหนูทำงานไม่ได้แน่ หนูกลัวนายจ้างจะรู้ แต่ก็ไม่มีอาการอะไร”

ด้านภาวะโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ มีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์และไม่ได้ฝากครรภ์ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายจะช่วยให้ลูกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรงได้

(อ้อย) : “รู้ตัวว่าตั้งครรภ์ก็บอกสามี สามีก็ซื้อยาบำรุงมาให้กิน บอกว่าสำหรับหญิงตั้งครรภ์ กับรังนก แบริน สามีอยากให้ลูกแข็งแรง ซื้ออาหารบำรุงมาให้ตลอด ผักผลไม้ซื้อมาให้กินตอนอยู่ปากีสถาน เพราะไม่ได้ฝากครรภ์ ก็ว่าจะฝากครรภ์ตอนกลับมาก็ไม่ได้ฝากครรภ์ และคิดว่าการกินอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยได้บ้าง”

(น้อย) : “กินอาหารเพิ่มจากเดิมนะ จากตอนแรกก่อนท้อง กินข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ไม่ได้ ก็กินได้นะ ซื้อมะม่วงเพิ่มและอาหารสำหรับบำรุงครรภ์นะ ไหนๆ ตัวเองก็ไม่ได้ฝากครรภ์ กินอะไรที่มีประโยชน์ต่อตนเองและลูกได้ก็จะกิน”

(นิต) : “คนนี้ได้ฝากครรภ์ เพราะคิดว่าคนก่อนๆ ที่คลอดมาก็ปกติดี ไม่ได้ไปหาหมอ แต่ก็กินอาหารบำรุงช่วยนะ นมสำหรับตั้งครรภ์ก็กินนะ เพราะท้องก่อนๆ ที่เคยฝากครรภ์หมอก็แนะนำเรื่องการกินอาหารนะ พยายามหลีกเลี่ยงพวกกาแฟ ก็จะไม่กินนะ อาหารหมักดองก็ไม่กิน”

(ตา) : “พยายามกินอาหารที่มีประโยชน์นะ เพื่อนบ้านเคยมีประสบการณ์คลอดลูกมาแล้วก็คอยดูแลเรานะ เราก็จะถามตลอดแหละว่ากินอะไรได้หรือไม่ได้”

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ มีการรับประทานอาหารตามปกติ

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ แต่ไม่มีเวลาในเรื่องของการเลือกรับประทานอาหาร เนื่องจากมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และต้องทำงาน ทำให้ไม่ได้ใส่ใจในเรื่องของการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อตนเองและทารกในครรภ์

(จิต) : “กินอาหารตามปกติไม่ได้บำรุงอะไรพิเศษ เพราะว่าไม่มีเงิน ไม่มีอาการแพ้ หรืออยากกินอะไรเป็นพิเศษ”

(นัน) : “พอรู้ว่ามัน้องก็ดีใจนะ แต่สามีก็มาทิ้งหนูไปตอนท้อง 3 เดือน เงินก็มีใช้ไปวันๆ เมื่อไม่มีอาการแพ้อะไร กินอาหารได้ตามปกติ ก็กินไปตามนั้น”

(บี) : “ลูกคนนี้ ลูกหลงนะ จริงๆ ไม่อยากได้อะไรจะเอาออก เลยไม่ได้คิดจะบำรุงอะไร ก็กินไปตามปกติ”

(ฝน) : “ทำงานเกือบทุกวัน ไม่มีเวลาบำรุงอะไรหรอก พักกลางวันก็กินอาหารตามสั่ง กลับบ้านก็ซื้ออาหารถุงกิน เพราะอยู่ตัวคนเดียว ไม่อยากทำอะไรให้ยุ่งยาก”

(น้ำ) : “ก็กินตามปกตินะ ภาระค่าใช้จ่ายมันมีมากนะ ไหนจะมีลูกอีกตั้ง 4 คน รายได้ก็ไม่ค่อยพอจะใช้จ่าย กินอะไรได้ก็กิน ตัวเองก็ไม่มีอาการอยากกินอะไรที่แปลกๆ หรือผิดปกติ”

การเตรียมความพร้อมก่อนคลอด

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ทราบถึงอาการใกล้คลอดทั้งหมด เพราะบางคนมีประสบการณ์ด้านการคลอดมาแล้ว ที่เป็นครรภ์แรกก็สอบถามกับผู้ที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว เช่น ญาติ เพื่อนบ้าน เป็นต้น

(น้อย) : “เคยถามอาการใกล้คลอดจากคนรู้จัก ว่าใกล้คลอดมีอาการอย่างไร ตอนตัวเองใกล้คลอดรู้สึกปวดท้องมาก มีอาการเจ็บ มีน้ำเดินออกมา เลยรู้ว่าใกล้คลอดแน่เลย ให้แฟนพามาโรงพยาบาล”

(หนอย) : “เคยถามผู้ใหญ่เหมือนกันว่าอาการใกล้คลอดเป็นอย่างไร พอรู้ว่าตัวเองเจ็บท้องมากอยากถ่ายแต่ถ่ายไม่ออก มีน้ำเดินออกมาเลยคิดว่าน่าจะคลอดแน่ เผลอญมาพักบ้านญาติ ญาติบอกว่าใกล้คลอดแล้วเลยพามาโรงพยาบาล”

(บี) : “คนนี้เป็นคนที่ 5 แล้ว เคยคลอดมาก่อน พอรู้ตัวว่าปวดท้องมากขึ้น มีน้ำเดินออกมาจากทางช่องคลอด ก็รีบมาโรงพยาบาลเลย”

(นัน) : “ตั้งใจอยากมีลูกแล้ว แต่เป็นคนแรกอาการใกล้คลอดก็ยังไม่รู้เป็นอย่างไร แต่ความที่ตัวเองอยู่ตัวคนเดียวเช่าห้องพักอยู่ เลยถามคนข้างบ้านเพราะเคยคลอดลูกมาแล้วว่าอาการใกล้คลอดเป็นอย่างไร พอดีตอนตัวเองใกล้คลอดรู้สึกปวดท้องเหมือนอยากถ่าย แต่ก็ถ่ายไม่ออก มีอาการปวดเป็นระยะๆ เจ็บบ้างไม่เจ็บบ้าง แต่มีน้ำใสๆ ออกมา เลยไปหาคนข้างบ้านรีบพามาโรงพยาบาล”

ด้านการวางแผนเดินทางมาคลอด

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ มีการวางแผนเดินทางมาคลอด

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ที่มีอาชีพทำงานบริษัท / โรงงาน ทำประกันสังคมอยู่ หรือเคยมีประสบการณ์การคลอดที่โรงพยาบาลนี้มาก่อนทำให้อยากมาคลอดที่โรงพยาบาลเดิม

(น้อย) : “ตัวเองทำงานบริษัทอยู่ ทำประกันสังคมอยู่โรงพยาบาลนี้ ยังไงก็ต้องมาคลอด ณ ที่นี้ก็จะเบิกได้ อีกอย่างใกล้ที่ทำงานด้วยสะดวกกว่าที่อื่น”

(อ้อย) : “ท้องก่อนๆ ก็มาคลอดที่โรงพยาบาลนี้ ครรภ์นี้ก็เลยมาคลอดที่นี่ แพทย์และพยาบาลให้การดูแลดี แพนบอกว่ามาคลอดที่นี่ดีกว่า”

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ไม่มีการวางแผนเดินทางมาคลอด

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่ เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ใกล้คลอด ญาติหรือสามีจะพามาโรงพยาบาลที่ใกล้มากที่สุด คิดว่าไปคลอดที่โรงพยาบาลไหนก็ได้

(ตา) : “พอดีตัวเองมาเยี่ยมญาติแถวๆ เจริญกรุง แล้วรู้สึกปวดท้อง มีน้ำเดิน ญาติเลยพามาโรงพยาบาลนี้”

(จิต) : “ย้ายที่อยู่ ตอนนี้อยู่แถวสะพานแขวน โรงพยาบาลนี้ก็ใกล้ที่สุดแล้ว พอรู้ว่าใกล้คลอดก็มาโรงพยาบาลใกล้ๆ สะดวกกว่า”

ด้านการเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับทารก

มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับทารก พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่จะเป็นของใช้ทั่วไป ผ้าอ้อม ที่นอน บางรายใช้ของเดิมที่มีอยู่แล้ว เนื่องจากเคยผ่านมากดตั้งครรภ์มาแล้ว มีของใช้สำหรับบางอย่างอยู่แล้ว

(บี) : “ของเล่นของคนเล็กยังอยู่หน้าจะใช้ได้สำหรับคนนี้ ไม่ต้องเตรียมอะไรมาก เพราะมีของเดิมอยู่แล้ว”

(อ้อย) : “ชื่อของใช้สำหรับเด็กอ่อนมาเตรียมไว้บ้างแล้ว ส่วนใหญ่ซื้อผ้าอ้อม ผ้าขนหนู ผ้าห่ม มีที่นอนมารองด้วย เพราะว่าต้องเตรียมมาใช้สำหรับลูก”

(น้อย) : “สามีซื้อเตรียมไว้ให้ เพราะตัวเองต้องออกต่างจังหวัด มีเสื้อผ้า น้ำยาซักผ้าเด็ก ขวดนม ผ้าอ้อม”

ไม่มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับทารก พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์บางคนก็อาจกลัวว่าเป็นของเก่าผู้ใหญ่ห้ามใช้จะไม่ดีกับเด็ก บางรายก็บอกว่าไม่มีเงินจะซื้ออุปกรณ์ของใช้ให้กับเด็ก

(นัน) : “หนูไม่ได้เตรียมของใช้สำหรับทารกหรอกคะ ผู้ใหญ่บอกว่าห้ามเตรียมให้ลูกคลอดก่อนค่อยซื้อของ เดี๋ยวลูกจะไม่แข็งแรง”

(หน้อย) : “ไม่รู้ว่าลูกจะคลอดออกมาเป็นผู้หญิงหรือว่าผู้ชาย ไม่สามารถเตรียมไว้ รอให้รู้ก่อนว่าเป็นชายหรือหญิงจะได้เลือกซื้อได้ถูก”

(จิต) : “หนูเป็นคนไม่ค่อยอยากออกไปไหน เลยไม่ได้เตรียมอะไร เงินก็ไม่ค่อยมี ไว้คลอดลูกก่อน แล้วค่อยหาทีหลัง”

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ต่อตนเอง

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ คิดว่าการฝากครรภ์จะทำให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรง ปลอดภัย เนื่องจากจะได้รับคำแนะนำในเรื่องการดูแลครรภ์และได้รับยามาบำรุงร่างกาย

(บี) : “หมอจะตรวจเลือดให้แน่ใจว่าเป็นอะไรหรือเปล่าจะได้ให้ยาบำรุง มารดาจะได้มีสุขภาพแข็งแรง มีวัคซีนให้มารดาจะได้มีภูมิต้านทานต่อโรค”

(น้อย) : “ฝากดีกว่าไม่ฝากครรภ์อยู่แล้ว เราจะได้รู้ว่าเป็นอะไรหรือเปล่า มีโรคอะไรไหม ถ้ามีหมอจะได้รักษาได้”

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ต่อทารกในครรภ์

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ คิดว่าการฝากครรภ์จะทำให้ลูกในครรภ์ปลอดภัย ไม่คลอดก่อนกำหนด เด็กออกมาจะแข็งแรงสมบูรณ์

(ตา) : “ถ้าฝากครรภ์ เราจะได้รู้ว่าทารกในครรภ์แข็งแรงหรือไม่”

(นัน) : “จะทำให้ลูกปลอดภัยถ้าฝากครรภ์เด็กจะแข็งแรง”

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ มีการรับรู้ประโยชน์ต่อตนเองและทารกในครรภ์

พบว่า หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ คิดว่าการฝากครรภ์จะทำให้ตนเองและลูกในครรภ์ปลอดภัย แข็งแรง เนื่องจากแพทย์จะดูแลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ ถ้ามีอาการผิดปกติอะไร จะได้รับการช่วยเหลือดูแลให้ปลอดภัยทั้งแม่และลูก

(จิต) : “ถ้าฝากครรภ์จะได้รับคำแนะนำจากหมอและพยาบาลในการดูแลตนเอง เรื่องอาหาร เรื่องยา และด้านลูก หมอจะตรวจครรภ์ว่า ครรภ์เราผิดปกติอะไรหรือไม่”

(อ้อย) : “ถ้าได้ฝากครรภ์จะทำให้ดีต่อตัวเองทำให้แข็งแรงและลูกจะปลอดภัยด้วย และหมอจะให้ยามาบำรุง นัดตรวจเป็นระยะๆ เพื่อดูว่ามีอะไรผิดปกติหรือไม่ ส่วนแม่จะให้วัคซีนภูมิคุ้มกันให้ด้วย

(หน้อย) : “ฝากครรภ์ก็ดีกว่าไม่ฝาก จะได้รู้ว่าเราเป็นอะไร ลูกเป็นอย่างไร ถ้าเป็นโรค แพทย์จะได้รักษาได้ทัน”

(ปี่) : “ถ้าฝากครรภ์จะทราบผลเลือด ถ้าฉีดปกติจะได้รักษา เด็กในครรภ์ฉีดปกติจะได้รู้และแม่ก็ได้ปลอดภัย”

(น้ำ) : “ฝากครรภ์แล้วจะได้ยามากิน หมอจะถามว่าลูกเป็นอย่างไร ฉีดปกติหรือเปล่า จะแนะนำอาหารและการดูแลเรื่องตัวเองเมื่อมีอาการผิดปกติอะไรจะได้มาพบแพทย์”

(ตา) : “เพื่อที่เข้าบ้านอยู่ บอกว่าถ้าไปหาหมอ หมอจะได้ตรวจสอบสุขภาพของแม่และลูกจะได้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งแม่และลูก”

(แดง) : “อยากฝากครรภ์จะได้ตรวจดูว่าเราและลูกแข็งแรงไหม แต่ก็ไม่อยากรบกวน ถ้าได้ฝากครรภ์คงจะรู้สึกสบายใจมากกว่านี้ แต่ก็ดีนะที่ลูกออกมาปลอดภัยแข็งแรง”

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขป ความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโลกทัศน์ของหญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ปัจจัยด้านชีวสังคม ต่อไปนี้มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์
 - 1.1 อายุ
 - 1.2 สถานภาพสมรส
 - 1.3 ระดับการศึกษา
 - 1.4 รายได้ครอบครัว
 - 1.5 อาชีพ
 - 1.6 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด
2. ปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์
 - 2.1 การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์
 - 2.2 การรับรู้ประโยชน์การฝากครรภ์
3. ปัจจัยด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ต่อไปนี้มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์
 - 3.1 ความรู้ในการฝากครรภ์
 - 3.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคลและบุคลากรทางการแพทย์
 - 3.3 ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ หญิงหลังคลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ จำนวน 320 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 296 ; อ้างอิงมาจาก Yamane. 1967 : 886-887) เป็นผู้ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ จำนวน 192 คน ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 99 คน และไม่ฝากครรภ์ จำนวน 29 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด และแบบสัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ประเภทของการมาฝากครรภ์

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงหลังคลอด โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

ตอนที่ 3 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และค่าระดับของตัวแปรดังกล่าว

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวิตสังคม สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และความเชื่อด้านสุขภาพ กับการฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และการไม่ฝากครรภ์ โดยใช้สถิติค่า ไค-สแควร์ (Chi-square) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2 และ 3

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบ่งเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านสาเหตุที่ไม่ฝากครรภ์

ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านการดูแลระหว่างตั้งครรภ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมประมวลผลข้อมูลสำเร็จรูป แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ประเภทของการมาฝากครรภ์

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และค่าระดับของตัวแปรดังกล่าว

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวิตสังคม สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และความเชื่อด้านสุขภาพ กับการฝากครรภ์ โดยใช้สถิติค่า ไค-สแควร์ (Chi-square) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2 และ 3

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบ่งเป็น 3 ตอน โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพหรืองานประจำ อาชีพของสามี ประวัติการตั้งครรภ์ ที่พักอาศัยขณะตั้งครรภ์ การย้ายที่อยู่ขณะตั้งครรภ์

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้านสาเหตุที่ไม่ฝากครรภ์ ตามตัวแปร ด้านเศรษฐกิจ ลักษณะอาชีพ ด้านครอบครัว ด้านปัญหาช่วงเวลาการให้บริการของสถานบริการของรัฐ

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลด้านการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ตามตัวแปร ด้านการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ การเตรียมความพร้อมก่อนคลอด และการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 320 คน เป็นกลุ่มที่ฝากครรภ์ ครบตามเกณฑ์ 192 คน (ร้อยละ 60.00) ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 99 คน (ร้อยละ 30.94) และไม่ฝากครรภ์ 29 คน (ร้อยละ 9.06)

สรุปผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26 – 30 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ประมาณ 3,001 – 8,000 บาท เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกและไม่เคยแท้งบุตร นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีระดับการศึกษากระจายอยู่ระหว่างประถมศึกษา และมัธยมศึกษา มีอาชีพกระจายอยู่ระหว่าง แม่บ้านและทำงานบริษัท / โรงงาน

2. วิเคราะห์สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติและความเชื่อด้านสุขภาพ

ความรู้ในการฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ มีความรู้ในการฝากครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีความรู้ในการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดมีความรู้ในการฝากครรภ์ระดับต่ำ

การรับรู้ข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคล บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้ข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคล บุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับดี กลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์กับไม่ฝากครรภ์ มีการรับรู้ข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคล บุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดมีการรับรู้ข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคล บุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล บุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับดี

ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ มีความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง โดยรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลในระดับสูง

การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ กลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์และไม่ฝากครรภ์ โดยรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ในระดับมาก

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ กลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์และไม่ฝากครรภ์ โดยรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์อยู่ในระดับมาก

3. วิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน

3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ

สถานภาพสมรส อาชีพ ลำดับการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการแท้ง ความรู้ในการฝากครรภ์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคล บุคลากรทางการแพทย์ ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์

3.2 อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์หลังคลอด โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 320 คน เป็นกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 192 คน (ร้อยละ 60.00) กลุ่มฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 99 คน (ร้อยละ 30.94) และกลุ่มไม่ฝากครรภ์ 29 คน (ร้อยละ 9.06) ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.1 สถานภาพสมรสของหญิงหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.2 นั่นคือ สถานภาพการสมรสที่แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์แตกต่างกัน จากการศึกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีผลต่อการฝากครรภ์ของกลุ่มที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์และไม่ฝากครรภ์ กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสที่เป็นม่าย หย่า / แยกกันอยู่ในกลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์มีสูงกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ดังนั้นสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการสนับสนุนให้มาฝากครรภ์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริดา กาญจนรังษี (2538 : 59) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่

จะได้รับการช่วยเหลือจากสามี มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาพูดคุย แสดงความคิดเห็นและมีส่วนส่งเสริมให้หญิงหลังคลอดมีการฝากครรภ์เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นีรนาท วิทยโชคกิตติคุณ (2534 : 38) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ โสด ม่าย หย่า แยก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จุไรรัตน์ หงษ์เวียงจันทร์ (2541 : 85) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของข้าราชการทหารหลังเกษียณอายุราชการ พบว่า สถานภาพสมรสคู่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของข้าราชการทหารหลังเกษียณอายุราชการ

1.2 อาชีพของหญิงหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.5 นั่นคือ อาชีพที่แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์ มีอาชีพทำงานบริษัท/โรงงาน สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์ ทำให้ไม่มีเวลาไปฝากครรภ์ เนื่องจาก บริษัท / โรงงาน มีการทำงานเป็นเวลาและตรงกับช่วงเวลาของการเปิดให้บริการของสถานบริการของรัฐ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์ไม่ยอมกลางานหรือหยุดงานเพื่อมาฝากครรภ์ อีกทั้งการขาดงานทำให้ขาดรายได้ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อค่าครองชีพของกลุ่มตัวอย่าง และการมาฝากครรภ์ต้องใช้เวลาในการมาฝากครรภ์ทั้งวัน ทำให้เสียทั้งเวลา ขาดทั้งรายได้ และต้องมีค่าใช้จ่ายในขณะเดินทางมาฝากครรภ์อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกดา ภูทอง (2529 : 98) ได้ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ : ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยและเด็กเขต 9 ยะลา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 630 ราย พบว่า อาชีพของหญิงมีครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536 : 106) พบว่าอาชีพของสตรีที่แตกต่างกัน มีสัดส่วนของการฝากครรภ์ในแต่ละช่วงอายุครรภ์ และจำนวนครั้งการฝากครรภ์ไม่แตกต่างกัน

1.3 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ลำดับการตั้งครรภ์และจำนวนครั้งของการแท้งบุตร มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.6 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดที่มีลำดับการตั้งครรภ์ ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นครรภ์แรกจะมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์และไม่ฝากครรภ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นการเพิ่มบทบาทใหม่ในชีวิตที่ต้องมีการเตรียมตัวหลายประการ ประการหนึ่ง คือ การแสวงหาความปลอดภัยให้ตนเองและทารกในครรภ์ ซึ่งถือว่าเป็นพัฒนาการอย่างหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์ (Rubin cited in Moore. 1978 : 197) สอดคล้องกับ มาสโลว์ (Maslow cited in Chapman. 1985 : 55) ได้กล่าวว่าความต้องการ

พื้นฐานขั้นที่สองของมนุษย์ คือความต้องการมั่นคงและปลอดภัย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์และไม่ฝากครรภ์ มีลำดับการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในครรภ์หลัง ซึ่งเคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์มาก่อนแล้ว บางครั้งจึงละเลยการฝากครรภ์ เพราะคิดว่าการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา ไม่มีภาวะผิดปกติแต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดที่มีจำนวนครั้งการแท้งบุตรที่แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์จะอยู่ในกลุ่มที่ไม่เคยแท้งบุตรเลยสูงกว่า กลุ่มที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และไม่ครบตามเกณฑ์ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์ ไม่ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และอันตรายต่อทารกในครรภ์ จนทำให้เกิดการแท้งบุตร ทำให้ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการแท้งบุตรในกลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์ มีการแท้งบุตรน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และไม่ครบตามเกณฑ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์มีประสบการณ์ขณะตั้งครรภ์ที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และทารกในครรภ์น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์

1.4 ความรู้ในการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.1 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในการฝากครรภ์แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์ มีความรู้ในระดับดี สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และไม่ครบตามเกณฑ์ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์มีความรู้ในการฝากครรภ์ที่ดี ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง ประกอบกับ อาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์ ทำงานบริษัท / โรงงาน และรายได้ต่ำกว่า 8,001 บาทต่อเดือน ทำให้ไม่อยากฝากครรภ์เพราะจะทำให้ขาดงาน ขาดรายได้ เสียเวลาในการเดินทางฝากครรภ์ ผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กรองกาญจน์ ศิริภักดี (2530 : 81) ได้ศึกษาภาวะเสี่ยงและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับการปฏิบัติตน ในระยะตั้งครรภ์ในหญิงที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 ราย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535 : 106) ได้ศึกษาการรับบริการฝากครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงที่คลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 398 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ อรุณี พึ่งแพง (2544 : 116) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 460 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.5 การรับรู้ข่าวสาร/คำแนะนำจากบุคคล, บุคลากรทางการแพทย์ของหญิงหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.2 นั่นคือ ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคล บุคลากรทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ที่มีการรับรู้ข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคล บุคลากรทางการแพทย์ ในกลุ่มระดับดีรวมกับกลุ่มระดับปานกลางมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์และไม่ฝากครรภ์ จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์ มีอาชีพทำงานบริษัท / โรงงาน มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 8,001 บาทต่อเดือน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยเมื่อเทียบกับค่าครองชีพในปัจจุบันทำให้ไม่มีเวลาสนใจการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ อาชีพเป็นแม่บ้าน ทำให้มีเวลาที่จะศึกษาหาความรู้ในเรื่องของการฝากครรภ์จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์ ซึ่งการศึกษครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ

สุพรรณีย์ จันทิพัทธ์ (2534 : 56) ได้ศึกษาพฤติกรรมการฝากครรภ์ของสตรีในชนบทไทย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 501 ราย พบว่า สตรีมีสื่อในการรับข่าวสารเพิ่มขึ้น การฝากครรภ์จะเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณา หิมะสุข (2540 : 38) ได้ศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายของการตั้งครรภ์อายุเกิน 35 ปี พบว่า หลังจากได้รับคำแนะนำ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุเกิน 35 ปี มีการรับรู้ความเสี่ยงของอันตรายของการตั้งครรภ์มากขึ้น และหลังจากได้รับคำแนะนำการตรวจน้ำคร่ำ หญิงตั้งครรภ์คิดว่าจะมารับการตรวจมากกว่าไม่รับการตรวจ ร้อยละ 61.80 และ 38.50 ตามลำดับ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535 : 113) ได้ศึกษาลักษณะการรับบริการฝากครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงที่คลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 398 คน พบว่า ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ นั่นคือ ในกลุ่มฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ไม่มีความแตกต่างกันมากนักในเรื่องของระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ

1.6 ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลของหญิงหลังคลอด มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.3 นั่นคือ ระดับความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีระดับความพึงพอใจในระดับสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มาฝากครรภ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีการมาฝากครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ได้มีโอกาสได้ใกล้ชิดกับบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการบริการ จากเจ้าหน้าที่ ในด้าน

การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ ทำให้เกิดความพึงพอใจของโรงพยาบาลมากกว่า ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟรานซิส และคณะ (Francis, et al. 1969 : 535) ศึกษาพบว่า มารดาที่ให้ความร่วมมือในการดูแลบุตรเป็นอย่างดีเป็นเพราะ ได้รับความพึงพอใจจากการพบแพทย์ รู้สึกว่าแพทย์ให้ความเป็นกันเอง และเข้าใจปัญหาของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al. 1974 : 210) พบว่าความพึงพอใจแพทย์ผู้รักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535 : 113) ได้ศึกษาลักษณะการรับบริการฝากครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงที่คลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 398 คน พบว่า ความพึงพอใจต่ออัยยาศัยเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ โชติมา สุทันติกร (2546 : 92) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับการตรวจทางกลุ่มดาวน์ ของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการรับการตรวจทางกลุ่มอาการดาวน์ของหญิงตั้งครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

1.7 การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงหลังคลอด มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2.1 นั่นคือ ระดับการรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงหลังคลอดอยู่ในระดับมาก สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ การตกเลือด แพ้ท้องอย่างรุนแรง มือบวม หน้าบวม เท้าบวม ปวดศีรษะมากติดต่อกันหลายวัน ตาพร่ามัว ชัก จากบุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางการแพทย์หรือจากสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุโทรทัศน์ ทำให้หญิงหลังคลอดรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลได้ว่า เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่างๆ เหล่านี้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อบุตรในครรภ์ได้ จากการศึกษาพบว่า มีการรับรู้ภาวะคุกคามในระดับมาก อาจส่งผลให้เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีระหว่างตั้งครรภ์ โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้และยังมีการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งทำให้มีการฝากครรภ์เพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : 101) ได้ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ : ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 9 ยะลา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 630 ราย พบว่า การรับรู้โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์มาก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์จะสูงกว่า ผู้ที่

รับรู้ถึงโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535 : 107) ได้ศึกษาการรับบริการฝากครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงที่คลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 398 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการรับรู้อันตรายและความรุนแรงของอาการแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.8 การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอด มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2.2 นั่นคือระดับการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ระดับมากกว่า กลุ่มฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ทำให้มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้ประดษณ์ของการฝากครรภ์จะแสดงถึงความสัมพันธ์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการดูแลขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้ประโยชน์ที่ได้รับ คือ การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อบุตรในครรภ์ได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : 102) ได้ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ : ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 9 ยะลา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 630 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับบริการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535 : 108) ได้ศึกษาลักษณะการรับบริการฝากครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงที่คลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 398 คน พบว่า เกือบทั้งหมดของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละกลุ่มมีการรับรู้ว่าการฝากครรภ์มีประโยชน์มาก แต่ไม่สามารถวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ได้ ซึ่งน่าจะเป็นผลของการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ในเรื่องการฝากครรภ์ที่มีมานาน ว่าหญิงตั้งครรภ์จะต้องได้รับการฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จึงรับทราบว่าการฝากครรภ์มีประโยชน์

2. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์

2.1 อายุของหญิงหลังคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของ 1.1 นั่นคือ ระดับอายุของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุในช่วงวัยเจริญพันธุ์ ความแตกต่างในแต่ละกลุ่มจึงไม่มากนัก อีกทั้งในกลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรกและไม่เคยแท้งบุตรเลย ทำให้ไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์และไม่มีความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะ

ตั้งครรภ์ ดังนั้นอายุไม่ใช่ตัวแปรสำคัญในการฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544 : 111) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาล ศิริราช กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 460 คน พบว่า อายุของหญิงตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุดา ภูทอง (2529 : 98) ได้ศึกษาลักษณะทางประชากรและสังคม เศรษฐกิจในการรับบริการฝากครรภ์หรือไม่ฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง 630 ราย พบว่า อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20 – 40 ปี รองลงมา คือ 25 – 29 ปี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

2.2 ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.3 นั่นคือ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างของทั้ง 3 กลุ่มมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจึงคล้ายคลึงกัน ซึ่งการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นไม่ได้มีการสอนในเรื่องของการฝากครรภ์ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และไม่ครบตามเกณฑ์ ที่มาฝากครรภ์ น่าจะมีผลมาจาก ประสบการณ์การเรียนรู้ การได้รับคำแนะนำ การรับรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำรงชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคนที่แตกต่างกันไป ซึ่งสอดคล้องกับ สุพิศ สุวรรณประทีป (2535 : 104) ได้ศึกษาลักษณะการรับบริการฝากครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงที่คลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 398 คน พบว่า ระดับการศึกษาของสตรีไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544 : 112) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง 460 คน พบว่า ระดับการศึกษาของสตรี ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากหญิงหลังคลอดส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาประกอบกับการรับรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำรงชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคนที่ผ่านประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งยังได้รับความรู้ นอกเหนือจากสถานศึกษาเพิ่มเติม เช่น จากสื่อต่างๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ รวมทั้งได้พบปะพูดคุยกับบุคคลต่างๆ ในสังคม เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ตนเองมีความรู้และมีการวางแผนการปฏิบัติตนเพื่อความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุดา ภูทอง (2529 : 98) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ : ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 9 ยะลา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 630 คน พบว่า ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

2.3 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1.4 นั่นคือ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่ฝากครรภ์ จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่เรียกว่า โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ซึ่งรวมทั้งการฝากครรภ์และคลอดบุตรด้วย ทำให้ประชากรที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายที่ถูกลง ดังนั้น รายได้ของครอบครัวของหญิงหลังคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สูดา ภูทอง (2529 : 98) ได้ศึกษาลักษณะทางประชากรและสังคม เศรษฐกิจ ในการรับบริการฝากครรภ์ หรือไม่ฝากครรภ์ ของหญิงมีครรภ์ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 630 ราย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจรรุวรรณ รั้วไพบูลย์ (2532 : ก-ค) ได้ศึกษาลักษณะการฝากครรภ์ของผู้มาคลอดในหออคลอด กองสูตินรีเวชกรรม วชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 609 ราย พบว่า ลักษณะการฝากครรภ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ($p < .05$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีศนา พวงบุญเรือง (2530 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 280 คน พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมิตตา สว่างทุกซ์ (2539 : 84) ได้ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 202 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพด้านโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544 : 117) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 460 คน พบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปผลการวิจัย

หญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์นั้นไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์เท่าที่ควร ถึงแม้ว่าหญิงหลังคลอดที่ไม่ฝากครรภ์จะทราบถึงผลดีของการฝากครรภ์ แต่ก็ไม่ได้มีแรงจูงใจที่มากพอที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ได้ ทั้งนี้อาจมาจากปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ละเลยการฝากครรภ์ เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่ในสังคมปัจจุบัน ที่มีปัจจัย

ทางการเงินเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ทั้งตัวสามีและหญิงตั้งครรภ์เองต้องทำงาน เพื่อให้มีรายได้เข้ามาเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในปัจจุบัน ลักษณะอาชีพส่วนใหญ่ของหญิงตั้งครรภ์ทำงานบริษัท / โรงงาน หรือรับจ้าง การทำงานตรงกับช่วงเวลาเปิดให้บริการของสถานบริการของรัฐ ทำให้ไม่อยากจะงานเพื่อไปฝากครรภ์ ทำให้ไม่อยากจะงานจะทำให้ขาดรายได้ เสียเวลาในการฝากครรภ์ อีกทั้งส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ทำให้ละเลยการฝากครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์บางรายที่เคยมีประสบการณ์ในการคลอดที่ผ่านมา มีภาวะปกติทำให้คิดว่าไม่จำเป็นต้องมาฝากครรภ์ก็สามารถที่จะคลอดทารกที่มีสุขภาพแข็งแรงได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์ และกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ มีปัจจัยสำคัญที่ไม่ฝากครรภ์ และมาฝากครรภ์ไม่ครบเนื่องจากไม่มีเวลาและมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล โดยการร่วมมือระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลในการประชาสัมพันธ์หรือการจัดทำโครงการให้เกิดขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถฝากครรภ์เคลื่อนที่ได้
2. ขอความร่วมมือจากห้าง ร้าน บริษัท โรงงานต่าง ๆ ให้มีการส่งเสริมในเรื่องของการฝากครรภ์แก่พนักงานของตนเอง ในเรื่องของการหักค่าใช้จ่ายในกรณีต้องลางานเพื่อฝากครรภ์

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบหญิงที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์กับไม่ฝากครรภ์
2. ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ ของหญิงหลังคลอด เช่น สัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยา การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างหญิงที่มาฝากครรภ์กับบุคลากรทางการแพทย์
3. ควรมีการศึกษาผลของการให้สุขศึกษาอย่างมีแบบแผน หรือใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการมาฝากครรภ์ ในหญิงที่มาฝากครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกภรณ์ เกตุพรหม. (2538). เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อในตำบลน่าน้อย อำเภอพาน้อย จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2531). วันอนามัยโลก 2531. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- _____. (2534). สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงฯ.
- กรองกาญจน์ ศิริภักดี. (2530). การศึกษาภาวะเสี่ยงและความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ กับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ ในหญิงที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เกศินี ไชนิล. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2539). แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. หน้า 3-10.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้. ถ่ายเอกสาร.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2527). “ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก”, ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 5-15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- จารุวรรณ รั้วไพบูลย์. (2532). ผลของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิดใน วชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา มณฑลปัญญากุล. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วย โรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

- ชิดชนก เชิงเสาร. (2539). *วิถีทางการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปัตตานี : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตปัตตานี.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2541). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล
- โชติมา สุทันติกร. (2546). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับการตรวจทารกกลุ่มอาการดาวน์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)*. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงพร จินตโนทัยถาวร. (2536). *พฤติกรรมการฝากครรภ์กับสุขภาพมารดาและสุขภาพทารก*. วิทยานิพนธ์ พ.ย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดาริณี สุภาพ. (2542). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์*. วิทยานิพนธ์ พย.ด. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดุชนี พงษ์ศิริ. (2539.) *พฤติกรรมการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลรัฐที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- นภัสวรรณ อินประสิทธิ์. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิฟิลิโคซิสของคณงานในโรงโม่หิน จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นวลจันทร์ เครือวานิช. (2531). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิรพร ดวงแก้ว. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลชุมชน). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2534). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : พีแอนด์บี พับลิชชิง.

- ประภาเพ็ญ และสรวง สุวรรณ. (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปรีศนา นวลบุญเรือง. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ในภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2525). ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ พัทธอักษร.
- พรรณทิพา เหมแหวน. (2543). ตัวแปรบางประการของโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่คลินิกภูมิคุ้มกันโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พรณี ศิริวรรณชนาภา. (2541). “การฝากครรภ์”, ใน สูติศาสตร์. บรรณาธิการ โดยนายแพทย์ธีระ ทองสง และนายแพทย์ชานนทร์ วนาภิรักษ์ หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารก ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. กรุงเทพฯ : พี.บี. ฟอเรนบุ๊คส์ เซ็นเตอร์.
- พวงพยอม การกัญญา. (2526). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- ภูริยา เพ็ญสุวรรณ (2540). การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของมารดาที่ฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). “แนวความคิดในการพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง,” ใน การดูแลสุขภาพ : ทิศทางสังคมวัฒนธรรม. หน้า 1-24. บรรณาธิการโดย พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอรัญญา บุรนนท์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดด.

- ยุพิน เพียรมงคล. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะของหญิงตั้งครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- เยาวดี สุวรรณาคะ. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- รัตนา ศิริพานิช. (2533). หลักการสร้างแบบสอบถามทางจิตวิทยาและทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : เจริญวิทยาการพิมพ์.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2544). รายงานประจำปี 2540-2544. กรุงเทพฯ : ฝ่ายวิชาการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2536). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : กรมส่งเสริมวิชาการ.
- วนิดา อินทราชา. (2537). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- วรรณ หิมะสุข. (2540). การรับรู้ความเสี่ยงอันตรายของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์อายุเกิน 35 ปี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วรรณ สاریยาชีวะ. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วรารุณ สุมวรงค์. (2527). คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด. กรุงเทพฯ : มปป.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2530). หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม). “ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย...เรื่องง่าย ๆ บางครั้งพลาดได้”, ข่าวสารวิจัยทางการศึกษา. 18 (3) : 8-11.
- วินิต พัวประดิษฐ์ และวิชัย อติชาตการ. (2537). “โรคเลือดระหว่างตั้งครรภ์,” ใน การบริหารครรภ์เสี่ยงสูง. บรรณาธิการโดย วินิต พัวประดิษฐ์. หน้า 115 – 143. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

- วิลาวัณย์ กล้าแรง. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาลชุมชน). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริลักษณ์ อมรสิน. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความพึงพอใจของสตรีมีครรภ์ต่อบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- สมศักดิ์ สุทัศน์วรุณ, ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ และกำแหง จารุตรจินดา. (2539). “การบริหารระหว่างตั้งครรภ์,” ในสูติศาสตร์รามาธิบดี. บรรณาธิการโดย กำแหง จารุตรจินดา และคณะ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : เมคัลมิเดีย.
- สุจิต ฝาสวัสดิ์ และคณะ. (2526). สูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : ตรีโอ แอ็ด จำกัด.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุดา ภูทอง. (2529). การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มาฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ : ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 9 ยะลา. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุนทรี อุปพงษ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือของบิดามารดาในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยเด็กตาเข. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ถ่ายเอกสาร.
- สุพรรณิ จันพิทศ. (2534). พฤติกรรมการฝากครรภ์ของสตรีในชนบทไทย. วิทยานิพนธ์ สด.ม. (วิจัยประชากรและสังคม). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุพิศ สุวรรณประทีป. (2535). ลักษณะการรับบริการฝากครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของหญิงที่คลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช 2534. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2542). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุภาภรณ์ ดำรงแพ่ง. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อหุ้มช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมิตตา สว่างทุกข์. (2539). การศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. (2534). การอบรมระยะสั้น สถานการณ์การตายของทารกปริกำเนิดของประเทศไทยในปัจจุบัน ครั้งที่ 3. วิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- สุวิมล ฤทธิ์มนตรี. (2533). การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สิริพร พงษ์โกคา. (2532). การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคตับอักเสบบีไวรัส บี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อภิชาติ จิตต์เจริญ และสมพล พงศ์ไทย. (2540). “การบริหารสตรีตั้งครรภ์”, ใน *สูติศาสตร์ รามาธิบดี* 2. หน้า 17-42. บรรณาธิการโดย ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต บัวประดิษฐ์ และสุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. กรุงเทพฯ : บริษัทโกลิสติก พับลิชชิง จำกัด.
- อรุณี พึ่งแพ่ง. (2542). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรุษา เทพพิสัย และเฉลิมศรี ชนันตเศรษฐ. (2539). “ไวรัสตับอักเสบบีในระหว่างตั้งครรภ์”, ใน *สูติศาสตร์รามาธิบดี* 1. บรรณาธิการ โดย ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต บัวประดิษฐ์ และสุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. กรุงเทพฯ : บริษัท โกลิสติก พับลิชชิง จำกัด.
- อัมพา โชติกเสถียร. (2523). การสร้างเสริมทักษะในการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ : แว่วรู้่งการพิมพ์.

- Aday L. A, Anderson R. M. (1981). "Equity of access to medical care : A conceptual and empirical overview," *Medical care*. 19 : 4-16.
- Bandura A. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. New York : Prentice Hall, Inc.
- Bandura A. (1977, March). "Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change". *Psychological Review*. 84 (3) : 191-215.
- Bandura A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Becker, et al. (1977, Fall). "Scale for measuring health belief model dimensions: a test of predictive value internal consistency, and relationships beliefs.", *Health Decision Making Regarding Amniocentesis in Woman of Advanced Maternal Age*, *Health Educ Q*. Ohio. 19 (2) : 177-186.
- Becker, M.H. & others. (1978). "Compliance with Medical Regimen for Asthma : A test of the Health Belief Model," *Public Health Report*. 93(3) : 268-279.
- Becker, M.H. & Maiman, L. A. (1975). "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical care Recommendation," *Medical care*. 13 : 10-24.
- Becker, M.H., Drachman, R.H. and Kirscht, J.P. (1974, March). "A new approach to explaining sick-role behavior in low income population", *American Journal of Public Health*. 64 (3) : 206.
- Blackwell, B. (1973). "Drug therapy : Patient Compliance," *New England Journal of Public Health*. 64(3) : 206.
- Brown, J. P. & McCurdy, M. (1986). "The Elderly : Health Behavior and its Correlates," *Research in Nursing & Health* : 317-329.
- Catherine, Marshall & Gretchen B. Rossman. (1994). *Designing Qualitative Research*. California : Sage Publications.
- Centers for Disease Control. (1992). *Regional and temporal trends in the surveillance of syphilis*. United States : MMWR.40 : 29-37.
- Cockerman, W. C. (1982). *Medical Sociology*. 2nd ed. New Jersey : Prentice – Hall.
- Conningham F G, et al. (1997). *Williams obstetrics*. 20th ed. Connecticut : Appleton & Lange. P229-250.

- Davis, M. S. (1968). "Variations in Patients Compliance with Doctor's Advice : An Empirical Analysis of communication," *American Journal of Public Health*. 58 : 274-288.
- Drever L. (1983). "Gruat Britian : Hazell Watson & Vinej," *The penquin dictionary of psychology*. Pp256-257.
- Haefner, D. P. & Kirscht, J. P. (1970). "Motivational and Behavioral Effect of Modifying Health belief," *Public Health Report* : 478-483.
- Halla, J. C. (1982). "The Relationship of Health Beliefs, Health Locus of Control and Self Concept to the Practice of Breast self – Examination in Adult Women," *Nursing Research*. 31 : 137-141
- Itochbaum, G. M. (1985). "Public Participation in Medical Screening Program," *PHS Publication*. 577 : 1-28.
- Kasl, S. V. & Cobb S. (1966). "Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior," *Health of Environmental Health* : 241-265.
- King, J. (1984). "The Health Belief Model," *Nursing Time* 80 : 53-55.
- Langlie, I.K. (1977). "Social net work, health belief and preventive health behavior," *Journal of Health and Social Behavior*. 18 : 240-280.
- Leventhal H. Meyer D. and Guntman M. (1980, October). "The role of theory in the study of compliance to high blood pressure regimens," In, Hayms B, Mattson ME, and Engetretson to (eds.). *Patient Compliance to Prescribed Antihypertensive Medication Regimens*. USDHHS. NIH Pub. 381-21002.
- Lewin K. (1935). *A Dynamic Theory of Personality*. New York : McGraw Hill book Co., Inc.
- Lewin K. (1951). "The nature o field theory", In Mary MH (Ed.) *Psychological Theory*. New York : MacMillan.
- Lewin K., Dembo T. Festinger L. and Sears PS. (1944). "Level of aspiration", In J. Hunt (Ed.) *Personaliry and the Behavior Disorders*. New York : The Ronald Press. 333-378.
- Lowerstein, V. and J. M. Rinehart. (1981). "Psychological Factors related to Health Maintenance Behaviors of Pregnamt Womn," in *Reading for Nursing research*. By Krampitz, S. D. St. Louis : C. V. Mosby.

- Mae M. Bookmiller : George L. Bouven and Dolorus Carpenter. (1968). *Textbook of obstetries and obstetric Nursing*. pp.20-21. Philadelphia : W. B. Sauanders Company.
- Maiman L.A., Becker, M.H., Kirscht J.P., Hafner D.P. & Drachman R.H. (1977, March). "Scale for Measuring Health Belief Model Dimensions : A Test of Predictive Value, Internal Consistency, and Relationships Among Belifes", In *Health Education Monographs*. 5 (2) : 215-230.
- Maiman, L.A. & Becker, H.M. (1974). "The Health Belief Model : Origins and Carrelates." In *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. pp.9-25. Edited by M.H. Becker New Jersey : Charle B.Slak, Inc.
- National Research Conncil. (1989). *Recommended dietary allowances*. 10th ed. Washington : National Academy Press. pp240.
- Necson J. D, May A K. (1986). *Comprehensive maternity nursing*. Philadaphia : LB, Lippincott Company. P405-437.
- Phipps, W. J., Bong, B. C. & Woods., NF' (1983). *Medical Surgical Nursing*. 2nd ed. Sanit Louis : C.V. Mosky.
- Phuprcli W, et al. (1995). *Routine voluntary antenatal anti-HIV screening in Bangkok : Thailand* 35 : 168-172.
- Rokeach, M. (1970). *Belife Attitude and Value*. Sanfrancisce : Jassy Bass.
- Rosentok, I.M. (1974). "Historical Origins of the Health Belief Model," in *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. pp1-9. Edited by M.H. Becker. Nes Fersy : Charles B. Slack.
- Rosentok, I.M., Strecher, V.J. & Becker, M.H. (1988, Summer). "Social Learning Theory and the Health Belief Model", *Health Education Quarterly*. 15(2) : 175-183.
- Siriwongs B, Parisungkul S. (1984). *Risk pregnancy screening*. Bangkok : J Med Assoc Thai. 67 (Suppl 2) : 15-21.
- Srucker VJ, Devellis BM. Becker MH and Rosenstock IM. (1986, October). "The role of self-efficacy in achieving health behavior change"" *Health Education Quarterly*. 13(3): 73-92.

- Stillman, M. J. (1977). "Women's Health Beliefs about Breast cancers and Breast Self Examination," *Nursing Research* : 121-127.
- Theppisai U, et al. (1984). *Hepatitis B surface antigen in asymptomatic carrier mothers and vertical transmission of hepatitis B virus*. Bangkok : J Med Assoc Thai. 67 (Suppl 2) : 90-93.
- Tirrel, B. E. & Hary, L. K. (1980). "The Relationship of Health Beliefs and Knowledge to Exercise Compliance in Patient After Coronary Bypass," *Heart & Lung* : 478-493.
- Tolman, E. C. (1932). *Purposive Behavior in Animals and Men*. New York : Appleton-Century-Crofts.
- Wendel, G. D. (1988). *Gestational and congenital Syphilis*. Clin Perinatol 15 : 287-290.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ภาคผนวก ข

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์วิสุทธิ์ อนันต์สกุลวัฒน์ | <p>นายแพทย์ 8 วช.</p> <p>กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม</p> <p>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์</p> <p>สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร</p> |
| 2. นายแพทย์สุกิจ ศรีทิพย์วรรณ | <p>นายแพทย์ 8 วช.</p> <p>กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม</p> <p>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์</p> <p>สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร</p> |
| 3. นางพิสุทธิ์ ปทุมมาสูตร | <p>พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.</p> <p>กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม</p> <p>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์</p> <p>สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร</p> |
| 4. นางสาวมุกดา พัดเจริญ | <p>พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.</p> <p>กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม</p> <p>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์</p> <p>สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร</p> |
| 5. อาจารย์ บุญศรี กิตติโชติพานิชย์ | <p>ภาควิชาสูติศาสตร์</p> <p>วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์</p> <p>สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร</p> |

ภาคผนวก ค

แบบสอบถาม

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอด
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย $\checkmark$ ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพ
ความเป็นจริงของหญิงหลังคลอด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุปัจจุบัน.....ปี (ระบุอายุปีเต็ม)

2. สถานภาพสมรส

() คู่

() ม่าย

() หย่า / แยกกันอยู่

3. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด

() ไม่ได้เรียน

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษาตอนต้น

() มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.

() อนุปริญญาหรือ ปวส.

() อุดมศึกษาหรือสูงกว่า

4. รายได้ครอบครัว (สามีและภรรยา)

() ต่ำกว่า 3,001 บาทต่อเดือน

() 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน

() 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน

() มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน

5. อาชีพหรืองานประจำ

- () แม่บ้าน
 () รับจ้างทั่วไป
 () ทำงานบริษัท/โรงงาน
 () เกษตรกรรม
 () ค้าขาย
 () ประกอบอาชีพส่วนตัว
 () ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
 () อื่นๆ ระบุ.....

6. ประวัติของการตั้งครรภ์

- ลำดับของการตั้งครรภ์.....
 จำนวนครั้งของการแท้งบุตร.....

7. กรณีตั้งครรภ์ที่ 2 ครรภ์ที่ผ่านมาท่าน

- () ฝากครรภ์ () ไม่ฝากครรภ์

8. ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ท่านมาฝากครรภ์หรือไม่

- () ฝาก () ไม่ฝาก

9. จำนวนบุตร.....คน (ในกรณีที่เป็นการตั้งครรภ์มากกว่าครรภ์ที่ 1)

- บุตรคนแรกอายุ.....ปี
 บุตรคนสุดท้ายอายุ.....ปี

10. จำนวนครั้งของการฝากครรภ์.....ครั้ง

11. มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์.....สัปดาห์

12. ผลการการมาฝากครรภ์

- () ปกติ () ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่คิดว่าถูกต้อง

ลำดับที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1	หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรเริ่มฝากครรภ์เมื่อเด็กในครรภ์ดิ้น			
2	การไปตรวจครรภ์ตามนัด ช่วยป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดระหว่างตั้งครรภ์ได้			
3	การซักประวัติการเจ็บป่วยสามารถช่วยป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นกับทารกในครรภ์			
4	อาการแพ้ท้องในระยะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรกถือเป็นอาการปกติ			
5	ถ้ามีอาการแพ้ท้องนานกว่า 3 เดือน ถือว่าผิดปกติต้องพบแพทย์			
6	หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 8 เดือน ควรจะมาตรวจครรภ์ทุก 2 สัปดาห์			
7	หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 9 เดือน ควรจะมาตรวจครรภ์ถี่ขึ้น คือ ทุก 1 สัปดาห์			
8	การตรวจหาน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์เป็นการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน			
9	การตรวจปัสสาวะช่วยให้ทราบถึงการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ เช่น มีอาการบวม ความดันเลือดสูง หรือมีอาการชักได้			
10	หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์เกิน 3 เดือน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนไม่จำเป็นต้องวัดความดันเลือดทุกครั้งที่มาฝากครรภ์			

ส่วนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคล / บุคลากรทางการแพทย์

ลำดับ ที่	ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฝากครรภ์	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
1	ตนเอง					
2	สามี					
3	พ่อ-แม่ ของตนเอง					
4	พ่อ-แม่ ของสามี					
5	ญาติ (ลุง, ป้า, น้า, อา)					
6	พี่ / น้อง					
7	บุคลากรทางการแพทย์					
8	หนังสือ					
9	โทรทัศน์ / วิทยุ					
10	เอกสาร / แผ่นพับในโรงพยาบาล					
11	วารสาร / นิตยสาร					
12	เพื่อนบ้าน					
13	เพื่อนร่วมงาน					

ความพึงพอใจในการรักษาของโรงพยาบาล

ลำดับ ที่	ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฝากครรภ์	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
1	การต้อนรับ / การประชาสัมพันธ์					
2	การติดต่อทำบัตรโรงพยาบาล					
3	ป้ายแนะนำสถานที่					
4	การให้คำแนะนำขั้นตอนการใช้บริการ					
5	การอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่อื่นๆ					
6	มารยาทและการพูดจาของเจ้าหน้าที่					
7	ความสะดวกในการจ่ายค่ายา ค่ารักษา					
8	ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถานที่จาก เจ้าหน้าที่					
9	ความสะดวกของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ					
10	ความสะดวกเป็นระเบียบของสถานที่ เช่น ที่นั่ง รอตรวจ ห้องตรวจ / ห้องน้ำ					
11	การอำนวยความสะดวกของ รถเข็นนั่ง เปลนอน					
12	ห้องตรวจที่เหมาะสม					
13	ระยะเวลาการรอแพทย์					
14	ได้รับคำอธิบายจากแพทย์เกี่ยวกับผลการ ฝากครรภ์ได้อย่างชัดเจน					
15	แพทย์เอาใจใส่ดูแลรักษา					

ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์

ลำดับ ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	การทำงานหนักขณะตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์					
2	ขณะตั้งครรภ์มีโอกาสอาจเกิดการแพ้ท้องอย่างรุนแรง					
3	การแพ้ท้องอย่างรุนแรงเป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์					
4	ขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดอาการบวมที่ปลายมือ ปลายเท้าได้					
5	อาการบวมที่มือและหน้าอาจเป็นสัญญาณเตือนอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์					
6	ขณะตั้งครรภ์อาจมีภาวะเลือดออกทางช่องคลอดได้					
7	ภาวะเลือดออกทางช่องคลอดอาจส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์					
8	ขณะตั้งครรภ์อาจมีอาการปวดศีรษะตามัว					
9	อาการปวดศีรษะ ตามัวขณะตั้งครรภ์อาจเป็นสัญญาณเตือนอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์					
10	ขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดอาการชัก					
11	อาการชักขณะตั้งครรภ์เป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์					

ลำดับ ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
12	ถ้าเป็นโรคโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ อาจมีผลต่อสุขภาพของมารดาและ ทารกในครรภ์					
13	ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ อาจมีผลต่อสุขภาพของมารดาและ ทารกในครรภ์					

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการฝากครรภ์

ลำดับ ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	การตั้งครรภ์ถือเป็นเรื่องปกติของสตรีไม่จำเป็นต้องมาฝากครรภ์					
2	การฝากครรภ์มีความจำเป็นก็ต่อเมื่อมีภาวะผิดปกติเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด เป็นต้น					
3	การฝากครรภ์ไม่จำเป็นต้องมาตรวจครรภ์ตามแพทย์นัดทุกครั้ง					
4	การมาฝากครรภ์ทำให้ทารกในครรภ์แข็งแรงและมีความปลอดภัยขณะคลอด					
5	การฝากครรภ์สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตัวท่าน					
6	การฝากครรภ์ไม่มีประโยชน์ทำให้เสียเวลาในการทำงาน					
7	การฝากครรภ์อาจทำให้ทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์					
8	การมาฝากครรภ์ทำให้เสียค่าใช้จ่ายส่งผลต่อปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว					
9	ท่านเสียเวลาในการเดินทางมาฝากครรภ์					
10	ท่านไม่สะดวกในการเดินทางมาฝากครรภ์					
11	ท่านเสียเวลาในการมารอพบแพทย์เมื่อมาฝากครรภ์					

ลำดับ ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
12	งานที่ท่านทำเป็นอุปสรรคต่อการมา ฝากครรภ์ในแต่ละครั้ง					
13	ช่วงเวลาที่โรงพยาบาลให้บริการ ฝากครรภ์ ท่านสามารถมารับ บริการได้ทุกครั้ง					
14	ช่วงเวลาที่เปิดให้บริการในปัจจุบัน สะดวกและเหมาะสม					
15	ท่านกลัวโรงพยาบาลทำให้ไม่อยาก มาฝากครรภ์					
16	ท่านกลัวเจ้าหน้าที่บุคลากรทาง การแพทย์ ทำให้ไม่อยากมาฝาก ครรภ์					
17	ท่านกลัวพูดไม่รู้เรื่องเมื่อมาติดต่อ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล					

แบบสัมภาษณ์หญิงหลังคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์

ข้อมูลทั่วไป

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (ระบุอายุปีเต็ม)

2. สถานภาพสมรส

1) อยู่กับสามีและจดทะเบียนสมรส	2) อยู่กับสามีแต่ไม่จดทะเบียนสมรส
3) หย่าหรือแยกกับสามี	4) ม่าย

3. ท่านเรียนหนังสือจบชั้นไหน.....

4. ท่านประกอบอาชีพอะไร.....
 สามีของท่านประกอบอาชีพอะไร.....

5. รายได้ของครอบครัว
 ท่านมีรายได้ เดือนละ..... บาท
 สามีของท่านมีรายได้ เดือนละ..... บาท

6. เชื้อชาติ.....

7. ศาสนา.....

8. ลำดับของการตั้งครรภ์.....

9. ในระหว่างตั้งครรภ์ท่านพักอาศัยอยู่ที่..... (ระบุต่างจังหวัด)

10. ระหว่างตั้งครรภ์ครั้งนี้ท่านต้องย้ายที่อยู่หรือไม่.....

แนวทางคำถามเพื่อสัมภาษณ์ระดับลึก

1. สาเหตุที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ (ปัญหาอุปสรรคที่ไม่ได้มาฝากครรภ์)
 - 1.1 ด้านเศรษฐกิจ ประเด็นที่ต้องค้นหา
 - ลักษณะอาชีพ (การย้ายถิ่น, ย้าย site งาน)
 - 1.2 ด้านครอบครัว
 - ไม่มีเวลา เพราะอะไร
 - ไม่มีคนมาเป็นเพื่อน
 - กลัวการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์
 - 1.3 ปัญหาช่วงเวลาการให้บริการของสถานบริการของรัฐ
 - ตรงกับช่วงเวลาการทำงาน (ถ้าบริการหลังเลิกงาน เช่น เวลา 18.00 – 20.00 น.)
 - 1.4 อื่นๆ.....
2. ด้านการดูแลระหว่างตั้งครรภ์
 - 2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น การสังเกตครรภ์และทารกในครรภ์ (คิดอย่างไรบ้าง)
 - 2.2 ภาวะแทรกซ้อน (มีหรือไม่) ถ้าไม่มีอาจทำให้ไม่มาฝากครรภ์ ถ้ามีหรือสังเกตเห็นภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น แก้ไขอย่างไร
 - 2.3 ด้านโภชนาการ การรับประทานอาหารแตกต่างจากก่อนตั้งครรภ์อย่างไร กินอะไรเพิ่มขึ้น
 - 2.4 ด้านการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด
 - 2.4.1 การสังเกตครรภ์ อาการใกล้คลอด การเจ็บครรภ์เตือน เจ็บครรภ์จริง มีน้ำเดินหรือไม่ ทำอย่างไรเมื่อมีอาการเหล่านี้
 - 2.4.2 มีการวางแผนการเดินทางมาคลอดหรือไม่ อย่างไร
 - 2.4.3 มีการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้สำหรับทารก
3. การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ มีอะไรบ้าง อย่างไร

เฉลยแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 10

ส่วนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคล / บุคลากรทางการแพทย์ และความพึงพอใจในการรักษาของโรงพยาบาล

เป็นข้อความที่มีลักษณะทางบวกทั้งหมด 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ทั้งหมด 13 ข้อ

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการฝากครรภ์

ข้อความที่มีลักษณะการรับรู้ประโยชน์ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 7, 13, 14

ข้อความที่มีลักษณะการรับรู้อุปสรรค ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16,

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ซึ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และความ
 เชื่อด้านสุขภาพกับการฝากครรภ์เป็นรายคู่

ตัวแปร	ฝากครรภ์ครบ-ไม่ครบตาม เกณฑ์			ฝากครรภ์ครบ-ไม่ฝาก ครรภ์			ฝากครรภ์ไม่ครบ ตามเกณฑ์-ไม่ฝากครรภ์		
	χ^2	df	p	χ^2	df	p	χ^2	df	p
สถานภาพสมรส	230.519***	1	.000	179.190***	1	.000	87.781***	1	.000
อาชีพ	15.460*	3	.001	8.267*	3	.041	10.938*	3	.012
ลำดับการตั้งครรภ์	42.648***	2	.000	51.294***	2	.000	10.797	2	.005
จำนวนครั้งการแท้ง	115.082***	1	.000	100.457***	1	.000	45.125***	1	.000
ความรู้ในการฝาก ครรภ์	128.474***	2	.000	67.176***	2	.000	63.578***	2	.000
การรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร	104.680***	2	.000	86.127***	2	.000	31.891***	2	.000
ความพึงพอใจ	76.292***	1	.000	51.805***	1	.000	21.125***	1	.000
การรับรู้ภาวะ คุกคาม	40.828***	1	.000	40.837***	1	.000	12.500***	1	.000
การรับรู้ประโยชน์	100.485***	1	.000	80.041***	1	.000	40.500***	1	.000

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ***.001 และ *.05

ภาคผนวก ง

ตาราง 9 ค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามความรู้ใน
การฝากครรภ์

ข้อ	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.74	0.31
2	0.51	0.38
3	0.57	0.27
4	0.37	0.18
5	0.45	0.18
6	0.42	0.26
7	0.39	0.22
8	0.36	0.25
9	0.24	0.14
10	0.73	0.29

$$\text{ค่าความเชื่อมั่น } (\alpha) = 0.5652$$

ตาราง 10 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคล / บุคลากรทางการแพทย์ และความพึงพอใจในการรักษาของโรงพยาบาล

ข้อ	การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคล / บุคลากรทางการแพทย์	ความพึงพอใจในการรักษา ของโรงพยาบาล
1	0.37	0.53
2	0.42	0.54
3	0.61	0.54
4	0.57	0.67
5	0.67	0.50
6	0.69	0.61
7	0.56	0.57
8	0.75	0.67
9	0.76	0.69
10	0.72	0.70
11	0.75	0.66
12	0.65	0.68
13	0.68	0.59
14		0.67
15		0.56

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร / คำแนะนำจากบุคคล / บุคลากรทาง

การแพทย์ $(\alpha) = 0.9120$

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจในการรักษาของโรงพยาบาล

$(\alpha) = 0.9121$

ตาราง 11 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์ และด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการฝากครรภ์

ข้อ	ด้านการรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์	ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการฝากครรภ์
1	0.21	0.37
2	0.27	0.26
3	0.38	0.41
4	0.28	0.18
5	0.33	0.26
6	.019	0.32
7	0.46	0.22
8	0.20	0.56
9	0.43	0.60
10	0.33	0.49
11	0.46	0.51
12	0.48	0.51
13	0.42	.018
14		0.29
15		0.38
16		0.47
17		0.39

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการรับรู้การเกิดภาวะคุกคามระหว่างตั้งครรภ์

$$(\alpha) = 0.7088$$

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการฝากครรภ์

$$(\alpha) = 0.7880$$

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวคมคาย ตันท์พันธุ์กุล
วันเดือนปีเกิด	3 พฤษภาคม 2512
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	330 / 6 หมู่ที่ 2 แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กทม.
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 6ว.
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ตึกเด็กแรกเกิดและคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2530	มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนหอวัง กรุงเทพมหานคร
พ.ศ.2535	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ.ศ.2548	การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ