

362.19824

๑๓๒๔ป

๕.3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ของหญิงที่คลอด
ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ปริญญาณิพนธ์

ของ

อรทัย บุญเลิศ



เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 2540

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๖๕๖๙๖

18 ต.ค. 2540

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ของหญิงที่คลอด
ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

อรัญญ์ บุญเลิศ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 2540

การศึกษาคั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ตามตัวแปรที่ศึกษา คือ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ อาชีพของสามี ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของสามี ลำดับที่ของการคลอด รายได้ครอบครัวต่อเดือน การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มหญิงที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ แต่มาคลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 131 คน และกลุ่มที่มารับบริการฝากครรภ์และมาคลอดที่เดียวกัน จำนวน 262 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย 2 ตอน คือ ข้อมูลทั่วไปของหญิงที่มาคลอด ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมซึ่งประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น 0.70 แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ หาความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไค-สแควร์

ผลการศึกษาพบว่า

1. อายุของหญิงที่มาคลอดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์
2. สถานภาพสมรสของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. อาชีพของหญิงที่มาคลอดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์
4. อาชีพของสามีของหญิงที่มาคลอดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์
5. ระดับการศึกษาของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
6. ระดับการศึกษาของสามีของหญิงที่มาคลอดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

7. ลำดับที่ของการคลอดของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

8. รายได้ครอบครัวต่อเดือนของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

9. การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

10. การสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

11. ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

12. เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

FACTORS RELATED TO THE USE OF ANTENATAL CARE SERVICE
OF WOMEN AT DELIVERY IN BANGKOK METROPOLITAN
ADMINISTRATION HOSPITALS

AN ABSTRACT

BY

ORATHAI BOONLERT

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

April 1997

The purposes of this study were to investigate the variable factors related to the use of the antenatal care services of the Bangkok Metropolitan Administration's hospitals by pregnant women, namely, ages, marital status, occupations and educational levels of the women and their husbands, orderly of deliveries, family income per month, migration during pregnancy, family's support, pregnancy knowledge and attitude. Two groups of the pregnant women were selected by purposive samplings. The first group of 131 women were those who did not had prior antenatal care services but came to deliver their babies at the hospitals. The second group of 262 women were those who had prior antenatal care services and delivered their babies at the hospitals. All of the data were obtained by the questionnaires which had 2 parts, i.e., general information of the women at delivery and the test of knowledge and attitude towards the pregnancy. The confidence value of knowledge and attitude were 0.70 and 0.89 respectively. The arithmetic mean, percentages and chi-square test were used for analysis of the data.

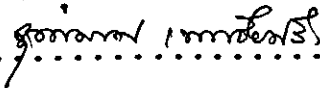
The results were as follow :

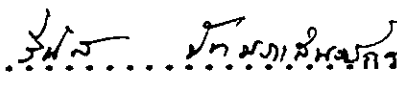
1. There were no relationships between the women's ages, occupations, their husbands' occupation and educational levels, the pregnancy attitude and the use of antenatal care services in the hospitals.

2. There was significant relationships between the women's marital status (at the level of .01), educational levels (at the level of .01), orderly of deliveries (at the level of .01), family income per month (at the level of .01) migration during pregnancy (at the level of .05) family's support (at the level of .01) pregnancy knowledge (at the level of .01) and the use of antenatal care services in the hospitals.

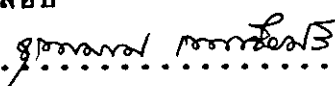
คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์
ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

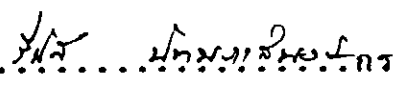
คณะกรรมการควบคุม

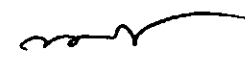
..........ประธาน
(ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี)

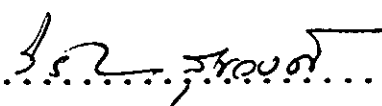
..........กรรมการ
(ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์)

คณะกรรมการสอบ

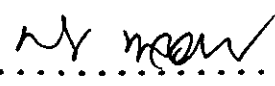
..........ประธาน
(ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี)

..........กรรมการ
(ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..........กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รศ. นภาพร มัชฌมางกูร)

..........กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อ. วิริยา สุขวงศ์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..........คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร. ศิริยภา พูลสุวรรณ)

วันที่ .. ๙ .. เดือน .. มิถุนายน .. พ.ศ. ๒๕๔๐ ..

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาเป็น
อย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และผู้ช่วยศาสตราจารย์
วินัส ปัทมภาสพงษ์ คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ
ช่วยเหลือ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์
เป็นผลสำเร็จ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงสันทนา เจริญกุล แพทย์หญิงกิ่งกาญจน์
ศรีสวัสดิ์ อาจารย์ปิยธิดา นิลศรี อาจารย์ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์
อาจารย์สุภาวดี เครือโชติกุล ที่ได้กรุณาตรวจแบบสอบถามและให้คำแนะนำ
ต่าง ๆ แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ คุณรัชนี้ ไวยวิลลา หัวหน้าตึกและเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่าน
ของตึกสูติกรรมหลังคลอดปกติ 2.2 ซ้าย คุณพัฒนา อินตะแพร่ หัวหน้าตึกและ
เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านของตึกสูติกรรมหลังคลอดผิดปกติ 2.2 ขวา คุณมานี
บรรลือศักดิ์ หัวหน้าตึกและเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านของตึกสูติกรรมหลังคลอด
ผิดปกติ 1.2 ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คุณวนิดา จิตรานันท์ หัวหน้าตึก
และเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านของตึกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกลาง
คุณณมล พัฒนา หัวหน้าตึกและเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านของตึกสูติกรรม
หลังคลอด โรงพยาบาลตากสิน คุณละอียด กาญจน์ หัวหน้าตึกและเจ้าหน้าที่
พยาบาลทุกท่านของตึกสูติกรรมหลังคลอดปกติ คุณพรทิพย์ ภัทรสมันต์ หัวหน้าตึก
และเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านของตึกสูติกรรมติดเชื้อ โรงพยาบาลเจริญกรุง
ประชารักษ์ที่ได้ให้ความเอื้อเฟื้อช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนมารดา
หลังคลอดปกติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

สุดท้ายขอเทอดพระคุณบิดามารดาที่ได้อบรม ดูแลและเอาใจใส่
ซึ่งเปรียบเสมือนครูคนแรกของผู้วิจัย และครูอาจารย์ทุกท่านที่เคยประสาท
วิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จ ทั้งหน้าที่การงาน
และการศึกษาด้วยดีตลอดมา และที่จะลืมไม่ได้คือบุคคลที่คอยให้กำลังใจ และ
ช่วยเหลือในการทำปริญญานิพนธ์ครั้งนี้ อาทิเช่น เพื่อนนิสิตปริญญาโท วิชาเอก
สุขศึกษา รุ่น 12 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณอรุณา ไทยแท้ และเพื่อนคนอื่น ๆ
ที่ไม่สามารถกล่าวชื่อนามมาได้หมดและเพื่อนร่วมงานที่วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
ทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจมาโดยตลอด และที่เป็นพิเศษ ก็คือได้รับกำลังใจและ
การช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก พันเอกปราโมทย์ บุญเลิศ จึงขอขอบคุณมา
ณ โอกาสนี้ด้วย

อรัญญ์ บุญเลิศ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
คำนำ.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	6
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	13
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	13
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	53
การวิจัยในต่างประเทศ.....	53
การวิจัยในประเทศไทย.....	56
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	64
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	65
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	65
ประชากร.....	65
กลุ่มตัวอย่าง.....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	69
ลักษณะของเครื่องมือ.....	69
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	70
เกณฑ์การให้คะแนน.....	70
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	71

บทที่	หน้า
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล.....	73
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล.....	74
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	80
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล.....	80
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	81
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	105
บทย่อ.....	105
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า.....	105
วิธีดำเนินการวิจัย.....	105
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	106
สรุปผลการค้นคว้า.....	106
อภิปรายผล.....	108
ข้อเสนอแนะ.....	129
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป.....	132
บรรณานุกรม.....	133
ภาคผนวก.....	147
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	169

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	อัตราการมาคลอดบุตรและอัตราการไม่มารับบริการฝากครรภ์...	5
2	แสดงการหาสัดส่วนของขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ โรงพยาบาล.....	68
3	จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดจำแนกตามอายุ.....	81
4	จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดจำแนกตามสถานภาพสมรส..	82
5	จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดจำแนกตามอาชีพ.....	83
6	จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดจำแนกตามอาชีพของสามี...	84
7	จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดจำแนกตามระดับการศึกษา..	85
8	จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดจำแนกตามระดับการศึกษา ของสามี.....	86
9	จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดจำแนกตามลำดับที่ของ การคลอด.....	87
10	จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดจำแนกตามรายได้ครอบครัว..	88
11	จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดจำแนกตามการย้ายถิ่นในขณะ ตั้งครรภ์.....	89
12	จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดจำแนกตามการสนับสนุนจาก ครอบครัว.....	90
13	จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับ การตั้งครรภ์.....	91
14	จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดจำแนกตามเจตคติต่อ การตั้งครรภ์.....	92
15	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับรับบริการบริการฝากครรภ์.....	93

16	ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการรับบริการฝากครรภ์..	94
17	ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการรับบริการฝากครรภ์.....	95
18	ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพของสามีกับการรับบริการฝากครรภ์...	96
19	ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับการรับบริการฝากครรภ์.....	97
20	ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาของสามีกับการรับบริการ ฝากครรภ์.....	98
21	ความสัมพันธ์ระหว่างลำดับที่ของการคลอดกับการรับบริการ ฝากครรภ์.....	99
22	ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัวกับการรับบริการ ฝากครรภ์.....	100
23	ความสัมพันธ์ระหว่างการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์กับการรับบริการ ฝากครรภ์.....	101
24	ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการรับบริการ ฝากครรภ์.....	102
25	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์กับการรับบริการ ฝากครรภ์.....	103
26	ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์กับการรับบริการ ฝากครรภ์.....	104

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 องค์ประกอบของเจตคติ.....	49
2 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	63

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

การพัฒนาประเทศให้ประสบความสำเร็จทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองนั้น องค์ประกอบที่สำคัญก็คือคุณภาพของประชากรในชาติ เพราะฉะนั้นการพัฒนาประชากรให้มีคุณภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญ การมีคุณภาพดีนั้น นอกจากจะมีการศึกษาดีแล้ว ยังหมายรวมไปถึงการมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ เป็นประการสำคัญด้วย (ประกอบ ตูจินดา. 2524 : 2) เนื่องจาก 2 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศเป็นจำนวนของแม่และเด็ก ซึ่งนับว่ามีจำนวนมากกว่ากลุ่มอื่น ถ้าหากประชากรกลุ่มนี้ได้รับการพัฒนา ก็เท่ากับเป็นการพัฒนาคุณภาพของประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่งของประเทศ (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) 2530 : 284)

การที่จะพัฒนาให้กลุ่มมารดาและทารกมีสุขภาพอนามัยที่ดีได้นั้น จะต้องเริ่มตั้งแต่การดูแลในระยะตั้งครรภ์ (น้ำเพชร อาภากร ณ อยุธยา และคณะ. 2520 : 1) มารดาจะต้องมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง สามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีได้ตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ซึ่งจะส่งผลให้ทั้งมารดา และทารกในครรภ์เจริญเติบโตมีการพัฒนาการทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาได้อย่างสมบูรณ์ (กรรณิการ์ กันธะรักษา. 2527 : 1)

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) และฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) กำหนดนโยบายการพัฒนาอนามัยมารดาและทารกให้ส่งเสริม และพัฒนาสุขภาพอนามัยของหญิงตั้งครรภ์อยู่แล้วโดยเน้นการให้บริการดูแลก่อนคลอด การทำคลอด การดูแลมารดาและ

ทารกหลังคลอด และการดูแลทารก และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี นอกจากนี้ยัง
 เปรียบเทียบการดูแลก่อนคลอด โดยรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์ในระยะแรกของ
 การตั้งครรภ์มากขึ้น ส่งเสริมให้มีการดูแลหญิงมีครรภ์ตลอดระยะตั้งครรรภ์
 อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความเหมาะสมตามสภาพท้องถิ่นเป็นสำคัญ
 โดยมีเป้าหมายเฉพาะในการดูแลแม่และเด็กที่สำคัญคือ ร้อยละ 70.00 ของ
 หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง ทำคลอดและได้รับการ
 ดูแลหลังคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมอดำแยที่
 ผ่านการอบรมแล้ว (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6
 (พ.ศ.2530-2534) 2530 : 284-285) เพื่อลดอัตราตายทั้งมารดาและ
 ทารกตลอดจนลดอัตราทารกน้ำหนักตัวน้อยแรกเกิด (น้ำหนักต่ำกว่า 2,500
 กรัม) และความพิการต่าง ๆ เนื่องจากทารกกลุ่มนี้มีอัตราตายสูงกว่า
 ทารกคลอดน้ำหนักปกติ (น้ำหนัก 2,500-3,990 กรัม) ถึง 40 เท่า และ
 หลังรอดชีวิตแล้วมีโอกาสเกิดความพิการทางด้านสมองและร่างกายได้สูง
 (Fanaroff and others. 1987 : 1-7) และจากสถิติก็ยังพบว่าอัตราทารก
 น้ำหนักตัวน้อยแรกเกิดสูงขึ้นจากร้อยละ 9.80 ในปี พ.ศ.2526 เป็นร้อยละ
 10.49 ในปี 2531 และพบว่าอัตราทารกพิการแต่กำเนิดมีแนวโน้มสูงขึ้น
 เช่น ความพิการเรื่องปากแหว่ง เพดานโหว่ พบอุบัติการ 1 : 4 ต่อการเกิด
 มีชีพ 1,000 คนในปี พ.ศ.2519 เพิ่มขึ้นเป็น 1 : 6 ต่อการเกิดมีชีพ
 1,000 คนในปี พ.ศ.2531 และถึงแม้ว่าอัตราตายของทารกที่เกิดจาก
 สาเหตุการตายจากภาวะบางอย่างที่เกิดในระยะที่เกี่ยวกับการคลอดเป็นลำดับ
 ที่ 1 ของสาเหตุการตาย จาก 10 อันดับแรกของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ใน
 โรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ พ.ศ.2532 (กระทรวงสาธารณสุข. 2533 :
 8-9) และมีอัตราการตายลดลงในปี พ.ศ.2529 ก็ตามคือในปี 2529 พบ
 41 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2531 : 30)
 ปี 2530 พบ 40 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย (Grant. 1989 : 95)
 ปี 2533 พบ 30 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย (กระทรวงสาธารณสุข.
 2534 : 19) และปี 2534 พบ 29 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย
 (กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 32) ซึ่งยังพบว่าอัตราตายยังคงสูงอยู่

นอกจากนี้ยังพบสาเหตุของมารดาตาย จากการที่มีเลือดออกในขณะตั้งครรภ์ และจากการคลอดบุตรเป็นอันดับหนึ่ง (สถิติสาธารณสุข. 2535 : 107) ประมวลฯ สุนากร (2531 : 1-53) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญจะต้องได้รับการแก้ไขคือ หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น รับประทานอาหารไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ มีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 35.90 มีพฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ รวมทั้งมีความเครียดสูง และไม่ได้ฝากครรภ์ร้อยละ 22.70 จากสาเหตุการตายของมารดา และการกีดกันทางเพศ เป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันและลดความรุนแรงลงได้ ซึ่งวิธีการหนึ่งที่ยอมรับโดยทั่วไปก็คือ การที่มารดาในระยะตั้งครรภ์ทุกคนได้รับการดูแลที่ดีด้วย "การฝากครรภ์" (Jensen, Benson and Bobak. 1981 : 264; Hall. 1981 : 1263)

การฝากครรภ์ (Antenatal care or Prenatal care) เป็นการดูแลสุขภาพของหญิงในระหว่างตั้งครรภ์ หรือการบริการฝากครรภ์ จึงเป็นการป้องกันความผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ช่วยให้มารดามีสุขภาพดีทั้งร่างกาย และจิตใจลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ทำให้ทั้งมารดาและทารกปลอดภัย เพราะการฝากครรภ์จะทำให้มารดาได้รับความรู้ และคำแนะนำในการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ การเลี้ยงดูทารกถูกต้อง ลดอัตราการตายหลังคลอดได้ (เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2528 : 835) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ว่า "สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี 2543" รัฐบาลได้ตระหนักถึงเรื่องนี้เป็นอย่างมาก จึงได้กำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) ขึ้นอีก โดยได้เน้นการรณรงค์ในเรื่องความร่วมมือของการมีบุตรสำหรับคู่สมรสใหม่และการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของคู่สมรสต่อการมีบุตรด้วย (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) 2535 : 186)

ถึงอย่างไรก็ตามยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์จำนวนมาก ที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์หรือได้รับการดูแลก่อนคลอดน้อยกว่า 4 ครั้ง ที่ไปคลอดตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งพบว่าบุตรของหญิงเหล่านี้มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคมคาย นาคะปัท. 2527 : 48) และพบทารกน้ำหนักน้อยมากกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (พรพจน์ หอสุวรรณศักดิ์. 2533 : 126) นอกจากนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการตายของทารกปริกำเนิดเป็น 19.50 เท่าของมารดาที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง (กาญจนา เอกปัญญ. 2536 : 128)

กรุงเทพมหานคร นอกจากจะเป็นเมืองหลวง และเป็นจังหวัดที่มีประชากรมากที่สุดในประเทศแล้ว ยังมีสถาบันการศึกษาและเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากที่สุดของประเทศทำให้ประชาชนมีการพัฒนาตัวเองในด้านต่าง ๆ ทั้งความรู้ ความสามารถมากขึ้น แต่ก็พบว่ายังมีประชากรกลุ่มหนึ่งที่ยังขาดการพัฒนาตัวเอง ประชากรกลุ่มนี้คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่สำคัญที่ให้กำเนิดทารกออกมาเพื่อจะเป็นกำลังในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป ซึ่งถ้าพิจารณาโดยทั่วไปแล้ว หญิงตั้งครรภ์ในกรุงเทพมหานครน่าจะเป็นกลุ่มคนที่มีโอกาสดีกว่าที่อยู่ในส่วนอื่น ๆ ของประเทศ เพราะอยู่ในเมืองที่มีความพร้อมทั้งสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ แม้กระนั้นก็ยังพบว่ายังมีหญิงตั้งครรภ์อีกจำนวนหนึ่งที่ไปคลอดที่โรงพยาบาล โดยมีได้ฝากครรภ์มาก่อน ดังจะเห็นได้จากสถิติของห้องคลอด โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครพบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มาคลอดแต่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ที่ไหนเลย ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 อัตราการมาคลอดบุตร และอัตราการไม่มารับบริการฝากครรภ์

โรง พยาบาล	พ.ศ. 2535			พ.ศ. 2536			พ.ศ. 2537		
	คลอด (คน)	ไม่ฝาก ครรภ์	ร้อยละ	คลอด (คน)	ไม่ฝาก ครรภ์	ร้อยละ	คลอด (คน)	ไม่ฝาก ครรภ์	ร้อยละ
วชิร- พยาบาล	7,799	503	6.45	7,722	416	5.39	7,996	438	5.48
กลาง	2,676	187	6.99	2,548	154	6.04	2,473	165	6.67
ตากสิน	5,935	284	4.79	5,971	316	5.29	6,796	418	6.15
เจริญกรุง ประชา รักษ์	5,992	391	6.53	6,380	344	5.39	6,748	441	6.54

ที่มา : จากสถิติของห้องคลอดโรงพยาบาลวชิรพยาบาล กลาง
ตากสิน เจริญกรุงประชารักษ์, 2538.

จากปัญหาดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้น่าจะเป็นกลุ่ม
ที่เสี่ยงต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งมารดาและทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน
ปัจจุบันนี้ โรคเอดส์ซึ่งนับว่าเป็นโรคที่น่ากลัว และอันตรายมากที่สุดได้แพร่
กระจายเข้ามายังกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ด้วยแล้ว หญิงตั้งครรภ์จึงนับว่าอยู่ใน

ภาวะเสี่ยงมากที่สุดผลเสียที่ตามมา ก็คือ เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้การพัฒนาประเทศไม่ประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวังไว้เพราะประชากรไม่มีคุณภาพ การที่จะให้ประชากรมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ 2543 คงเป็นไปได้ยาก ผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติงานด้านสุติ-นรีเวชศาสตร์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ของหญิงที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริม และสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์มากขึ้น เพื่อจะได้ลดอัตราการเจ็บป่วย และอันตรายของมารดาและทารกให้น้อยลง เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรเพื่อพัฒนาประเทศชาติต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาถึงปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม และความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวต่อการรับบริการฝากครรภ์ของหญิงที่คลอดในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ด้านการพยาบาล นำผลการศึกษาค้นคว้ามามาเป็นแนวทางในการปฏิบัติด้านการพยาบาล โดยให้คำแนะนำ และให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ เพื่อจะได้มาฝากครรภ์ตั้งแต่วัยแรกของการตั้งครรภ์ และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ด้านการศึกษา นำผลการวิจัยมาประกอบการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่จะเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไป

3. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า สำหรับผู้สนใจเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ และในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

4. ด้านการศึกษาทั่ว ๆ ไป เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าเพื่อความก้าวหน้าในหลักสูตรการศึกษาอื่น ๆ

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ขอบเขตเนื้อหาในการศึกษาค้นคว้านี้ มุ่งศึกษาถึง

ปัจจัยด้าน ประชากร เศรษฐกิจ สังคม ปัจจัยด้านจิตวิทยา สังคม รวมทั้งความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวต่อการรับบริการฝากครรภ์ ของหญิงที่คลอดในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

2. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ หญิงที่รับและไม่รับบริการฝากครรภ์ โดยการคลอดปกติและพักฟื้นที่ตึกหลังคลอดในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2539 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2539 จำนวนประมาณ 24,000 คน .

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษากับกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มศึกษา คือ กลุ่มหญิงที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ แต่มาคลอดจำนวน 131 คน กลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มหญิงที่มาใช้บริการฝากครรภ์และมาคลอดจำนวน 262 คน

4. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

4.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่

4.1.1 ปัจจัยด้าน ประชากร เศรษฐกิจ สังคม

อายุของหญิงที่มาคลอด

สถานภาพสมรส

อาชีพของหญิงที่มาคลอด

อาชีพของสามี

ระดับการศึกษาของหญิงที่มาคลอด

ระดับการศึกษาของสามี

ลำดับที่ของการคลอด

รายได้ครอบครัวต่อเดือน

การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์

4.1.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม

การสนับสนุนจากครอบครัว

ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

เจตคติต่อการตั้งครรภ์

4.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ การรับบริการฝากครรภ์

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

การฝากครรภ์ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในขณะตั้งครรภ์ และมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

การมารับบริการฝากครรภ์ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์มารับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์จากบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปและมาคลอดที่โรงพยาบาล

การไม่มารับบริการฝากครรภ์ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์ไม่เคยมารับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์จากบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขแต่มาคลอดที่โรงพยาบาล

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร หมายถึง โรงพยาบาลที่ขึ้นอยู่กับสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุง-ประชารักษ์

อายุ หมายถึง อายุตามปฏิทินของหญิงที่มาคลอด การแบ่งอายุใช้เกณฑ์การแบ่งตามการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามช่วงอายุที่มารับบริการฝากครรภ์มากที่สุดและน้อยที่สุด (เทพณรงค์ จารุพาณิชย์ และสมพงษ์ บุญสืบชาติ.

2523 : 27 ; สิริตา วรรณวงศ์. 2538 : 61-65 ; สุกดา ภูทอง.

2529 : ข) ดังนี้

1. อายุน้อยกว่า 20 ปี
2. อายุ 20-30 ปี
3. อายุ 31-40 ปี
4. อายุมากกว่า 40 ปี

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานะของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์กับสามี แบ่งเป็น

1. ไม่ได้จดทะเบียนสมรส แยกกันอยู่ หรือหย่า หม้าย
2. ไม่ได้จดทะเบียนสมรส อยู่ด้วยกัน
3. จดทะเบียนสมรส แยกกันอยู่
4. จดทะเบียนสมรส อยู่ด้วยกัน

อาชีพของหญิงที่มาคลอด หมายถึง งานของหญิงที่มาคลอดทำเป็นประจำและมีรายได้เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ อาชีพดังต่อไปนี้

1. แม่บ้าน
2. รับจ้าง
3. ค้าขาย
4. เกษตรกรรม
5. รับราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัท

อาชีพของสามี หมายถึง งานที่สามีของหญิงที่มาคลอดทำอยู่เป็นประจำและมีรายได้เป็นส่วนใหญ่ได้แก่อาชีพดังต่อไปนี้

1. ว่างงาน
2. รับจ้าง
3. ค้าขาย
4. เกษตรกรรม
5. รัฐวิสาหกิจ บริษัท
6. รับราชการ

ระดับการศึกษาของหญิงที่มาคลอด หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของหญิงที่มาคลอด ได้แก่

1. ไม่ได้รับการศึกษา
2. เรียนไม่จบระดับประถมศึกษา
3. จบการศึกษาระดับประถมศึกษา
4. จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา
5. จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา

ระดับการศึกษาของสามี หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของสามีของหญิงที่มาคลอด ได้แก่

1. ไม่ได้รับการศึกษา
2. เรียนไม่จบระดับประถมศึกษา
3. จบการศึกษาระดับประถมศึกษา
4. จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา
5. จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา

รายได้ครอบครัวต่อเดือน หมายถึง จำนวนรายได้ของหญิงที่มาคลอดและสามีรวมกันต่อเดือน โดยใช้สถิติรายได้แห่งชาติเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 48) ดังนี้

1. ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน
2. 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน
3. 8,001 - 20,000 บาทต่อเดือน
4. มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป

ลำดับที่ของการคลอด หมายถึง ลำดับที่ของการคลอดที่ผ่านมาไม่ว่าจะเป็นการคลอดปกติ คลอดปกติ ตลอดจนการผ่าท้องเอาเด็กออก จนถึง การคลอดครั้งนี้ ได้แก่

1. ลำดับที่ 1
2. ลำดับที่ 2
3. ลำดับที่ 3
4. ลำดับที่ 4
5. ตั้งแต่ลำดับที่ 5 ขึ้นไป

การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ หมายถึง การย้ายเข้ามาประกอบอาชีพในกรุงเทพมหานครของหญิงที่มาคลอดในขณะตั้งครรภ์ แบ่งเป็น

1. ย้าย
2. ไม่ย้าย

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่สามี หรือญาติของหญิงที่มาคลอดสนับสนุนหรือไม่สนับสนุนให้มารับบริการฝากครรภ์ เช่น สามีหรือญาติพามาโรงพยาบาล/หรือสนับสนุนโดยการให้เงินทุกครั้งที่มาตรวจครรภ์ แบ่งได้ดังนี้

1. สนับสนุน
2. ไม่สนับสนุน

ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ หมายถึง ความเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ โรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์

เจตคติต่อการตั้งครรภ์ หมายถึง ความรู้สึกภายใน ได้แก่ การนึกคิดที่มีต่อการตั้งครรภ์ ทั้งในด้านการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจการยอมรับต่อบทบาทและการปรับตัวต่อการเป็นมารดา ความรู้สึกต่อการกในครรภ์ ซึ่งความรู้สึกนี้อาจจะเป็นความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ ทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจากประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น

1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. เห็นด้วย
3. ไม่แน่ใจ
4. ไม่เห็นด้วย
5. ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อในการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยดังมีหัวข้อต่อไปนี้ คือ ความหมายและความสำคัญของการฝากครรภ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการฝากครรภ์ การวิจัยในต่างประเทศ และการวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความหมายและความสำคัญของการฝากครรภ์

การฝากครรภ์ (Prenatal care or Antenatal care) หมายถึง การดูแลมารดาในระยะตั้งครรภ์ โดยใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์และปัจจัยทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ของมารดา เป็นส่วนประกอบในการดูแล ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (Pritchard and Mac Donal. 1980 : 303-304; Hall. 1981 : 1263-1265; Smith. 1981 : 1338)

1. ให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์
2. ให้มารดาในระยะตั้งครรภ์มีสุขภาพดี แข็งแรง ปราศจากภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ การคลอด และภายหลังคลอด โดยการตรวจวินิจฉัย เพื่อป้องกัน และให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

3. ส่งเสริมสุขภาพอนามัยที่ดีของทารกในครรภ์ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการวางรากฐานการเจริญเติบโต และพัฒนาการให้กับชีวิตของเด็ก

4. เสริมสร้างให้มารดาในระยะตั้งครรภ์ และครอบครัวมีความรู้ทางด้านสุขภาพการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ตลอดจนส่งเสริมให้มารดาในระยะตั้งครรภ์และสามีได้มีการปรับตัวและเตรียมพร้อมในการเป็นมารดา - บิดาที่สมบูรณ์ของครอบครัว โดยการเสริมสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตร

5. ให้โอกาสกับมารดาในระยะตั้งครรภ์ และครอบครัวในการขอคำแนะนำปรึกษา หรือ ชักถาม เรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ การคลอด ภายหลังคลอด และการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งจะช่วยให้มารดาในระยะตั้งครรภ์และครอบครัวลดความวิตกกังวล และเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทารกในครรภ์ และครอบครัว

ปัจจุบันความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น การฝากครรภ์จึงสามารถที่จะคาดการณ์ถึงอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ได้ล่วงหน้า และหรือสามารถค้นหาอันตรายที่เกิดขึ้นแล้วได้ด้วย ทำให้สามารถป้องกัน เตรียมรับ และแก้ไขสถานการณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและทันเวลาที่ (สมพล พงศ์ไทย และอชิป สรวงสมบูรณ์. 2530 : 95) ดังนั้น ถ้ามารดาในระยะตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ และไปรับบริการดูแลก่อนคลอดอย่างสม่ำเสมอก็จะทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการตายของมารดาและทารกที่เนื่องจากการตั้งครรภ์ และการคลอด เช่น การตกเลือดในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด การตายเนื่องจากโรคพิษแห่งครรภ์เบาหวาน โรคหัวใจร่วมกับการตั้งครรภ์เหล่านี้จะลดน้อยลง

อย่างไรก็ตาม แม้จะเป็นที่ยอมรับว่า การฝากครรภ์สามารถช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการตายของมารดาและทารก ที่มีสาเหตุมาจากการตั้งครรภ์ลงได้ ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงระยะการตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ด้วย (Burroughs. 1986 : 101) สำหรับในรายตั้งครรภ์ปกติ มารดาควรมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายในระยะ 8 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ (Wren. 1985 : 382) และไปรับการตรวจครรภ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเข้าสู่ระยะคลอดอย่างน้อย 8-10 ครั้ง (William. 1985 : 177)

เมื่อมารดาในระยะตั้งครรภ์ไปรับบริการฝากครรภ์ แพทย์ พยาบาล หรือผดุงครรภ์ จะปฏิบัติต่อมารดาในระยะตั้งครรภ์ทุกคน โดยมีหลักการอย่างเดียวกัน คือ (สมพล พงศ์ไทย และ อธิป สรวงสมบูรณ์. 2530 : 96; Neeson and May. 1986 : 405-437)

1. การซักประวัติ
2. การตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์
3. การทดสอบทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ
4. การประเมินภาวะเสี่ยงเนื่องจากการตั้งครรภ์
5. การนัดตรวจ
6. การให้สุขศึกษา
7. การประเมินผลการดูแลรักษา

การซักประวัติ

การซักประวัติมารดาในระยะตั้งครรภ์มีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้ประวัติที่สำคัญโดยละเอียดและสมบูรณ์ เพราะประวัติของมารดาในระยะตั้งครรภ์จะเป็นข้อบ่งชี้ถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือการดูแลเป็นพิเศษ รายละเอียดของการซักประวัติ ประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ (ปราณีต สวัสดิรักษา และ มลฤดี สุขราตรี. 2525 :

172-176; Burroughs.1986 : 102; Neeson and May. 1986 : 404-413)

1. ประวัติส่วนตัว ได้แก่ ชื่อ สกุล ที่อยู่ อายุ อาชีพ การศึกษาระดับชั้น เศรษฐกิจ สังคม เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว ทั้งนี้ประวัติส่วนตัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถประเมินภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และช่วยในการพิจารณาถึงความเหมาะสมของการให้คำแนะนำอีกด้วย

2. ประวัติครอบครัว โดยเฉพาะประวัติเกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรม และโรคติดต่อเพราะทั้งสองโรคนี้มีผลต่อการตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงควรซักประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว และการเจ็บป่วยของญาติสายตรงทั้งของมารดาในระยะตั้งครรภ์ และสามี ตัวอย่างโรคพันธุกรรม เช่น ทาลัสซีเมีย เบาหวาน โรคประสาท และตัวอย่างโรคติดต่อ เช่น หัดเยอรมัน วัณโรค โรคตับอักเสบ

3. ประวัติการมีประจำเดือน มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยในการคาดคะเนอายุของทารกในครรภ์ และกำหนดคลอด

4. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การแท้ง ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกตายคลอด การคลอดก่อนกำหนด การคลอดเกินกำหนด การคลอดยาก การตกเลือดก่อนและหลังคลอด การคลอดทารกพิการ ปัญญาอ่อน การคลอดทารกที่มีน้ำหนักเกิน 4,000 กรัม การผ่าตัดเอาเด็กออกจากหน้าท้อง หรือได้รับการทำสูติศาสตร์หัตถการ การตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไตร่วมด้วย ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอดในอดีตจะนำมาพิจารณาถึงผลที่อาจเกิดขึ้นในครรภ์นี้ด้วย เพื่อหาทางป้องกันอันตรายและการเกิดซ้ำ

5. ประวัติความเจ็บป่วย เช่น ประวัติเกี่ยวกับการชูดมดลูก การผ่าตัดทางนรีเวช ซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะรกเกาะต่ำ หรือรกฝังตัวลึก หรือมดลูกแตกได้ สำหรับประวัติความเจ็บป่วยอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคตับ โรคเบาหวาน ภัยรอยด์ โรคเลือด โรคจิต โรคประสาท โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเจ็บป่วยต่าง ๆ เหล่านี้ ถ้าเกิดกับมารดาในระยะ

ตั้งครรภ์มาก่อน มารดาในระยะตั้งครรภ์กลุ่มนี้จะได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพื่อให้มารดา และทารกมีภาวะเสี่ยงน้อยที่สุด

6. ประวัติดักรรภ์ปัจจุบัน ควรจะได้ประวัติอย่างละเอียด เช่น อายุครรภ์ ประวัติประจำเดือน ประวัติการตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ ประวัติเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การได้รับยา การสัมผัสกับสารเคมี การสัมผัสกับแสงเอ็กซเรย์ การสัมผัสกับโรคติดต่อ เช่น หัดเยอรมัน โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ จะต้องซักประวัติ และวินิจฉัยให้แน่นอนว่าเป็นหัดเยอรมันจริงหรือไม่ ถ้าพบว่าเป็นหัดเยอรมันจริงอาจจะต้องช่วยเหลือโดยการแท้ง เพราะทารกในครรภ์อาจพิการได้

ในการซักประวัติเกี่ยวกับครรภ์ปัจจุบัน ควรจะได้มีการซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ และเจตคติที่มีต่อการตั้งครรภ์ เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำปรึกษา และช่วยในการคาดคะเนถึงความเสี่ยงในการที่จะปฏิบัติตนตามคำแนะนำด้วย (Williams, Baumslag and Jelliffe. 1985 : 172)

การตรวจร่างกาย และการตรวจครรภ์

มารดาในระยะตั้งครรภ์ทุกคนจะได้รับการวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจเต้านม และตรวจร่างกายทั่วไป ตามระบบต่าง ๆ คือ ศีรษะ ตา หู เล็บ ปาก ฟัน ผิวหนัง แขนขา ระบบหายใจ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด คอัมภีรรอยด์ ตับ ไต อวัยวะสืบพันธุ์ ทั้งนี้เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของมารดา และค้นหาภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังตรวจดูความสะอาดของร่างกาย ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า รวมทั้งสังเกตท่าเดิน ท่าเดินที่ผิดปกติอาจเกิดจากเชิงกรานที่มีรูปร่างผิดปกติ ถ้าสังเกตพบจะต้องตรวจโดยละเอียดผลการตรวจจะได้นำไปวางแผนการคลอดที่เหมาะสมต่อไป

การตรวจครรภ์ มารดาในระยะตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจครรภ์ ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เพื่อดูขนาดของครรภ์ ซึ่งจะช่วยบ่งชี้ว่าทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตปกติหรือหยุดชะงักหรือไม่ นอกจากนี้ยังตรวจดูจำนวนของ

การกในครรภ์ อาจเป็นครรภ์เดี่ยวหรือครรภ์แฝด ประเมินดูภาวะสุขภาพของการกในครรภ์ ตรวจแนวและส่วนนำของการกเพื่อคะเนกำหนดคลอด และหาแนวทางในการตัดสินใจ กำหนดวิธีการคลอด

การทดสอบทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ

การทดสอบทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ จะช่วยบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของมารดาและการกได้เป็นอย่างดี ซึ่งช่วยให้สามารถป้องกันค้นหา และให้การรักษาภาวะผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว (Gilbert and Harmon. 1986 : 11) มีดังนี้

1. การตรวจโลหิต

1.1 การตรวจความเข้มข้นของโลหิต คือ การตรวจหาค่าฮีมาโตคริต (Hematocrit) หรือ ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) โดยปกติถ้ามารดาในระยะตั้งครรภ์ มีฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 30 และมีฮีโมโกลบินต่ำกว่าร้อยละ 10 กรัม ถือว่ามารดาในระยะตั้งครรภ์นั้น มีภาวะโลหิตจาง (Arias. 1984 : 6; Hacker and Moore. 1986 : 154) จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ เพราะไม่เช่นนั้นหัวใจของมารดาในระยะตั้งครรภ์จะต้องทำงานหนักจนเกิดภาวะหัวใจวายได้ หรือเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ระยะหลังคลอดมารดาจะเสียเลือด อาจช็อค หมดสติ ตายได้ สำหรับทารกในครรภ์ถ้ามารดามีภาวะโลหิตจาง จะทำให้การเจริญเติบโตหยุดชะงัก หรือคลอดก่อนกำหนด (Wren. 1985 : 85)

1.2 การตรวจหาน้ำตาล เพื่อดูว่ามารดาในระยะตั้งครรภ์เป็นโรคเบาหวานหรือไม่ ควรตรวจตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ และในปลายระยะที่ 2 ของการตั้งครรภ์ เพราะเป็นระยะที่มารดามีการผลิตอินซูลินมาก โดยเฉพาะในรายที่มีแนวโน้มว่าจะเป็นเบาหวาน จากประวัติทางพันธุกรรมมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีรูปร่างที่อ้วนมาก ผู้ที่มีประวัติเคยคลอดทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม และในรายที่ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ (Goldberg, Jornsay and Hausknecht. 1985 : 409)

1.3 การตรวจหาเชื้อซิฟิลิส (Serology test for Syphilis) เนื่องจากเชื้อซิฟิลิสสามารถผ่านรกไปยังทารกได้ การตรวจหาเชื้อซิฟิลิสช่วยป้องกันการเกิดซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital Syphilis) (Cauchi, Gillbert and Brown. 1984 : 193)

1.4 การตรวจหาภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมัน การตรวจโลหิตของมารดาเพื่อหาภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมัน จะต้องตรวจหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่ไม่เคยเป็นหัดเยอรมันมาก่อนหรือไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันมาก่อน ทั้งนี้เพราะถ้ามารดาในระยะตั้งครรภ์เป็นหัดเยอรมันในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์อาจเกิดมาพิการ ซึ่งแพทย์จะต้องวินิจฉัยอย่างละเอียดและหาทางช่วยเหลือต่อไป

1.5 การตรวจหาหมู่เลือด มารดาในระยะตั้งครรภ์และคู่สมรสทุกรายควรได้รับการตรวจหาหมู่เลือด ทั้งนี้ถ้าพบว่ามารดามีหมู่เลือด "โอ" (O) คู่สมรสมีหมู่เลือด "เอ" (A) หรือ "บี" (B) หรือ "เอบี" (A B) จะได้ให้การดูแลทารกที่เกิดมาเป็นพิเศษ เพราะทารกมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาการไม่เข้ากันของเลือดแม่และลูก (วิไล เลิศธรรมเทวี. 2528 : 266) การตรวจหาหมู่เลือดจึงช่วยป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับทารกได้

1.6 การตรวจหาเชื้อเอดส์ จะตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ในหญิงที่มาฝากครรภ์ทุกรายเพื่อคัดกรองผู้ติดเชื้อ และเพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลตลอดจนให้คำปรึกษาถึงการปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์ หากหญิงมีครรภ์ได้รับเชื้อ ซึ่งจะเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยบรรเทา และควบคุมโรคเอดส์ (บุญสม ชีระพิบูลย์. 2534 : 17-73)

2. การตรวจปัสสาวะ มารดาในระยะตั้งครรภ์ทุกคน จะได้รับการตรวจหาไข่ขาวและน้ำตาลในปัสสาวะ ในรายที่มีภาวะพิษแห่งครรภ์ จะตรวจพบไข่ขาว และตรวจพบน้ำตาลในระยะที่เป็นเบาหวาน การตรวจปัสสาวะยังเป็นแนวทางหนึ่งในการตรวจหาเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ สำหรับรายที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้ออีกด้วย

3. การประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยการตรวจดูขนาดของทารกในครรภ์ ว่ามีการเจริญเติบโตเหมาะสมกับอายุครรภ์หรือไม่ การทดสอบดูความเจริญของปอดทารก การตรวจหาความพิการของทารก การทดสอบต่าง ๆ ดังกล่าวทำได้หลายวิธี ทั้งทางเคมี เช่น การตรวจหาปริมาณเอสตริออล (Estril) ในปัสสาวะ และการตรวจโดยใช้เครื่องมือพิเศษ เช่น การตรวจใช้เครื่องเสียงที่มีความถี่สูง (Ultrasound) การส่องตรวจถุงน้ำคร่ำ (Amnioscopy) การเอ็กซเรย์ (X-rays) เป็นต้น

การประเมินภาวะเสี่ยงเนื่องจากการตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการตายมากกว่าการไม่ได้ตั้งครรภ์ (Neeson and May. 1986 : 428) องค์ประกอบที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการตายที่เนื่องมาจากการตั้งครรภ์ จึงสมควรที่จะได้มีการค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ องค์ประกอบดังกล่าว ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ ประวัติ การตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการเจ็บป่วยปัจจุบันที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อจะช่วยให้สามารถวางแผนป้องกัน และรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะระยะไตรมาสที่สาม และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ฉะนั้น การประเมินจะต้องทำให้สมบูรณ์ ครบถ้วนตามแบบประเมิน จึงจะช่วยชี้ถึง ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการตายของมารดาและทารกได้ซึ่งแบบประเมิน ภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์มีหลายรูปแบบ เช่น ของ คูพลแลนด์ และคนอื่น ๆ และของสุกัญญา ปริสัยญกุล (กรองกาญจน์ ศิริภักดี. 2530 : 17 ; อ้างอิงมาจาก Coopland and others. 1977 และ Sugunya Parisunyakul. 1979) เป็นต้น เมื่อประเมินพบว่ามารดา และทารกอยู่ในภาวะเสี่ยง จำเป็นจะต้องให้มารดาในระยะตั้งครรภ์รับรู้และ เข้าใจ เพื่อความร่วมมือในการรักษาโดยการมาตรวจตามนัดทุกครั้งและ ปฏิบัติตนตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด

การนัดตรวจ

การนัดตรวจครรภ์ที่สม่ำเสมอ จะทำให้สามารถค้นพบภาวะเสี่ยงอันตรายของมารดาและทารกได้อย่างรวดเร็วก่อนที่จะภาวะดังกล่าวจะรุนแรงมากขึ้น โดยมีการนัดตรวจดังนี้ คือ นัดตรวจ 1-2 ครั้ง ในระยะไตรมาสแรก 2-3 ครั้ง ในระยะไตรมาสที่สอง และ 3-4 ครั้ง ในระยะไตรมาสสุดท้าย สำหรับผู้ที่ได้รับการประเมินว่าอยู่ในภาวะเสี่ยง จะนัดตรวจบ่อยครั้งมากขึ้นตามความจำเป็น (Neeson and May. 1986 : 448)

การมาตรวจตามนัดแต่ละครั้ง มารดาในระยะตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการตรวจต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (สมพล พงศ์ไทย และ อธิป สรวงสมบูรณ์. 2530:103-104)

ซักถามเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลง ความผิดปกติและปัญหาต่าง ๆ
ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต

ตรวจปัสสาวะ หาโปรตีน และน้ำตาล

ตรวจครรภ์หาขนาดของมดลูก จำนวนทารกในครรภ์ แนวและ

ส่วนนำของทารก การคงชีพโตอยู่ของทารก

ตรวจว่าบวมหรือไม่

ตรวจภายในเมื่อมีข้อบ่งชี้

ตรวจความเข้มข้นของโลหิต และตรวจหาเชื้อซิฟิลิสถ้าเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 30-32 สัปดาห์

ตรวจพิเศษต่าง ๆ เมื่อมีข้อบ่งชี้

วิเคราะห์และประเมินผลการรักษา

การให้สุศึกษา

การให้สุศึกษากับมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ เป็นวิธีหนึ่ง ที่ช่วยให้มารดาในระยะตั้งครรภ์ได้มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์เสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและความตายน้อยลง ช่วยลด

ความวิตกกังวลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การให้สุขศึกษายังเป็นการเตรียมมารดาในระยะตั้งครรภ์และครอบครัวให้พร้อมสำหรับการให้กำเนิดทารก การเลี้ยงดูทารก เพื่อเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์แบบ การให้สุขศึกษากับมารดาในระยะตั้งครรภ์ประกอบไปด้วย

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด
2. ความรู้เกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่พบบ่อยในระยะตั้งครรภ์
3. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ตลอดจนการเลี้ยงดูทารกแรกเกิด

การประเมินผลการดูแลรักษา

ทุกครั้งที่มาตราในระยะตั้งครรภ์มาตรวจตามนัด แพทย์ พยาบาล หรือผดุงครรภ์จะประเมินผลการดูแลรักษาโดยพิจารณาจาก

1. น้ำหนักตัวของมารดา โดยปกติมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 10 สัปดาห์ขึ้นไป จะมีน้ำหนักเพิ่มโดยเฉลี่ยประมาณ 350-400 กรัม/สัปดาห์ (สมพล พงศ์ไทย และ อธิป สรวงสมบูรณ์. 2530 : 109) ถ้ามารดาในระยะตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มมากกว่านี้ หรือน้อยกว่านี้ต้องพิจารณาหาสาเหตุ เพราะการที่มารดามีน้ำหนักเพิ่มมากกว่าปกติ อาจจะทำให้มารดามีภาวะอ้วนและเสี่ยง และทารกจะมีขนาดใหญ่กว่าปกติ ส่งผลให้การหดตัวของมดลูกภายหลังคลอดเป็นไปได้ไม่ดี ทำให้มารดาและทารกมีอัตราเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการตายสูงขึ้น (Aumann and Baird. 1986 : 15) และจากการที่มารดามีน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่าปกติ หรือไม่เพิ่มเลย แสดงว่ามารดาได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ หรือทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตหยุดชะงัก หรือทารกอาจตายในครรภ์ (สมพล พงศ์ไทย และ อธิป สรวงสมบูรณ์. 2530 : 108)

2. ขนาดของมดลูกควรจะเจริญได้สัดส่วนกับระยะของการตั้งครรภ์ (Pritchard and Mac Donald. 1985 : 245) คือ

อายุครรภ์	ตำแหน่งของยอดมดลูก
12 สัปดาห์	1/3 เหนือรอยต่อกระดูกหัวหน้า
16 สัปดาห์	2/3 เหนือรอยต่อกระดูกหัวหน้า
20 สัปดาห์	ระดับสะดือ
24 สัปดาห์	1/4 เหนือระดับสะดือ
28 สัปดาห์	2/4 เหนือระดับสะดือ
32 สัปดาห์	3/4 เหนือระดับสะดือ
36 สัปดาห์	อยู่ใต้กระดูกสันหลังเล็กน้อย
40 สัปดาห์	ลดลงมาอยู่ที่ 3/4 เหนือระดับสะดือ

3. ประเมินผลการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นว่าลดความรุนแรงลงหรือหายไป

จากการศึกษาดังกล่าว จะเห็นว่าการฝากครรภ์ให้ประโยชน์ทั้งกับมารดาและทารกเป็นอย่างมาก แต่ก็ยังมีหญิงตั้งครรภ์จำนวนไม่น้อยที่ยังไม่มารับบริการฝากครรภ์จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการฝากครรภ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการฝากครรภ์

ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม

อายุของหญิงตั้งครรภ์

อายุ เป็นภาวะที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัย จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์ การศึกษาของเทพณรงค์ จารุพาณิชย์ และสมพงษ์ บุญสืบชาติ (2523 : 5) ในโรงพยาบาลศิริราชจากจำนวนผู้รับบริการคลอด 1,000 ราย มีผู้มารับฝากครรภ์ร้อยละ 73.10 ไม่เคยฝากครรภ์ร้อยละ 26.90 และกลุ่ม

อายุที่มีการฝากครรภ์มากกว่ากลุ่มอื่น คือ อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 61.60 สำหรับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีเพียงร้อยละ 22.70 การศึกษาเรื่อง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (สรีตา วรณวงศ์ 2528 : 61,65) ในโรงพยาบาล ศิริราช ศึกษาเฉพาะมารดาสองกลุ่มอายุพบว่ามารดาวัย 20-30 ปี มีการรับ การตรวจครรภ์ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป มากกว่ามารดาวัย 18 ปี หรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 71 และ 54 ตามลำดับ โดยที่จำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ มีความสัมพันธ์กับอายุของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์ และไม่ฝากครรภ์ : ศึกษากรณีหญิงที่ คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 9 ยะลา (สุดา ภูทอง. 2529:27) พบว่า อายุของมารดา มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าหญิงมีครรภ์มารับบริการมากที่สุดระหว่างอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 31.10 รองลงมาคืออายุ 25-29 ปี ร้อยละ 28.60 กลุ่มที่มารับบริการน้อยที่สุด คือ กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 25 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาเรื่องปัจจัย ที่มีผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของประชากรในเขตชุมชนแออัดที่ปรับปรุง แล้วของกรุงเทพมหานคร (ประเจตน์ เกตุน้อย. 2530 : 55) พบว่ากลุ่มอายุ ของสตรีมีความสัมพันธ์เป็นส่วนกลับกับการฝากครรภ์ โดยกลุ่มอายุ 15-25 ปี ฝากครรภ์มากที่สุด ร้อยละ 96 ในขณะที่กลุ่มอายุ 36-49 ปี ฝากครรภ์ต่ำสุด ร้อยละ 76 ในการศึกษาพฤติกรรมการฝากครรภ์ด้านอายุครรภ์ เมื่อฝากครรภ์ ครั้งแรก เรื่องผลของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิด ในวชิรพยาบาล พ.ศ.2529 (จารุวรรณ ธีวโพนบูลย์. 2532 : 57) พบว่า อายุของมารดา มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ มารดาที่มีอายุมากขึ้นจะมีการฝากครรภ์ เมื่อ อายุครรภ์น้อยและการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการฝากครรภ์ของสตรีในชนบทไทย (สุพรรณีย์ จันพิทศ. 2534 : 41) พบว่า อายุของสตรีมีผลต่อพฤติกรรมการ ฝากครรภ์ โดยสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี และ 25-29 ปี มีการฝากครรภ์ มากกว่าสตรีที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 88 88 และ 74 ตามลำดับ

ส่วนการศึกษาที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา (น้ำเพชร อภากร ณ อยุธยา และคนอื่น ๆ. 2520 : 28) พบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกกลุ่มอายุนิยมไปฝากครรภ์ การศึกษาของจากรูวรรณ รวีไพบูลย์ (2532 : 57) ที่วชิรพยาบาล พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์กับอายุของมารดาไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาเรื่องลักษณะการฝากครรภ์กับอายุของมารดา ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาเรื่องลักษณะการฝากครรภ์ผู้ทำคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของสตรีมีครรภ์ในชนบท กรณีอำเภอนางรองจังหวัดบุรีรัมย์ (วัชรวิ วัชรมัย. 2532 : 67) พบว่า อายุไม่สามารถอธิบายการฝากครรภ์ได้

จากการศึกษาที่กล่าวมาแล้วจะเห็นว่าส่วนใหญ่กลุ่มสตรีที่มีอายุ 20-30 ปี มีการฝากครรภ์มากกว่ากลุ่มสตรีที่มีอายุน้อยกว่า และกลุ่มสตรีที่มีอายุมากกว่า อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มสตรีอายุ 20-30 ปี อยู่ในวัยที่มีวุฒิภาวะที่เหมาะสมกับการมีชีวิตครอบครัว ตลอดจนมีความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจและสังคมมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าและมีโอกาสที่จะได้รับการศึกษา ความรู้หรือข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มากกว่า หรือมีภาระในครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มสตรีที่มีอายุมากกว่า ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญและไปรับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อเริ่มตั้งครรภ์ และรับบริการฝากครรภ์ได้สม่ำเสมอ

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับบริการฝากครรภ์ จากการศึกษาของ สุธา ภูทอง (2529 : ค) เรื่องการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ : ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 9 ยะลา พบว่า ลักษณะที่สำคัญของการไม่ฝากครรภ์คือ สถานภาพสมรสของหญิงมีครรภ์ หญิงมีครรภ์ที่ไม่มีสามีจะไม่ต้องการเด็กจึงไม่มีการฝากครรภ์ และพบบ่อยครั้งว่า จำนวนทารก

แรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย และอัตราการตายปริกำเนิดมักจะมาจากมารดาที่ไม่ได้แต่งงานสูงเป็น 2 เท่า ของพวกที่แต่งงาน (Aumann and Baird. 1986:14) เนื่องจากว่า มารดาในระยะตั้งครรภ์ที่ไม่ได้แต่งงานส่วนใหญ่ไม่ต้องการมีบุตรหรือไม่ได้วางแผนที่จะมีบุตร จึงรู้สึกเหมือนถูกประณามเมื่อตั้งครรภ์ พวกนี้จะไม่ไปฝากครรภ์ แม้จะทราบว่า เป็นความจำเป็น ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ จึงไม่ได้รับการดูแลรักษา หรือป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น ไม่ได้รับคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติที่ถูกต้อง สถิติมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจึงพบในกลุ่มที่ไม่ได้แต่งงานมากกว่าที่แต่งงาน โดยเฉพาะกลุ่มมารดาวัยรุ่น และจากการศึกษาของจากรูวรรณ ธีวไพบูลย์ (2532 : 54) เรื่องผลของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพของมารดา และทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พ.ศ.2529 พบว่า มารดาที่มีสถานภาพสมรส คู่จดทะเบียนสมรส มีการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่ามารดาที่ไม่จดทะเบียนสมรส และมารดาที่สถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก

อาชีพของหญิงตั้งครรภ์

อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัยได้ต่าง ๆ กัน เนื่องจากอาชีพจะมีส่วนกำหนดเวลา สถานที่สำหรับการไปรับบริการฝากครรภ์ และความสามารถในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย การศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์ เช่น การศึกษาของเทพณรงค์ จารุพาณิชย์ และสมพงษ์ บุญสืบชาติ (2523 : 5) ที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ที่มีอาชีพแม่บ้านฝากครรภ์มากที่สุด ร้อยละ 38 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถัย รวยอาจิณ และคนอื่น ๆ (2528 : 62) ศึกษาในเขตชานเมืองกรุงเทพมหานคร พบว่าอาชีพของสตรีมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ กล่าวคือ สตรีที่มีอาชีพแม่บ้านฝากครรภ์มากที่สุด รองลงมาเป็นอาชีพไม่ใช่เกษตรกร และอาชีพเกษตรกรตามลำดับ การศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : 29) ที่จังหวัดยะลา พบว่า อาชีพของสตรีมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ โดยกลุ่มที่มาใช้บริการฝากครรภ์

มากที่สุด คือ กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการ คือ ร้อยละ 90.80 กลุ่มอาชีพทำนา ทำสวนไม่มาฝากครรภ์มากที่สุดร้อยละ 47.30 การศึกษาของ สดสวย คณาวัชรากุล (2532 : 64) ในชุมชนแออัดของเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพการทำงานของสตรีมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ กล่าวคือ สตรีที่มีอาชีพแม่บ้านไปตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปในสัดส่วนที่สูง คือ ร้อยละ 77 และ สัดส่วนต่ำในสตรีที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ คือ ร้อยละ 58 และจากการศึกษาของ สุพรรณีย์ จันทิศา (2534 : 47) พบว่า กลุ่มสตรีที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ จะฝากครรภ์มากกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 90 และ 82 ตามลำดับ

การศึกษาที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์ เช่น การศึกษาของน้ำเพชร อาภากร ณ อยุธยาและคนอื่น ๆ (2520 : 29) ที่ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า สตรีทุกกลุ่มอาชีพไปฝากครรภ์ในเกณฑ์ที่สูง อาชีพไม่มีผลต่อความสามารถในการไปรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องการวิเคราะห์ปัจจัยทาง ด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (วชิรา กลีโกศล.2521 : 94) พบว่า กลุ่มไม่ได้ทำงานนอกบ้านและกลุ่มที่ทำงานนอกบ้าน ในด้านการฝากครรภ์ทั้งสองกลุ่มมีการปฏิบัติไม่แตกต่างกันและการศึกษาของประเจตน์ เกษน้อย (2530 : 34) ในชุมชนแออัดที่ปรับปรุงแล้วของกรุงเทพมหานคร พบว่า สตรีทุกกลุ่มอาชีพ นิยมไปฝากครรภ์ส่วนใหญ่

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การจัดแบ่งกลุ่มอาชีพมีความแตกต่างกันตามกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา จึงไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนนัก จึงน่าจะทำการศึกษาวิจัยต่อไป

อาชีพของสามี

อาชีพของสามีเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และส่งผลให้สามารถสนับสนุนต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยของภรรยาได้ต่าง ๆ กัน เช่น การศึกษา เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติการวางแผนครอบครัวของสตรีไทยพุทธ และสตรีไทยมุสลิม ที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา (สมใจ เสรีจรกิจเจริญ. 2524 : 94,97) พบว่า กลุ่มสตรีไทยมุสลิม อาชีพของสามีมีอิทธิพลต่อการที่ สตรีมีความรู้ แล้วใช้หรือไม่ใช้การวางแผนครอบครัว ส่วนกลุ่มสตรีไทยพุทธ อาชีพของสามีจะมีผลต่อการเลือกใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพสูงหรือต่ำ การศึกษา ของสุดา ภูทอง (2529 : 34) ที่จังหวัดยะลา พบว่า อาชีพของสามีมีความ สัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ เมื่อพิจารณาเฉพาะสตรีที่ สามีมีอาชีพ พบว่า สตรีที่สามีมีอาชีพรับราชการเข้ารับการตรวจครรภ์ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไปมากที่สุด รองลงมาเป็นอาชีพค้าขายและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 81.48 และ 26 ตามลำดับ ส่วนสตรีที่สามีมีอาชีพเกษตรกรรมเข้ารับการตรวจ ครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไปน้อยที่สุดร้อยละ 17 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณีย์ จันพิทศ (2534 : 49) พบว่า สตรีที่สามีประกอบอาชีพอื่น ๆ จะ ฝากครรภ์มากกว่าสตรีที่สามีประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 89 และ 83 ตามลำดับ

ระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์

การศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากการศึกษาจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มี โอกาสได้รับความรู้และความพอใจ ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เช่น จากผลการศึกษาของ เทพณรงค์ จารุพาณิชย์ และสมพงษ์ บุญสืบชาติ (2523 : 6) ที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูงจะ เข้ารับบริการฝากครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้อง กับรายงานเบื้องต้นเรื่องการฝากครรภ์ (นันทา อ่วมกุล ศิริกุล ศิรานุรักษ์

และพรลณี อมรวิเชษฐ์. 2526 : 8) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ กล่าวคือ มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่มีการศึกษามากกว่า 7 ปี ฝากครรภ์ภายใน 6 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ มีเพียงร้อยละ 8 ที่ฝากครรภ์ในไตรมาสสุดท้าย ยังมีการศึกษาน้อยลง อัตราการไปฝากครรภ์ในไตรมาสสุดท้ายยังเพิ่มขึ้นและในไตรมาสแรกจะลดลง การศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : 31) ที่จังหวัดยะลา พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ อนุปริญญาขึ้นไปเข้ารับการตรวจครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 93 กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือการศึกษาต่ำกว่าประถมประมาณ 3 ใน 4 จะไม่ฝากครรภ์ร้อยละ 70.10 การศึกษาของจากรุวรรณ ริวไพบูลย์ (2532 : 57) ที่วชิรพยาบาล พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยแม่ในชุมชนแออัดของเขตกรุงเทพมหานคร (สดสวย ฅณาวัชรากุล 2532 : 66-67) พบว่า กลุ่มสตรีทุกกลุ่มการศึกษานิยมไปตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป และสัดส่วนของการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปนี้ได้เพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาของสตรี คือ กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือและเรียนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 มีการเข้ารับการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 56 และเพิ่มเป็นร้อยละ 83 ในกลุ่มสตรีที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จากการศึกษานี้ของ สุพรรณีย์ จันทิศา (2534 : 43) พบว่า กลุ่มสตรีที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 เข้ารับการตรวจครรภ์มากกว่าสตรีที่เรียนจบประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 91 และ 82 และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (ดวงพร จินตโนทัยถาวร. 2536 : ข) พบว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือสูงกว่ามัธยมศึกษา มีการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า 13 สัปดาห์ มากกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา

ผลการศึกษาเรื่อง สุขภาพ และการวางแผนครอบครัวในเขต
 ชานเมือง กรุงเทพมหานคร (อรทัย รวยอาจิณ และคนอื่น ๆ. 2528 : 62)
 พบว่า ระดับการศึกษาของสตรีไม่มีผลต่อการฝากครรภ์

จากการศึกษาที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า การศึกษาของสตรีจะมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีโอกาสที่จะได้รับความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ สามารถปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยได้ถูกต้องกว่าพวกที่มีการศึกษาน้อยกว่า

ระดับการศึกษาของสามี

การศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้ และเห็นถึงความสำคัญของการมีสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย และเนื่องจากสามีเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดภรรยามาก จึงมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยของภรรยาด้วย เช่น การศึกษาเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติการวางแผนครอบครัวของสตรีไทยพุทธ และสตรีมุสลิมในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา (สมใจ เสรีขจรกิจเจริญ. 2524 : 82) การศึกษาของสามีสตรีไทยพุทธ มีผลต่อความรู้และการใช้การวางแผนครอบครัวของสตรี สัดส่วนของสตรีที่ทราบ และใช้การวางแผนครอบครัวจะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาของสามีอย่างเห็นได้ชัด คือ ร้อยละ 30 45 และ 76 สำหรับสตรีที่สามีไม่มีการศึกษา มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า การศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : 39) ที่จังหวัดยะลา พบว่า เหตุผล ประการหนึ่งที่สตรีไปฝากครรภ์นั้นเพราะสามีแนะนำ และจากผลการศึกษาเรื่องระดับแนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย (พิจิตร พัทธกะเทพสมบัติ และเกื้อ ว่องบุญสิน. 2532 : 87) พบว่าการศึกษาของสามีมีผลในทางบวกกับการฝากครรภ์กล่าวคือ เมื่อการศึกษาของสามีสูงขึ้นสัดส่วนของการรับบริการตรวจครรภ์ของสตรีสูงขึ้นตามลำดับ และผลการศึกษาของ สุพรรณีย์ จันทิศา (2534 : 45) พบว่า สตรีที่สามีมีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 เข้ารับการตรวจครรภ์มากกว่า สตรีที่สามีมีการศึกษาเพียงประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่าคิดเป็นร้อยละ 91 และ 82 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร จินตโนทัยถาวร

(2536 : ข) พบว่าสตรีที่สามีมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือสูงกว่ามัธยมศึกษา มีการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า 13 สัปดาห์มากกว่าสตรีที่สามีมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา

จากผลการสำรวจพฤติกรรมทางการวางแผนครอบครัว ภาวะโภชนาการ และการอนามัยแม่และเด็กของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคนอื่น ๆ. 2526 : 14,22) พบว่า แหล่งความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวสตรีวัยเจริญพันธุ์ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวรู้จักวิธีใช้อุปกรณ์ และวิธีการคุมกำเนิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด รองลงมาคือ เพื่อนบ้าน สื่อมวลชน สามี ญาติ พี่น้อง ร้านขายยา และองค์กรเอกชน พบร้อยละ 57.20 25.80 10.90 4.80 0.60 และ 0.50 ตามลำดับ และในด้านการฝากครรภ์ มารดาในชุมชนแออัดเมื่อตั้งครรภ์ผู้แนะนำให้ไปฝากครรภ์พบว่าไปฝากครรภ์เองมากที่สุดรองลงมาคือ ญาติ เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสามีพบร้อยละ 78.30 8.60 3.60 และ 2.70 ตามลำดับ และการศึกษาเรื่องผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่บิดาต่อการปฏิบัติ ด้านสุขภาพของมารดาและทารก (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และพาณิชย์ ชงใจยุทธ. 2534 : 43) พบว่า ระดับการศึกษาของสามีไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้านสุขภาพของมารดาและทารก

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาสามารถกล่าวได้ว่า การศึกษาของสามีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์ของสตรี

ลำดับที่ของการคลอด

ลำดับที่ของการคลอด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์ เพราะการมีประสบการณ์เริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอดนั้น จะทำให้มีพฤติกรรมการฝากครรภ์ในการตั้งครรภ์ ครรภ์ถัดไป เช่น การศึกษาเกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย (พิจิตร พัทธกะเทพสมบัติ และเกื้อว่องบุญสิน. 2532 : 89) พบว่า ในลำดับที่ของการคลอดสามารถอธิบาย

การตรวจครรภ์ได้ โดยมีความสัมพันธ์ทางลบ กล่าวคือ กลุ่มสตรีที่มีจำนวนครั้งของการคลอดเพิ่มขึ้นจะมีสัดส่วนในการไปตรวจครรภ์ลดลงตามลำดับ และการศึกษาที่ใกล้เคียงกับลำดับที่ของการคลอด เช่น การศึกษาของเทพณรงค์ จารุพาณิชย์ และสมพงษ์ บุญสืบชาติ ที่โรงพยาบาลศิริราช (2523 : 5) พบว่า ผู้ที่มีบุตรจำนวนน้อยกว่าจะไปรับบริการตรวจครรภ์ในสัดส่วน ที่สูงกว่าผู้ที่มีบุตรจำนวนมาก การศึกษาของ อรทัย รวยอาจิน และคนอื่น ๆ (2528 : 62) ที่สนามเมืองกรุงเทพมหานครพบว่า จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์สามารถอธิบาย การเข้ารับการตรวจครรภ์ได้กล่าวคือ สตรีที่มีจำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ มากกว่า มีการเข้ารับการตรวจครรภ์น้อยกว่าสตรีที่มีจำนวนครั้งในการ ตั้งครรภ์น้อยกว่า การศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : 33) ที่จังหวัดยะลา พบว่าลำดับที่ของการตั้งครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไปจะมีการตรวจครรภ์ลดลงกล่าวคือ ครรภ์แรก ครรภ์ที่ 2 ครรภ์ที่ 3 ครรภ์ที่ 4 และครรภ์ที่ 5 ขึ้นไป มีการ เข้ารับการตรวจครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 46.00 40.00 34.00 23.00 และ 14.00 ตามลำดับการศึกษาของ วิษรี วิชรมัย (2532 : 42) ที่จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มที่มีจำนวนบุตรเกิดรอดน้อยจะมีการฝากครรภ์กับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากกว่ากลุ่มสตรีที่มีจำนวนบุตรเกิดรอดมาก กล่าวคือ กลุ่มที่มีจำนวนบุตรเกิดรอด 1-2 คน 3-4 คน และ 5 คนขึ้นไป จะมีการ ฝากครรภ์ร้อยละ 65.80 55.20 และ 36.70 ตามลำดับ และกลุ่มที่มี จำนวนบุตรที่มีชีวิตทั้ง 3 กลุ่ม ดังกล่าว มีอัตราการฝากครรภ์ร้อยละ 64.00 53.80 และ 41.70 ตามลำดับ การศึกษาของ สดสวย คณาวิชรากุล ใน ชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร (2532 : 79-80) พบว่าจำนวนบุตรที่มี ชีวิตมีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจครรภ์ในทางลบ กลุ่มสตรีที่มีบุตรมีชีวิตในปัจจุบันจำนวนน้อยไปรับบริการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปมากกว่ากลุ่ม สตรีที่มีบุตรมีชีวิตในปัจจุบันจำนวนมาก กล่าวคือ กลุ่มสตรีที่มีบุตร 1-2 คน ร้อยละ 72 ไปรับบริการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป ในขณะที่กลุ่มสตรีที่มีบุตร มีชีวิต 5 คนขึ้นไป ไปรับบริการเพียงร้อยละ 55 และจากการศึกษาของ ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536 : ข) ที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่าสตรีที่มี

ลำดับที่ของการคลอดน้อยกว่า มีการเข้ารับการตรวจครรภ์จำนวนตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปมากกว่าสตรีที่มีลำดับที่ของการคลอดมาก

จากการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออ่านาภภายใน ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่ง ภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ (กรณีการ กั้นชะรักษา. 2527 : 107) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีลำดับที่ของการตั้งครรภ์ต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพโดยส่วนรวมไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาที่กล่าวมา จะเห็นว่าส่วนใหญ่สตรีที่มีลำดับที่ของการ คลอดน้อย จะไปรับบริการตรวจครรภ์จำนวนครั้งมากกว่าสตรีที่มีลำดับที่ของ การคลอดเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสตรีที่มีลำดับที่ของการคลอดเพิ่มขึ้น จะได้รับการเรียนรู้ และความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในขณะ ตั้งครรภ์ ตลอดจนมีประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการคลอดทำให้ตระหนักถึง ความสำคัญของการฝากครรภ์ลดลง ส่งผลให้ไปรับบริการฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ไปรับบริการฝากครรภ์เลย

รายได้ครอบครัวต่อเดือน

รายได้เป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญมาก ในการที่จะเอื้ออำนวยให้บุคคล สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ถ้าหารายได้ต่ำก็จะทำให้ ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอและถูกต้องได้เช่น การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มี ผลต่อการฝากครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา (น้ำเพชร อากาศ ฌ อยู่ธยา และคนอื่น ๆ. 2520 : 30-31) พบว่า การฝากครรภ์ของสตรีขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ กล่าวคือ สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวดี จะไปฝากครรภ์สูงสุด ส่วนผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับยากจนจะไปฝากครรภ์ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 90 และ 63 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ธีวไพบูลย์

(2532 : 57) ที่วชิรพยาบาลพบว่ารายได้ครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และจำนวนครั้งของการเข้ารับการตรวจครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย (พิจิตร พัทธกะเทพสมบัติและเกื้อ ว่องบุญสิน. 2532 : 89) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการฝากครรภ์ กล่าวคือ สตรีที่มีระดับความมั่งคั่งของครัวเรือนสูงกว่าจะมีสัดส่วนในการไปฝากครรภ์สูงกว่าสตรีที่มีระดับความมั่งคั่งของครัวเรือนต่ำกว่า และจากผลการศึกษาพฤติกรรมการฝากครรภ์ของสตรีในชนบทไทย (สุพรรณีย์ จันพิทศ. 2534 : 55) พบว่าสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวสูงกว่า จะเข้ารับการตรวจครรภ์มากกว่าสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำกว่า กล่าวคือ สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวสูง ปานกลาง และต่ำ เข้ารับการตรวจครรภ์ 1-3 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 35 33 และ 25 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการเข้ารับการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป ตามกลุ่มสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ 3 กลุ่ม ดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 56 53 และ 51 ตามลำดับ จากการศึกษาของ ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536 : ข-ค) พบว่าสตรีที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนสูงกว่ามีการเข้ารับการตรวจครรภ์จำนวนตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปมากกว่าสตรีที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำ

จากการศึกษาของจริยาวัตร คมพยัคฆ์ เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และพาณี ยงใจยุทธ (2534 : 43) เรื่อง ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่บิดาต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของมารดาและทารก พบว่า รายได้ครอบครัวต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้านสุขภาพของมารดาและทารกเลย

จากการศึกษาที่กล่าวมาแล้วสามารถสรุปได้ว่า สตรีที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า จะไปรับบริการตรวจครรภ์มากกว่า หรือเริ่มรับบริการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าสตรีที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่าเนื่องจาก รายได้ครอบครัวที่มากกว่าจะเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองได้มากกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่า

การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์

กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางความเจริญในทุก ๆ ด้านของประเทศ จึงเป็นปัจจัยดึงดูดให้ประชาชนจากชนบทอพยพย้ายถิ่นเข้ามาอยู่ในเขต กรุงเทพมหานครและพื้นที่รอบข้าง ซึ่งผลกระทบจากการย้ายถิ่น ก่อให้เกิด ผลดีและผลเสียต่อถิ่นเดิมและถิ่นใหม่ที่ย้ายเข้าไปอยู่ กรณีถิ่นใหม่ เมื่อย้าย เข้าไปอยู่รวมกันมาก ๆ ย่อมก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมาย และปัญหาด้าน สุขภาพเป็นปัญหาสำคัญมากปัญหาหนึ่งการย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมืองผู้ย้ายถิ่น จะต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตสิ่งแวดล้อม เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนสถานภาพและบทบาทของตนเอง ดังนั้นผู้ย้ายถิ่นจะ ต้องมีการปรับตัวให้เข้าได้กับแบบวิถีชีวิตของสังคมเมืองให้ได้ จึงจะสามารถ อาศัยอยู่ในสังคมเมืองได้อย่างมีสุข และมีสุขภาพแข็งแรง แต่หากผู้ย้ายถิ่น ไม่สามารถปรับตัวได้ อาจก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล (เนาวรัตน์ พลาไยน้อย และศุภวัณย์ พลาไยน้อย. 2527 : 60) และปัจจัยด้านระยะเวลาใน การย้ายถิ่น จากการศึกษาของชินโอสถ หัสบำเรอ (2525 : 16) เกี่ยวกับการ ปรับตัวของคนงานสตรี พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ย้ายถิ่นสตรีอยู่ในกรุงเทพ มหานครมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยรู้สึกประหม่า ตื่นเต้นและมีความ วิตกกังวลเกิดขึ้นในช่วงแรก ๆ ของการย้ายถิ่น และจะลดลงเมื่ออาศัยอยู่ใน กรุงเทพมหานครนานขึ้น ซึ่งถ้าผู้ย้ายถิ่นมีการปรับตัวไม่ดีพอ ก็จะนำไปสู่ ปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้

โดยเหตุที่ผู้ย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่กรุงเทพมหานคร บางส่วนเป็นผู้มี การศึกษาน้อย มีความชำนาญน้อย และมีทรัพยากรจำกัด ผู้ย้ายถิ่นจึงมักตั้ง หลัแหล่งอยู่อาศัยในบ้านราคาถูก หรือมักจะอยู่ในเขตที่อยู่อาศัยที่ต่ำกว่า มาตรฐาน (สุนันทา สุวรรณโณคม อรพินท์ บุณนาค และเนตรนภิส นาควิษระ. 2520 : 3) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและโภชนาการ เพราะโดยทั่วไปแล้วที่ พักอาศัยที่มีอยู่อาศัยหนาแน่นจะไม่ถูกสุขลักษณะ มีน้ำดื่ม น้ำใช้ ไม่สะดวก และ การบริการด้านสุขภาพไม่เพียงพอ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยสูง

จากการศึกษาเรื่องการปรับตัวของผู้ย้ายถิ่นสตรีในกรุงเทพมหานคร (ภาณี แสงเจริญ. 2527 : 92) พบว่าเมื่อเริ่มมาอยู่กรุงเทพมหานครใหม่ ๆ มักไปซื้อยาตามร้านกินเอง ไปคลินิกเอกชน และไปโรงพยาบาลของรัฐ และเมื่ออยู่มาได้ 6 เดือน ก็ยังปฏิบัติโดยการซื้อยาตามร้านกินเองมากเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 58.80 รองลงมาไปโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 56.00 ไปคลินิกเอกชน ร้อยละ 40.50 และไปรับบริการที่ศูนย์อนามัยมีเพียงร้อยละ 27.60 ไม่มีการไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเลย และจากรายงานเรื่องการย้ายถิ่นกับการพัฒนา (ภัสสร ลิมานนท์ และเพ็ญพร ชีระสวัสดิ์. 2532 : 60) ด้านรูปแบบการใช้บริการด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นและไม่ย้ายในเขตเมือง พบว่า ผู้ที่เกิดในเขตเมืองมีส่วนของผู้รับบริการที่ทันสมัยเป็นศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐ คลินิก และโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าผู้ย้ายถิ่นมาก และจากการศึกษาของ ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536 : ค) เรื่องพฤติกรรมการฝากครรภ์กับสุขภาพมารดาและสุขภาพทารกที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า สตรีที่ไม่มีการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์มีการเข้ารับการตรวจครรภ์ จำนวนตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปมากกว่าสตรีที่มีการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์

จากการศึกษาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยคาดว่า การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์ เนื่องจากการย้ายถิ่น และการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลง ในชีวิตของสตรีผู้นั้นมากมาย ในด้านสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม สังคมรอบตัว ตลอดจนด้านร่างกายและจิตใจด้วย การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัยในขณะตั้งครรภ์นั้นเกี่ยวข้องกับสถานที่อยู่อาศัย ความรู้เรื่องแหล่งที่จะไปรับบริการและการเดินทางไปยังสถานบริการเพื่อตรวจครรภ์ ขณะเดียวกันสตรีผู้ย้ายถิ่นต้องการปรับตัวซึ่งต้องใช้เวลา และต้องการการสนับสนุนจากสามี หรือญาติพี่น้องในการไปรับบริการฝากครรภ์ จากความสับสน และความยุ่งยากที่เกิดขึ้นอาจจะทำให้สตรีที่ย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ไม่ไปรับบริการฝากครรภ์เลยก็ได้

ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม

นอกจากปัจจัย ด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคมแล้ว ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม (Social Psychology) ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพ

ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ ส่วนใหญ่จะพิจารณาและให้ความสำคัญเกี่ยวกับค่านิยมทางด้านสุขภาพ (Health value) บรรทัดฐานทางสังคม (Social norm) เกี่ยวกับสุขภาพ เจตคติ (Attitude) และความเชื่อของประชาชนที่มีต่อเรื่องสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 571 - 586) ให้ความหมายของจิตวิทยาสังคมไว้ว่า จิตวิทยาสังคมเป็นวิชาที่ศึกษาถึงพฤติกรรมของคนในฐานะที่เป็นผลมาจากสิ่งเร้าทางสังคม คำว่า "พฤติกรรม" ในที่นี้มีความหมายครอบคลุมถึงความรู้สึคนึกคิด เจตคติ และการปฏิบัติเมื่ออยู่ท่ามกลางคนอื่นหรืออยู่ในกลุ่มคำว่า "สิ่งเร้าทางสังคม" หมายถึง สิ่งแวดล้อมทางสังคมต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ บุคคลใดบุคคลหนึ่ง กลุ่มคนบรรทัดฐานและองค์ประกอบทางด้านสังคมอื่น ๆ

โสภา ชูพิกุลชัย (2522 : 2) ได้ให้ความหมายของจิตวิทยาสังคมไว้ว่า เป็นศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ในกลุ่มชน สถาบันหรือสมาคมต่าง ๆ

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมครั้งนี้เป็นการศึกษา เพื่อหาแนวทางที่จะอธิบายถึงความรู้สึคนึกคิด และพฤติกรรมของบุคคลภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางสังคม การศึกษาปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม มีความสำคัญคือทำให้เข้าใจถึงอิทธิพลขององค์ประกอบทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการสาธารณสุข โดยเริ่มจากระดับบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึคนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ ที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านสังคม เช่น กลุ่มบรรทัดฐานของสังคม วัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและชุมชน

ในการวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมแรกของมนุษย์ ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับหญิงมีครรภ์มากที่สุด และเป็นแหล่งสนับสนุนขั้นพื้นฐานที่สำคัญของหญิงมีครรภ์ ครอบครัวมีบทบาทอย่างมากในการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่พัฒนาส่งเสริมภาพลักษณ์ของตนเอง และความเป็นอยู่ที่ดี ลดเหตุการณ์ ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตให้การสนับสนุนพฤติกรรมที่มีคุณค่าแก่สังคมและเป็นตัวกลางผ่อนคลาย โดยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนจากครอบครัว จึงมีผลต่อสุขภาพ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ดังนั้นการสนับสนุนจากสังคม จึงมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตเป็นอย่างดี โดยเฉพาะเมื่อคนเราเกิดปัญหา ซึ่งคนส่วนใหญ่ในระบบนี้มักมาจากคนในกลุ่มเครือญาติในครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อนสนิท จากการศึกษาของฮิล และสมิท (Hill and smith. 1985 : 111) พบว่า หญิงมีครรภ์ที่มีภาวะเครียดและขาดแหล่งหรือบุคคลที่จะช่วยประคับประคองทางด้านจิตใจนั้น จะมีสถิติการเป็นโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์สูงเป็น 3 เท่าของหญิงมีครรภ์ที่มีความเครียดในระดับเดียวกัน ทั้งนี้เพราะหญิงมีครรภ์จะต้องดูแลตนเองในเรื่องการจำกัดปริมาณงานที่ควรเพิ่มเวลาพักผ่อนให้มากขึ้น ดังนั้นความสัมพันธ์ที่ดีของสมาชิกในครอบครัว ย่อมนำมาซึ่งความเข้าใจการช่วยเหลือ และแบ่งเบาภาระงานของผู้ที่มีความเจ็บป่วยอยู่ เพื่อที่จะช่วยให้สมาชิกที่เจ็บป่วยนั้นมีโอกาสดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น ดังที่โอเรมได้กล่าวไว้ ในเรื่องของความต้องการและกิจกรรมที่เป็นการดูแลตนเองว่า "การอยู่ต่อมล้าพังและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม" (Solitude and Social interaction) การ

แยกอยู่ตามลำพังคนเดียวจะลดสิ่งกระตุ้นและการตอบสนองทางสังคม ส่วนการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะทำให้มีการพัฒนาอารมณ์ สติปัญญา ทำให้มีสุขภาพจิตดี และมีความสามารถในการต่อสู้และแก้ไขปัญหา เพื่อให้ได้รับผลสำเร็จในชีวิต ดังนั้น เพื่อให้มนุษย์สามารถทำหน้าที่ได้ดีที่สุดจะต้องมีความสมดุลของสองสิ่งนี้ (Orem. 1985 : 91) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา นวลง (2535 : บทคัดย่อ) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วยเช่นกัน

ความรู้

ความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ที่จะทำให้นักงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์หรือไม่นั้นได้มีผู้ให้คำจำกัดความของคำว่า "ความรู้" (Knowledge) ไว้มากมาย ดังนี้

บลูม (Bloom. 1971 : 201) นักการศึกษา กล่าวถึงความรู้ไว้ว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีและกระบวนการต่าง ๆ โดยที่วัตถุประสงค์ของความรู้นั้นใช้ในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงการจัดระบบใหม่

พจนานุกรมทางการศึกษา (Dictionary of Education) ของ กูด (Good. 1973 : 325) ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้ หมายถึงข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (The Lexicon Webster Dictionary. 1977 : 531) ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษาหรือค้นคว้า หรือเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคลที่ได้จากการสังเกตประสบการณ์ หรือจากรายงานการรับรู้ข้อเท็จจริงต่างๆ เหล่านี้ต้องชัดเจนและอาศัยเวลา

ประกาศเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 19) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็น พฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยินก็จำได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎโครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน เหล่านี้ เป็นต้น

ไพศาล หวังพานิช (2526 : 96) ให้ความหมายของคำว่า "ความรู้" นั้น หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริง หรือรายละเอียดของเรื่องราวการกระทำ อันเป็นประสบการณ์ของบุคคลซึ่งสะสมและถ่ายทอดสืบต่อกันไป

จากความหมายที่ผู้รู้หลายท่านได้ให้ไว้ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า "ความรู้" (Knowledge) เป็นนามธรรมที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะอย่าง หรือเรื่องทั่วไปเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ ในการจัดระบบ ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่มนุษย์ได้รับจากการศึกษา ค้นคว้า การสังเกต หรือจากประสบการณ์ที่ต้องอาศัยเวลาการเก็บรวบรวมสะสมไว้

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีความรู้เป็นองค์ ประกอบสำคัญประการหนึ่ง ฉะนั้นพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในระยะตั้งครรภ์ จึงเป็นผลมาจากความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ อาจเคยได้รับจากการศึกษา ค้นคว้า สังเกต หรือจากที่มารดาเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มาก่อนและที่สำคัญคือ ได้รับจากการมาฝากครรภ์

ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

เมื่อหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์จะได้รับความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจในระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด กล่าวคือ ให้มารดาในระยะตั้ง ครรภ์ได้มีความรู้เกี่ยวกับเรื่อง

1.1 ประจำเดือนที่ขาดหายไป

1.2 การเปลี่ยนแปลงของมดลูก ที่ขยายขนาดขึ้นตามการเจริญ เติบโตของการรกในครรภ์ทำให้ผนังหน้าท้องมีการยืดขยาย อาจเกิดท้องลาย (Striae gravidarum)

1.3 การเปลี่ยนแปลงของเต้านม เต้านมจะขยายขนาดขึ้น หัวนมจะมีสีคล้ำลง อาจพบว่ามีลายเกิดขึ้นคล้าย ๆ ที่หน้าท้อง

1.4 ระบบทางเดินหายใจ จะรู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวก เนื่องจากมดลูกที่ขยายขนาดขึ้นไปดันปอด ปอดจึงขยายตัวได้ไม่ดี

1.5 ระบบทางเดินอาหาร อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือที่เรียกว่า "แพ้ท้อง" (Morning Sickness) เกิดขึ้นในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์และอาจพบอาการท้องผูกร่วมด้วย ทั้งนี้เนื่องจากลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลง

1.6 ระบบทางเดินปัสสาวะ จะปัสสาวะบ่อยครั้งขึ้นเพราะมดลูกจะมีขนาดใหญ่ขึ้น จะไปเบียดกระเพาะปัสสาวะทำให้กระเพาะปัสสาวะมีความจุน้อยลง

1.7 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การตั้งครรภ์เป็นการแสดงออกถึงบทบาทใหม่ของผู้หญิง ดังนั้นความวิตกกังวลต่อบทบาทใหม่จึงเกิดขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเครียด หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตไม่ดี

1.8 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด

อาการเจ็บครรภ์เดือน จะเกิดขึ้นในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ระยะของการเจ็บจะไม่สม่ำเสมอ ไม่ถี่ขึ้นและไม่ทวีความรุนแรง อาการเจ็บครรภ์เดือนเกิดขึ้น เนื่องจากระบบการย่อยอาหารที่ไม่ปกติทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหาร และลำไส้ หรือเกิดขึ้นเนื่องจากการหดตัวของมดลูก หรือเกิดจากการรกในครรภ์มีการเคลื่อนไหวที่ค่อนข้างรุนแรง

อาการเจ็บครรภ์จริง การเจ็บจะเริ่มต้นที่บริเวณหลัง ไกลขึ้นไปเอวร้าวมาถึงหน้าท้อง การเจ็บจะเป็นจังหวะระยะแรกอาจทุก 15 นาที แล้วค่อย ๆ ถี่ขึ้นเป็นทุก ๆ 10 นาที และถี่ขึ้นไปเรื่อย ๆ ระยะของการเจ็บจะยาวนานขึ้นจนถึงระยะใกล้คลอด อาจจะมีมูกหรือมูกเลือดออกมาจากช่องคลอดร่วมกับอาการเจ็บครรภ์จริงด้วย ซึ่งแสดงว่ามารดาในระยะตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะคลอดอย่างแท้จริง

1.9 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่ระยะหลังคลอด ระยะหลังคลอด หมายถึง ระยะเมื่อสิ้นสุดการคลอดจนถึง 6 สัปดาห์ อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงคือ

เต้านม ในระยะ 2-3 วันแรกหลังคลอดจะมีน้ำนมใส ๆ ออกมา เรียกว่า "น้ำนมเหลือง" (Colostrum) หลังจากนั้นจึงจะมีน้ำนมขาวมาแทน ปริมาณของน้ำนมจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

มดลูก จะกลับคืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนการตั้งครรภ์ โดยการหดตัว และคลายตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้มารดาอาจรู้สึกปวดมดลูกได้

น้ำคาวปลา หลังคลอดจะมีน้ำคาวปลาออกมา 2-3 วันแรก น้ำคาวปลาจะมีสีแสดสด และมีจำนวนมากหลังจากนั้นสีจะค่อย ๆ จาง จำนวนน้อยลงเรื่อย ๆ และหายไปใน 3-6 สัปดาห์

2. ความรู้เกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่พบบ่อยในระยะตั้งครรภ์

2.1 อาการคลื่นไส้อาเจียน ที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ทำให้ร่างกายขาดอาหาร น้ำ วิตามิน และเกลือแร่ต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับการรักษา

2.2 ปวดหลัง เกิดจากการที่กล้ามเนื้อบริเวณข้างกระดูกสันหลังเกร็งตัวอยู่ตลอดเวลา เพราะต้องทำงานมากขึ้น เนื่องจากแรงถ่วงจากขนาดมดลูกที่โตขึ้น วิธีการปฏิบัติก็คือ ให้อกหลังได้พักโดยการนอนตะแคง

2.3 เส้นเลือดขอด มักจะเกิดที่ขาบางครั้งเกิดที่อวัยวะเพศ เนื่องจากขนาดมดลูกที่ขยายใหญ่ไปกดทับเส้นเลือดดำ ทำให้มีอาการปวดขา การป้องกันไม่ให้เกิดเส้นเลือดขอดทำได้โดยการหลีกเลี่ยงการยืนหรือเดินนาน ๆ นอนยกขาสูง หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องรัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะหน้าท้อง เพราะจะทำให้เกิดการไหลเวียนไม่สะดวกขึ้น

2.4 ตะคริว เป็นอาการปวดเนื่องจากการเกร็งของกล้ามเนื้อหรือกล้ามเนื้อสาเหตุเกิดจากปริมาณแคลเซียมในร่างกายมีไม่เพียงพอ ระดับแคลเซียมในเลือดลดลง ป้องกันได้โดยการดื่มนมและวิธีการช่วยเหลือ เมื่อเป็นตะคริวคือ กดหัวเข้าให้แนบกับพื้นและดันปลายเท้าเข้าหาลำตัวทำให้ผ่อนคลาย

2.5 อาการบวม อาการบวมส่วนล่างของร่างกายในระยะตั้งครรภ์พบได้บ่อย เนื่องจากการไหลเวียนของโลหิตไม่สะดวก ปกติจะหายไปเมื่อนอนพักตอนกลางคืน แต่ถ้ามีอาการบวมในตอนเช้า คือ หลังจากพักผ่อนแล้วยังไม่ยุบ หน้าบวม และน้ำหนักขึ้นมากกว่าครึ่งกิโลกรัม/สัปดาห์ จะต้องได้รับการรักษา เพราะอาจเป็นอาการเริ่มต้นของโรคพิษแห่งครรภ์

2.6 ตกขาว ในระยะตั้งครรภ์จะมีตกขาวเพิ่มขึ้นเนื่องจากต่อมของปากมดลูกต้องทำงานมากขึ้น แต่ถ้ามีอาการตกขาวในระยะตั้งครรภ์และมีอาการคันหรือแสบ หรือมีกลิ่นเหม็นร่วมด้วยจะต้องไปพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยที่แน่นอน เพราะอาจจะมีเชื้อเกิดขึ้น

2.7 ฟันผุ เนื่องจากการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ จำเป็นต้องอาศัยแคลเซียมจำนวนมากจากมารดา ฉะนั้นถ้ามารดารับประทานแคลเซียมไม่เพียงพอแคลเซียมจากฟันจะถูกนำไปใช้ด้วย ทำให้เกิดฟันผุได้ มารดาในระยะตั้งครรภ์จึงควรได้รับแคลเซียมอย่างเพียงพอและควรจะไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจรักษา

2.8 กังวล หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมทั้งวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ วิตกกังวล เกี่ยวกับการคลอดความวิตกกังวลต่าง ๆ ทำให้หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ มารดาในระยะตั้งครรภ์จึงควรหาทางแก้ไขโดยการปรึกษาผู้มีความรู้ในเรื่องที่สงสัยจนทำให้คลายความวิตกกังวล พยายามผ่อนคลายอารมณ์ อาจจะเป็นโดยวิธีการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หาเวลาในตอนกลางวันเพื่อพักผ่อนเวลาที่นอนไม่หลับในตอนกลางคืน ทั้งนี้สามี และบุคคลในครอบครัวจะต้องเข้าใจถึงสาเหตุของอารมณ์ที่แปรปรวนของหญิงตั้งครรภ์ด้วย

2.9 ภาวะแทรกซ้อนผิดปกติอื่น ๆ ที่มารดาในระยะตั้งครรภ์ ควรมาพบแพทย์เพื่อขอรับการรักษาโดยเร่งด่วน

การมีเลือดออกจากช่องคลอด

ปวดศีรษะ ตามัว บวม ปัสสาวะขุ่น

ปัสสาวะน้อยกว่าปกติ หรือน้อยกว่า 3 ครั้ง/วัน มี

อาการสับสนตะกุกตะกักหรือปวดเมื่อเวลาถ่ายสุด

มีไข้ หรือ มีไข้ออกผื่น

มีน้ำเดินโดยไม่เจ็บครรภ์

กระหายน้ำ หน้ามืด เป็นลมบ่อยครั้ง เป็นแผลหายช้า

เด็กคั่นน้อยลงมากหรือไม่คั่น

มีอาการเจ็บครรภ์ หน้าท้องแข็งตึงผิดปกติ

3. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์

3.1 การพักผ่อนและการนอนหลับ มารดาในระยะตั้งครรภ์ ควรจะได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพราะการพักผ่อนและการนอนหลับจะช่วย ส่งเสริมภาวะสุขภาพของมารดาและทารก ทั้งนี้มารดาในระยะตั้งครรภ์จะ สูญเสียพลังงานง่าย ทำให้รู้สึกเหนื่อยและอ่อนเพลีย โดยเฉลี่ยแล้วมารดาใน ระยะตั้งครรภ์ควรได้รับการพักผ่อนอย่างน้อยวันละประมาณ 8-10 ชั่วโมง และควรได้พักผ่อนจริง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

3.2 การออกกำลังกาย มารดาในระยะตั้งครรภ์ ควรได้มีการ ออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และช่วยให้การไหลเวียนของ โลหิตดีขึ้น แต่ต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับระยะของการตั้งครรภ์ด้วย โดยทั่วไปการเดินเล่นในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ เป็นการออกกำลังกายที่ดีวิธีหนึ่ง เช่นเดียวกับการทำงาน แต่ต้องไม่ทำงานเหนื่อย หรือยกของหนักเกินไป

3.3 อาหาร อาหารเป็นปัจจัยสำคัญมากประการหนึ่งที่มีอิทธิพล ต่อสุขภาพของมารดาและทารก ถ้ามารดาในระยะตั้งครรภ์มีความบกพร่องใน เรื่องของอาหารจะมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น ภาวะ โลหิตจาง ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ และในกรณีที่มารดา

ในระยะตั้งครรภ์ได้รับอาหารมากเกินไป ทำให้น้ำหนักเพิ่มมากกว่าปกติ ภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นก็คือ โรคพิษแห่งครรภ์ดังนี้ เป็นต้น ฉะนั้นมารดาในระยะตั้งครรภ์ จึงควรได้รับอาหารที่เหมาะสมทั้งปริมาณและคุณภาพ

อาหารที่มารดาควรรับประทานมากขึ้น คือ อาหารประเภทโปรตีน ซึ่งเป็นอาหารที่ช่วยในการสร้างเสริมการเจริญเติบโตของร่างกาย อาหารประเภทนี้ ได้แก่ ไข่ เนื้อสัตว์ น้านม และพืชตระกูลถั่ว อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและไขมัน เป็นอาหารที่ให้กำลังงาน มารดาในระยะตั้งครรภ์ ควรรับประทานอาหารประเภทนี้ในจำนวนปกติ เช่นเดียวกับก่อนการตั้งครรภ์อาหารประเภทผักและผลไม้ นอกจากจะให้วิตามินและเกลือแร่แล้ว ยังช่วยในการขับถ่ายอีกด้วย ดังนั้นมารดาในระยะตั้งครรภ์จึงควรรับประทานอาหารประเภทนี้เพิ่มมากขึ้น

แคลเซียมและฟอสฟอรัส จำเป็นสำหรับการสร้างกระดูกและโครงร่างของร่างกายทารก มารดาในระยะตั้งครรภ์จะต้องรับประทานอาหารประเภทนี้ให้มากขึ้น ซึ่งมีอยู่ในอาหารประเภท นม เนย ปลา และผักต่าง ๆ

เหล็ก เป็นแร่ธาตุที่สำคัญในร่างกาย เป็นส่วนประกอบของเม็ดเลือดแดง ซึ่งจะเป็นตัวนำออกซิเจนไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมารดาในระยะตั้งครรภ์จึงต้องรับประทานอาหารประเภท ตับ ไข่แดง ซึ่งมีเหล็กเป็นส่วนประกอบให้มากขึ้น

ไอโอดีน มีในทะเล เช่น หอย ปลาหมึก จำเป็นในการทำงานของต่อมธัยรอยด์ และเกี่ยวข้องกับกระบวนการเผาผลาญในร่างกายและการเจริญเติบโต

น้ำ มารดาในระยะตั้งครรภ์จะเสียน้ำ ในรูปของเหงื่อและปัสสาวะไปเป็นจำนวนมาก ฉะนั้นมารดาในระยะตั้งครรภ์ จึงควรดื่มน้ำอย่างน้อย 8-10 แก้ว

อาหารที่มารดาในระยะตั้งครรภ์ควรงด คือ อาหารประเภทหมักดองและอาหารรสจัด เพราะจะมีผลถึงการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

3.4 ความสะอาดของร่างกาย เนื่องจากในระยะตั้งครรภ์ต่อมาได้ผิวหนังจะทำงานมากขึ้น มารดาในระยะตั้งครรภ์จึงควรดูแลรักษาร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอเพื่อความสะดวกของร่างกาย การแต่งกายควรแต่งให้เหมาะสมกับฤดูกาลและให้หลวมสบาย รองเท้าควรเป็นสันเตี้ยใหญ่สวมสบายจะช่วยป้องกันอันตรายจากการหกล้ม และป้องกันอาการปวดหลังได้

3.5 การเดินทาง ไม่มีข้อห้ามในการเดินทางของมารดาในระยะตั้งครรภ์ แต่เรื่องที่จะต้องระมัดระวังก็คือ อาการอ่อนเพลียที่จะเกิดขึ้น ฉะนั้นมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่ต้องเดินทางไกล ควรหาโอกาสพักระหว่างการเดินทางบ่อย ๆ และที่ต้องระวังให้มากที่สุดก็คือ ภาวะเครียดที่เนื่องจากการเดินทางหรือการเปลี่ยนที่อยู่ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้

3.6 การมีเพศสัมพันธ์ มารดาในระยะตั้งครรภ์สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตลอดระยะตั้งครรภ์ ยกเว้นในรายที่เสี่ยงต่อการแท้งหรือคลอดก่อนกำหนด

ความรู้ที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ดังกล่าวข้างต้น มารดาจะเก็บสะสมไว้และจะแสดงออกในรูปของความจำ ความเข้าใจ และการปฏิบัติ ดังเช่นที่ประณีต สวัสดิรักษา และมลฤดี สุขราตรี (2525 : 249) พบว่า มารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีความรู้สูงจะเข้าใจถึงการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตัวตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีผลทำให้อัตราการป่วยและอัตราการตายของทั้งมารดาและทารกลดลง และต่ำกว่ามารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีความรู้ในระดับต่ำ ซึ่งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์นี้ หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรจะมีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อจะได้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง แต่ก็ยังมีหญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งที่ยังขาดความรู้ในเรื่องนี้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : ข-ค, 41) ได้ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์ และไม่ฝากครรภ์ : ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขตฯ ยะลา พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสของการเกิดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงประโยชน์ในการฝากครรภ์และ

อุปสรรคในการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับอุปสรรคในการฝากครรภ์ ที่ทำให้ไม่เกิดการรับบริการฝากครรภ์ร้อยละ 59.90 ของกลุ่มไม่ฝากครรภ์ สาเหตุที่สำคัญคือ ความไม่รู้เช่น เห็นว่าปกติร้อยละ 8.80 เป็นเรื่องของธรรมชาติไม่ต้องฝากครรภ์ร้อยละ 16.10 ไม่รู้ว่ามีอาการฝากครรภ์ร้อยละ 14.60

จากการศึกษาดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยคาดว่า ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

เจตคติ

ความหมายของเจตคติ

เจตคติคือความเชื่อความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เจตคติเป็นนามธรรมและเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ เจตคติไม่ใช่แรงจูงใจ (Motivation) และแรงขับ (Drive) แต่เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะโต้ตอบ (State of readiness) จะแสดงให้เห็นถึงแนวทางของการสนองตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 1) และโรคิช (Rokeach. 1970 : 112) ได้ให้ความหมายของเจตคติว่าเป็นการผสมผสาน หรือการจัดระเบียบของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคล ในการที่ชอบหรือไม่ชอบ นอกจากนี้ กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2522 : 239-240) ยังได้สรุปความหมายของเจตคติไว้ในลักษณะที่ใกล้เคียงกับที่กล่าวมาแล้ว คือ เจตคติ หมายถึง ความพร้อมของร่างกายและจิตใจที่มีแนวโน้มจะตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ใด ๆ ด้วยการเข้าหา หรือถอยหนีออกไป ซึ่งแบ่งออกได้ 2 ประเภทคือ

1. เจตคติทางบวกหรือเจตคติที่ดี หมายถึง แนวโน้มที่อินทรีย์จะเข้าหาสิ่งเร้า หรือสถานการณ์นั้น ๆ เนื่องจากความชอบหรือความพอใจ

2. เจตคติทางลบ หรือเจตคติที่ไม่ดี หมายถึง แนวโน้มที่อินทรีย์จะถอยหนีจากสิ่งเร้า หรือสถานการณ์นั้น ๆ เนื่องจากไม่ชอบหรือไม่พอใจ

จึงอาจสรุปได้ว่า เจตคติคือความรู้สึคนึกคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ทั้งบุคคลสิ่งของ สถานการณ์ และอื่น ๆ และมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งนั้น ๆ ทั้งในทางบวกโดยการสนับสนุนหรือโดยการทำตาม และในทางลบ โดยการต่อต้านหรือคัดค้านตามความรู้สึคนึกคิดที่มีอยู่

องค์ประกอบของเจตคติ

เทรนดิส (Triandis. 1971 : 3) ฟิชเบิน (Fishbein. 1976 : 55-56) ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 1-5) ได้แบ่งองค์ประกอบของเจตคติไว้คล้ายคลึงกันเป็น 3 องค์ประกอบคือ

1. องค์ประกอบทางพุทธิปัญญา หรือความคิด (Cognitive component) คือ ความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ เกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ ซึ่งอาจเป็นแง่ดีหรือร้ายถูกหรือผิด ซึ่งองค์ประกอบนี้ขึ้นอยู่กับค่านิยมเกี่ยวกับสิ่งนั้นที่บุคคลกำหนดไว้ในใจ

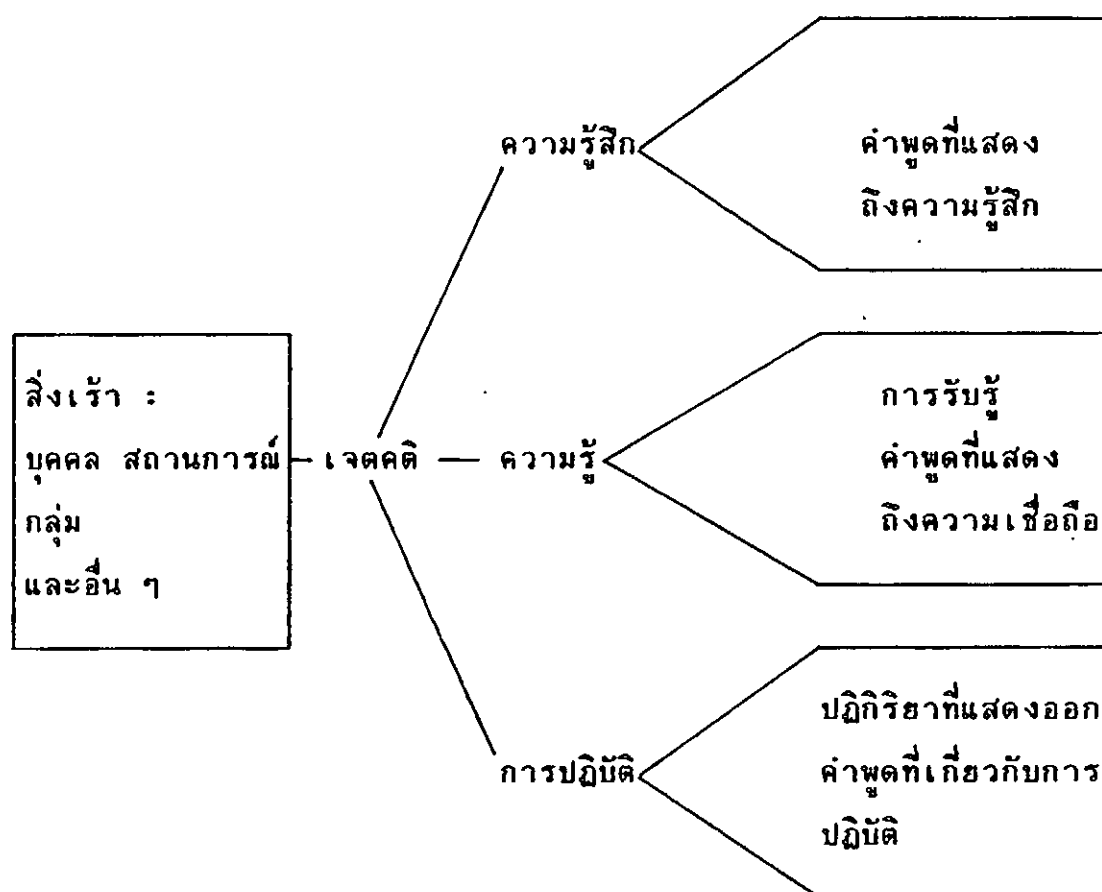
2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นลักษณะทางอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น ความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ ซึ่งแสดงออกมาทางสีหน้า ท่าทาง เมื่อเขาคิดหรือพูดถึงสิ่งนั้น

3. องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) คือความพร้อมหรือความโน้มเอียงล่วงหน้าที่จะปฏิบัติต่อสิ่งนั้น ทั้งนี้ถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมก็จะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่งออกมา ซึ่งอาจแสดงให้เห็นชัดเจนขึ้นดังภาพประกอบ 1

ตัวแปรอิสระที่วัดได้

ตัวแปรร่วม

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 องค์ประกอบของเจตคติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2520 : 4)

จะเห็นได้ว่า ถ้าบุคคลนั้นมีความเข้าใจหรือความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เป็นสิ่งเร้า เขาก็จะมีเจตคติต่อสิ่งนั้น และแสดงออกโดยทางความรู้สึกหรือโดยการปฏิบัติ ซึ่งความรู้สึกและการปฏิบัติของบุคคลจะมากน้อยเพียงใดนั้นก็ขึ้นอยู่กับจำนวนและความถี่ของความรู้สึก และการปฏิบัติที่เขามีส่วนเกี่ยวข้องกับสิ่งเร้านั้น

ปัจจัยที่มีต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ

เจตคติเกิดจากการเรียนรู้และการเพิ่มพูนประสบการณ์ ให้แก่บุคคล ดังที่ พรวณีย์ ชูทัย (2520 : 195) กล่าวว่า บุคคลจะมีเจตคติที่ดีหรือไม่ดี เกี่ยวกับสิ่งใดนั้น บุคคลรอบข้างมีอิทธิพลอย่างยิ่ง และเจตคติของบุคคลมีแนวโน้มที่จะขึ้นอยู่กับค่านิยมของบุคคลนั้นซึ่งเกิดจาก

1. การเรียนรู้ เนื่องจากการอบรมตั้งแต่เล็กเป็นไปในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป จากการลอกเลียนแบบพ่อแม่ และคนข้างเคียงโดยไม่ต้องมีใครสอน

2. เกิดจากประสบการณ์ของบุคคล

3. เกิดจากการถ่ายทอดเจตคติ

4. จากสื่อมวลชน

นอกจากนี้ จากอบสัน (Jacabson. 1966 : 218) กล่าวว่า ครูเป็นบุคคลที่สำคัญมากต่อการก่อให้เกิดเจตคติที่ดีหรือไม่ดีของนักเรียน ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าเจตคติเกิดและเปลี่ยนแปลงได้ โดยอิทธิพลจากการอบรมเลี้ยงดูภายในครอบครัว จากประสบการณ์เฉพาะของบุคคล จากสถาบันการศึกษา จากการถ่ายทอดเจตคติของกลุ่มผู้มีอิทธิพลเหนือบุคคลนั้นและจากสื่อมวลชน

เจตคติต่อการตั้งครรรค์

เมื่อแรกเริ่มที่รู้ว่าตนเองตั้งครรรค์นั้น หญิงตั้งครรรค์จะมีความรู้สึกหลาย ๆ อย่างคละเคล้ากัน ซึ่งเป็นความรู้สึกทั้งในทางบวกและในทางลบพร้อม ๆ กันเช่น รู้สึกดีใจและเสียใจรู้สึกว่าคุณค่า หรือรู้สึกว่าการตั้งครรรค์เป็นสิ่งที่น่าละลาบ เป็นภาระผูกพัน เป็นสิ่งสมหวัง หรือไม่คาดหวัง สลับกันไปมา ความรู้สึกหลาย ๆ อย่างเหล่านี้จะทำให้หญิงตั้งครรรค์แสดงออกทั้งความรู้สึกและการกระทำ เป็นเจตคติของหญิงที่มีต่อการตั้งครรรค์ของตนในระยะเริ่มแรก กล่าวคือ ในระยะไตรมาสที่หนึ่ง ความรู้สึกหรืออารมณ์ที่แสดงออกจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายมาก น้อยใจง่าย อารมณ์อ่อนไหวมีความรู้สึกไว

ต่อสถานการณ์ และบางครั้งก็หงุดหงิด และวิตกกังวลค่อนข้างสูง เนื่องจากความไม่แน่ใจต่อสถานการณ์การตั้งครรภ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ในระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิด เช่น สามี เพื่อนสนิท และญาติ โดยเฉพาะความเข้าใจจากสามี หรือการยอมรับการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นจากสามี จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกที่ดีขึ้นต่อการตั้งครรภ์ ในระยะไตรมาสที่สอง ความรู้สึกและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ จะมั่นคงเนื่องจากการปรับตัวดีขึ้น และยอมรับการตั้งครรภ์ของตนเองมากขึ้น ความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์จะดีขึ้นเมื่อทารกในครรภ์ดิ้น หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกว่าทารกในครรภ์เป็นส่วนหนึ่งที่กำลังจะแยกไปจากตน มีการยอมรับความเป็นบุคคลของบุตรในครรภ์มากขึ้น เช่น เริ่มตั้งชื่อให้บุตรเป็นต้น ในระยะไตรมาสที่สาม ความรู้สึกและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์จะเปลี่ยนไปในทางลบ คือ เริ่มมีความกลัวและวิตกกังวลอย่างเจือปน ๆ เกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการคลอดบุตร ในระยะนี้พยาบาลผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ควรเข้าใจความรู้สึกที่ซ่อนเร้นอยู่ของหญิงตั้งครรภ์ และให้ความช่วยเหลือก็คือ การกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ได้ระบายความกังวลและความวิตกกังวลออกมา การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ และการคลอดจะช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นทำให้มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ไปในทางที่ดีขึ้น (Ziegel and Cranley. 1984 : 234)

เลิร์ช (Lerch. 1974 : 94) ได้สรุปถึงปัจจัยที่มีผลต่อเจตคติของหญิงตั้งครรภ์ว่าประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

1. ภูมิทางอารมณ์ คือ ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิต และสังคม ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์โดยอาศัยสติปัญญา การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตในการปรับตัว และการยอมรับการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นเรื่องของธรรมชาติชีวิต
2. สัมพันธภาพในชีวิตสมรส หญิงตั้งครรภ์ที่มีครอบครัวที่อบอุ่นเต็มไปด้วยความเข้าใจจากสามีและญาติพี่น้อง ก็จะมีความสุขในชีวิตสมรส สัมพันธภาพทั้งกับสามีและญาติพี่น้องเป็นไปอย่างราบรื่น และมีความพร้อมที่จะมีบุตร

จะมีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ไปในทางบวก ในทางตรงกันข้ามถ้าหญิงใดมีชีวิตที่
แห้งแล้ง ขาดความอบอุ่น รู้สึกว่าตนเองประสบความผิดหวัง และล้มเหลวใน
ชีวิตครอบครัว ก็จะมีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ไปในทางลบ และอาจมีความรู้สึก
ถึงขั้นไม่ต้องการบุตรได้

3. สัมพันธภาพกับมารดา ความใกล้ชิดและความผูกพันกับมารดาที่
ได้อบรมเลี้ยงดูมาตั้งแต่วัยเด็ก มีอิทธิพลอย่างมากต่อความเป็นหญิงของหญิง
ที่ตั้งครรภ์ เด็กผู้หญิงจะเจริญเติบโตเป็นหญิงโดยสมบูรณ์ ถ้ามีสัมพันธภาพกับ
มารดาของตนโดยที่เด็กผู้หญิงจะเริ่มเลียนแบบมารดา เช่น การเล่นเป็น
บทบาทมารดา การได้ช่วยเหลือมารดาในการเลี้ยงน้อง นับเป็นการเริ่มต้น
เอกลักษณ์ทางเพศโดยการเลียนแบบมารดาตนเอง และจะส่งผลให้มีเจตคติ
ที่ดีต่อการตั้งครรภ์ ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีสัมพันธภาพไม่ดีกับมารดาของตนก็อาจมี
เจตคติต่อการตั้งครรภ์ไปในทางลบ

4. การยอมรับสภาพความเป็นผู้หญิง และบทบาทการเป็นมารดา
เกิดจากการเลี้ยงดูในวัยเด็กที่ได้รับทั้งจากบิดาและมารดา ถ้าบิดามารดา
ปฏิบัติต่อบุตรสาวด้วยท่าทีที่ไม่ยกย่องไม่ชื่นชมความเป็นเพศหญิงของบุตร
เด็กผู้หญิงจะเกิดความรู้สึกไม่ดีต่อการเป็นหญิงของตน ไม่พึงพอใจ และไม่
ภาคภูมิใจในการเป็นหญิง ขาดความชื่นชม และนับถือตนเอง ไม่ยอมรับ
สภาพความเป็นจริง เมื่อตั้งครรภ์ก็จะไม่ยอมรับบทบาทของการเป็นมารดา
และมีความขัดแย้งอยู่ภายในจิตใจ เกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ถ้าบิดา
มารดาเลี้ยงดูอย่างยกย่องและชื่นชมในความเป็นเพศหญิง หญิงมีครรภ์ก็จะ
เกิดเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และเจตคติที่ดีต่อบทบาทการเป็นมารดา

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีเจตคติต่อการ
ตั้งครรภ์ในทางบวกหรือทางที่ดีคือ การยอมรับการตั้งครรภ์จะทำให้หญิง
ตั้งครรภ์เกิดความรักต่อทารกในครรภ์ จึงจะแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่
ถูกต้อง คือ การมารับบริการฝากครรภ์นั่นเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ
ซูซาน อาร์เทอร์ และอลิซาเบท (Susan, Arthur and Elizabeth.
1981 : 287-289) พบว่าเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์จะยอม

รับการตั้งครรภ์นั้นเอาใจใส่ในการปฏิบัติตนและเตรียมพร้อมในการเป็นมารดา เช่นเดียวกับแมวและฟิลลิทเทอร์รี่ (Moore. 1983 : 221 ; Pilliteri. 1981 : 128-129) กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์จะระมัดระวังตนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงเครื่องแต่งกายให้เหมาะสม การรับประทานอาหาร นอนหลับพักผ่อน และการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ รวมทั้งหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ จะเห็นได้ว่าเจตคติต่อการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยสำคัญทางด้านจิตใจที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติทางสรีรวิทยา เจตคติต่อการตั้งครรภ์จึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งต่อการรับบริการฝากครรภ์ ถ้าเจตคติต่อการตั้งครรภ์ดี หญิงตั้งครรภ์ก็จะมารับบริการฝากครรภ์

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในประเทศ

พริมา และอินดิรา (Prema and Indira. 2513 : 88-92) ศึกษาการดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ นิวเดลี ประเทศอินเดีย โดยศึกษาจากมารดาที่ให้กำเนิดทารกตายปริกำเนิดจำนวน 187 คน พบว่ามารดาที่ให้กำเนิดทารกตายปริกำเนิดมารับการตรวจครรภ์น้อยกว่า 6 ครั้ง ร้อยละ 75.90 ส่วนในมารดาที่ให้กำเนิดทารกเกิดมีชีพ เป็นมารดาที่มารับการตรวจครรภ์น้อยกว่า 6 ครั้ง เพียงร้อยละ 54.40 และพบว่า การไม่มาฝากครรภ์การมารับการตรวจครรภ์น้อยครั้ง และการมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มาก ๆ มีความสัมพันธ์กับการตายปริกำเนิด และการเกิดทารกน้ำหนักน้อย

มิลตัน เทอริส และมาวิน กลาสเซอร์ (Melton Terris and Marvin Glasser. 2517 : 869-875) ศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Matched Case Control ในมารดาผิวดำตั้งครรภ์เดี่ยวที่ นิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา

จำนวน 34,949 ราย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการฝากครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด โดยทารกคลอดก่อนกำหนด (น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม) จะถูกจับคู่กับทารกคลอดครบกำหนดที่คลอดคนต่อมาตัวแปรที่ควบคุม ได้แก่ โรงพยาบาลที่คลอด เพศ อายุมารดา จำนวนครั้งที่เคยคลอด และสถานภาพสมรส บันทึกอายุครรภ์ที่มารดาฝากครรภ์ครั้งแรกผลการศึกษพบว่า ร้อยละ 20.00 ของมารดาคลอดก่อนกำหนดไม่ได้ฝากครรภ์ ส่วนทารกที่คลอดครบกำหนดมารดาไม่ได้ฝากครรภ์เพียงร้อยละ 8 นอกจากนี้ยังพบว่าทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยลงเท่าใด สัดส่วนของมารดาที่ไม่ฝากครรภ์จะเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ

จอส และคนอื่น ๆ (George and others. 2523 : 876-881) ศึกษาเชิงพรรณนาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการฝากครรภ์ และผลของการตั้งครรภ์ในมารดา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชนผิวดำและมีฐานะยากจนซึ่งคลอดใน E.H.Crump Women's Hospital และ Perinatal Center ในรัฐเทนเนสซี สหรัฐอเมริกา ระหว่างเดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2522 แบ่งมารดาเป็น 2 กลุ่ม ตามจำนวนครั้งของการเข้ารับการตรวจครรภ์ กลุ่มแรกเข้ารับการตรวจครรภ์ 0-3 ครั้ง จำนวน 1,102 คน กลุ่มที่ 2 เข้ารับการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป จำนวน 2,027 คน มารดาทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันทั้งอายุ สถานภาพสมรส ประวัติสูติกรรมในอดีตและภาวะเสี่ยงภัยที่ประเมินเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้ารับการตรวจครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง พบอุบัติการณ์ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ 15.80 ต่างจากกลุ่มที่เข้ารับการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป ซึ่งพบร้อยละ 9.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.005$) อัตราการตายคลอดและอัตราการตายปริกำเนิดพบในกลุ่มที่เข้ารับการตรวจครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง สูงกว่ากลุ่มเข้ารับการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปถึง 3 เท่า และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.005$)

เฮินส์และคนอื่น ๆ (Heins and others. 2526 : 294-296) ศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่มีรายได้น้อย

South Carolina สหรัฐอเมริกา โดยศึกษาแบบ Case Control ประเมินภาวะเสี่ยงภัยเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกจากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 2,338 ราย กลุ่มศึกษาได้แก่กลุ่มที่มารดาได้รับการดูแลก่อนคลอด จากสูติแพทย์และกุมารแพทย์อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ในคลินิกตรวจครรภ์มีภาวะเสี่ยงสูง (ได้คะแนนตั้งแต่ 5-15 คะแนน) จำนวน 591 ราย และมารดาตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงสูงที่ไม่ได้รับการดูแลก่อนคลอดแบบนี้ 1,747 ราย พบว่า มารดาที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง มีอัตราตายปริกำเนิด (30.50 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต) น้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการดูแลแบบนี้ (53.20 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

โดนัลสัน และบิลลี่ (Donaldson and Billy. 2527 : 177-188) ศึกษาผลกระทบของการฝากครรภ์ต่อน้ำหนักแรกคลอดของทารก ซึ่งเป็นการทำวิจัยร่วมระหว่างประเทศต่าง ๆ 6 ประเทศ คือ ชิลี อียิปต์ ฮอนดูรัส สิงคโปร์ สวีเดน และไทย ระหว่างปี ค.ศ.1977-1979 ผลวิจัยมีข้อบ่งชี้ตรงกันว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการตรวจครรภ์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับน้ำหนักแรกคลอดของทารก

อาเทอร์ (Arthur. 2527 : 845-847) ศึกษาเชิงพรรณนาในมารดาอายุต่ำกว่า 30 ปี เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของอายุจำนวนครั้งที่เคยคลอด และการฝากครรภ์ที่มีผลต่อทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ (Small for gestational age) ทำการศึกษาในมารดาผิวขาวครรภ์เดียวที่คลอดในรัฐยูทาห์ สหรัฐอเมริกา โดยใช้ข้อมูลที่บันทึกไว้ในทะเบียนการคลอดระหว่างปี 2517-2522 จำนวน 34,267 ราย ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่มีอายุมากขึ้น จะมาฝากครรภ์ในไตรมาสแรกมากขึ้น

กอร์ตแมเกอร์ (Gortmaker. 2531 : 653-65) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการฝากครรภ์ ต่อสุขภาพของทารกแรกเกิด พบว่าการไม่ฝากครรภ์ และการตรวจครรภ์น้อยครั้ง มีความสัมพันธ์กับอัตราตายของทารก และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญ

แบททาชายา และ แทนดอน (Bhattacharya and Tandon. 2534 : 113-116) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการมารับบริการดูแลก่อนคลอด ศึกษาในหญิง 52 คน อายุ 15-19 ปี จาก 22 ครอบครัว

ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านประชากรสังคม และวัฒนธรรม พบว่า การศึกษาของภรรยา และอาชีพของสามี วรรณะ จำนวนบุตร และวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการดูแลก่อนคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยในประเทศไทย

การวิจัยเกี่ยวกับฝากครรภ์

นิตดา สุขพินิจ (2521 : 52) ได้ศึกษางานสังคมสงเคราะห์ และการอนามัยแม่และเด็กในชนบท โดยสัมภาษณ์สตรีอายุ 15-55 ปี จำนวน 100 ครอบครัว ในหมู่บ้านดินเป็ด ตำบลศาลาขาว อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า สตรีร้อยละ 50.00 ไม่เคยฝากครรภ์

เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2521 : 21) ได้ศึกษาเฉพาะมารดาที่มีบุตรคนสุดท้ายอยู่ระหว่าง 2-5 ปี ในตำบลศิริราช และตำบลบ้านช้างหล่อ พบว่า ส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์คือ ร้อยละ 96.20 โดยให้เหตุผลของการฝากครรภ์ว่า เพื่อความสะดวกในการที่จะไปคลอดที่โรงพยาบาลเพื่อทราบความผิดปกติ และเพื่อให้ตนเองและบุตรมีสุขภาพดี

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสมใจ เสรีขจรเจริญ (2523 : 32) ประเมินสภาวะอนามัยครอบครัวในโครงการสงขลา อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา พบว่า สตรีในข่ายการศึกษาไปรับบริการฝากครรภ์ ร้อยละ 66.20 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าผลการศึกษาวิจัยในเขตชนบท

เทพณรงค์ จารุพาณิชย์ และสมพงษ์ บุญสืบชาติ (2523 : 4,8) ศึกษาเรื่องลักษณะการฝากครรภ์ของหญิงที่มาคลอดในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า สตรีฝากครรภ์ร้อยละ 73.00 โดยส่วนใหญ่อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่สอง ร้อยละ 63.00

จินตนา บ้านแก่ง พาณี ยงใจยุทธ และ สุนทรวาตี เขียวพิเชษฐ์ (2524 : 54) ศึกษาเรื่องการสำรวจพฤติกรรมทางด้านการอนามัยแม่และเด็กของมารดาชาวเขาเผ่าเย้าและเผ่าอีเก้อ ณ ศูนย์พัฒนา และสังเคราะห์ชาวเขา อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่า เกือบทั้งหมดของมารดา

ชาวเขาทั้งสองเผ่าไม่เคยฝากครรภ์ และมีอาการผิดปกติภายหลังคลอดที่พบบ่อย คือ การตกเลือดและมีไข้ กล่าวคือ ร้อยละ 45 ของชาวเขาเผ่าเข้า และร้อยละ 52.50 ของชาวเขาเผ่าอีกก็มีไข้ภายหลังคลอด

เทวี วัฒนา และคณะ (2524 : 12) ศึกษาปัญหาสุขภาพชนบทแห่งหนึ่งในจังหวัดละโว้เจียงเทรา พบว่า ผู้ไม่ฝากครรภ์มีถึงร้อยละ 86.70 มีผู้ฝากครรภ์เพียงร้อยละ 14.30 เท่านั้น

จริยาวัตร และอุดม คมพัคฆ์ (2525 : 37) ได้ทำการสำรวจเพื่อศึกษาเรื่องเด็กในประเทศไทย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่เคยฝากครรภ์เลย ร้อยละ 43.10 ในจำนวนนี้อยู่ในชนบทร้อยละ 55.80

นันทา อ่วมกุล ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และพรสิณี อมรวิเชษฐ์ (2526 : 1-2) ได้ศึกษาเรื่องการฝากครรภ์ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทุกภาคของประเทศไทย พบว่ามีการฝากครรภ์ร้อยละ 71.00 ร้อยละ 54.00 เข้ารับการตรวจครรภ์ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 28.00 เข้ารับการตรวจครรภ์ 3-4 ครั้ง ร้อยละ 18.00 เข้ารับการตรวจครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไป สำหรับอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกนั้น พบว่า ฝากครรภ์ในไตรมาสแรกร้อยละ 35 ไตรมาสที่สอง ร้อยละ 43.00 และไตรมาสสาม ร้อยละ 20.00

อรทัย รวยอาจิณ และคนอื่น ๆ (2528 : 61) ศึกษาเรื่องสุขภาพและการวางแผนครอบครัวในเขตชานเมืองกรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีไปฝากครรภ์เมื่อตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย ร้อยละ 88.00 โดยฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 1-3 เดือน ร้อยละ 22.00 อายุครรภ์ 4-6 เดือน ร้อยละ 40.00 อายุครรภ์ 7-8 เดือน ร้อยละ 21.00

สุดา ภูทอง (2529 : 38) ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์ และไม่ฝากครรภ์ : ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 9 ยะลา พบว่า เป็นผู้ที่ฝากครรภ์ร้อยละ 70.00 โดยเป็นผู้ที่เข้ารับการตรวจครรภ์ 1-4 ครั้ง ร้อยละ 34.00 และเข้ารับการตรวจครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 36.00

ประเจตน์ เกษน้อย (2530 : 65) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของประชากร ในเขตชุมชนแออัดที่ปรับปรุงแล้ว ของกรุงเทพมหานคร พบว่า สตรีเมื่อตั้งครรภ์แรกนิยมฝากครรภ์ ร้อยละ 89.00

สุดารัตน์ สุวารี (2531 : 65) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์และจิตสังคม ของมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีผลลัพธ์ต่อการตั้งครรภ์ ศึกษาในมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ที่มาคลอดเป็นผู้ที่ฝากครรภ์ร้อยละ 88.30 และฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่สอง ร้อยละ 48.90 และมีจำนวนครั้งการตรวจครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 57.00

จารุวรรณ รวีไพบูลย์ (2532 : 32) ศึกษาเรื่องผลของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพมารดาและการรกแรกเกิดในวชิรพยาบาล พ.ศ.2529 พบว่า ผู้ที่คลอดครรภ์เดียวเป็นผู้ที่ฝากครรภ์ร้อยละ 90.20 และฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ที่อยู่ในไตรมาสที่สอง ร้อยละ 46.00 และมีจำนวนเข้ารับการตรวจครรภ์ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 37.00 และเข้ารับการตรวจครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 63.00

สดสวย คณาวัชรากุล (2532 : 53) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยแม่ในชุมชนแออัดของเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า มีผู้ฝากครรภ์ร้อยละ 89.00 โดยเป็นผู้ที่เข้ารับการตรวจครรภ์ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 23.00 และ 4 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 66.00

สุพรรณีย์ จันทพิศ (2534 : 38) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการฝากครรภ์ของสตรีในชนบทไทย พบว่า สตรีมีการฝากครรภ์ก่อนคลอดร้อยละ 84.00 เข้ารับการตรวจครรภ์ระหว่าง 1-3 ครั้ง ร้อยละ 31.00 และเข้ารับการตรวจครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 53.00

การฝากครรภ์กับสุขภาพทารก

นนุช บุญเกียรติ (2524 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย โดยศึกษาย้อนหลังในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงหลังคลอดที่ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 9 และโรงพยาบาลประจำจังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นการรกคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 39 ราย ทารกคลอดครบกำหนด และมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

จำนวน 117 ราย กับทารกคลอดครบกำหนดและมีน้ำหนัก 2,500 กรัม หรือมากกว่า จำนวน 312 ราย ผลการศึกษา พบว่า มารดาที่ไม่ฝากครรภ์ เสี่ยงต่อการคลอดทารกก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อยกว่ามารดาที่มาฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

สุมาลี อารีเอื้อ (2526 : บทคัดย่อ) ศึกษาย้อนหลังแบบ Unmatched Case Control study เกี่ยวกับปัจจัยอันตรายที่มีอิทธิพลต่อการรกน้ำหนักน้อย แรกเกิดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วง 25 ม.ค. ถึง 15 มี.ค. 2526 โดยสัมภาษณ์มารดาที่ให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อย 200 ราย เปรียบเทียบกับ มารดาที่ให้กำเนิดทารกปกติ 200 ราย พบว่า จำนวนครั้งของการรับบริการ ดูแลก่อนคลอดและอายุครรภ์ที่มารดาฝากครรภ์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์กับ น้ำหนักแรกคลอดของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.025 ตามลำดับ มารดาที่ไม่ฝากครรภ์หรือรับบริการดูแลก่อนคลอดน้อยกว่า 6 ครั้ง เสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยแรกเกิดเป็น 2.4 เท่า ของมารดา ที่รับบริการดูแลก่อนคลอด 7 ครั้งขึ้นไป และมารดาที่ฝากครรภ์ครั้งแรกใน ไตรมาสที่ 2 และ 3 เสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยแรกเกิดเป็น 3.1 เท่าของมารดาที่ฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 1

ทัสสนี นุชประยูร และคนอื่น ๆ (2530 : 775-783) ศึกษาปัจจัย เสี่ยงของมารดาที่ให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ โรงพยาบาล พณัสนิคมในช่วงเดือนตุลาคม 2527 - มีนาคม 2529 โดยการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง กลุ่มศึกษา คือ มารดาที่คลอดครบกำหนดและทารก แรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 201 ราย และกลุ่มควบคุม คือ มารดาที่ให้กำเนิดทารกน้ำหนัก 2,500-4,000 กรัม จำนวน 540 ราย พบว่า มารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์มีโอกาสเสี่ยงเป็น 1.8 เท่า ของมารดาที่ฝาก ครรภ์ ไม่ว่าจะตรวจครรภ์กี่ครั้งก็ตาม และหญิงที่ฝากครรภ์ใน 3 เดือนแรก การตรวจครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง เสี่ยงต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อย แรกเกิดเป็น 2.6 เท่า ของมารดาที่ตรวจครรภ์มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป ส่วน มารดาที่ฝากครรภ์หลังตั้งครรภ์ 3 เดือน ไม่ว่าจะตรวจครรภ์มากกว่าหรือ น้อยกว่า 4 ครั้ง อัตราเสี่ยงต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยแรกเกิดไม่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่ามารดาที่ฝากครรภ์หลังไตรมาสที่ 1 พบถึงร้อยละ 80.00

กนธีร์ สังขวาลี (2532 : 95-100) ศึกษาจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์กับปัญหาในระหว่างการคลอดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเดือนมกราคม-ธันวาคม 2531 โดยการศึกษาย้อนหลัง จากข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนจำนวน 3,614 ราย โดยแบ่งมารดาเป็น 5 กลุ่มตามจำนวนครั้งที่เข้ารับการตรวจครรภ์ พบว่า กลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์หรือเข้ารับการตรวจครรภ์น้อยครั้ง จะพบปัญหาระหว่างการคลอดมากกว่ากลุ่มที่เข้ารับการตรวจครรภ์ 10 ครั้งขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนคลอดเกิน 24 ชั่วโมง ครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง โลหิตจาง คลอดก่อนกำหนด ภาวะพร่องออกซิเจนของทารกแรกคลอด แต่จะพบปัญหาทารกน้ำหนักเกิน 4,000 กรัม และการคลอดผิดปกติมากกว่ากลุ่มมารดาที่เข้ารับการตรวจครรภ์เกิน 10 ครั้งขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

จารุวรรณ ธีวไพบูลย์ (2532 : 55-57) ศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังในมารดาครรภ์เดียวในห้องคลอดโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 609 ราย ระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2529 เพื่อศึกษาถึงผลของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิด ผลการศึกษาพบว่า อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด ($P < 0.05$) และจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนนแอฟการ์ดที่ 5 นาที และสภาพทารกหลังคลอด ($P < 0.05$) สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกกับคะแนนแอฟการ์ดที่ 1 และ 5 นาที และสภาพทารกหลังคลอด และความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์กับคะแนนแอฟการ์ดที่ 1 นาที ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

พรพจน์ หอสุวรรณศักดิ์ (2533 : 117-129) ศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลังแบบ Case Control เกี่ยวกับการตรวจครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ต่อการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย ในโรงพยาบาลภูมิพล ช่วง 1 ก.ค. 2531 ถึง 30 มิ.ย. 2532 โดยศึกษาเฉพาะผู้ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลภูมิพล และผู้ที่ไม่เคยฝากครรภ์ที่ใดเลยแบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 65 ราย คือ กลุ่มที่ให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และกลุ่มควบคุม

181 ราย (ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม) ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันทั้งอายุมารดา ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ครอบครัว น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักวันที่มาคลอด ความสูงและสุขภาพทั่วไปของมารดา ผลการศึกษาพบว่า การเข้ารับการตรวจครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง มีผลต่อการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) และมีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ประมาณ 14.1 เท่าของการเข้ารับการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป

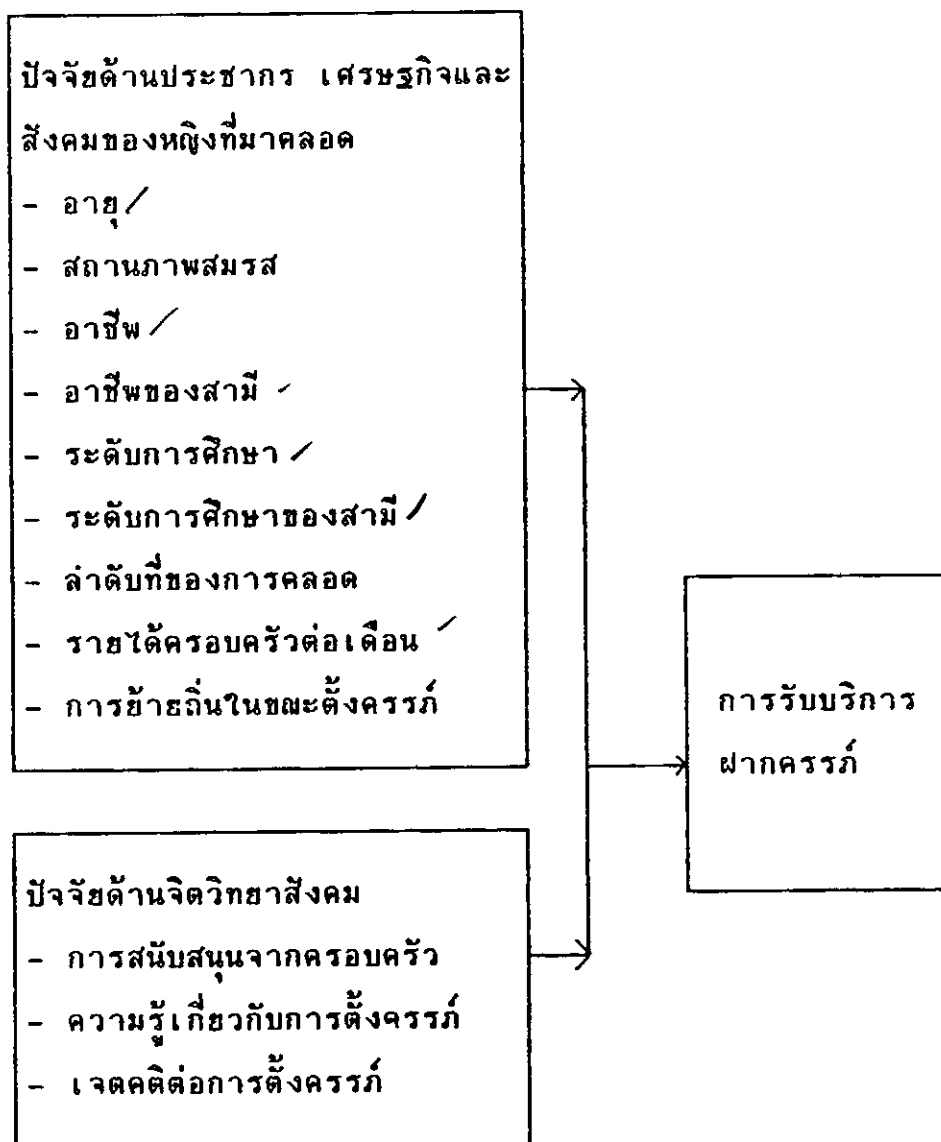
ปรียดา แจ้งประดิษฐ์ (2534 : บทคัดย่อ) ศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลังแบบ Unmatched Case control study เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทางชีวภาพและสังคมลักษณะการฝากครรภ์ ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ระหว่างมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงจำนวน 227 ราย และมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่ำจำนวน 454 ราย ที่โรงพยาบาลสระบุรีในปี พ.ศ. 2531-2532 โดยใช้แบบประเมินเกณฑ์เสี่ยงภัยของกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงสูงมีอัตราส่วนร้อยละของการคลอดผิดปกติ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยทารกเกิดไว้ชีพ มากกว่ามารดากลุ่มเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) และเมื่อควบคุมความเพียงพอของการดูแลก่อนคลอด (การตรวจครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ไม่เกินไตรมาสที่ 2 และได้รับการตรวจตลอดการตั้งครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป) พบว่าเมื่อให้การดูแลก่อนคลอดที่เพียงพอ มารดากลุ่มเสี่ยงสูงยังคงมีอัตราส่วนร้อยละของการคลอดผิดปกติ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากกว่ากลุ่มเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่ทารกเกิดไว้ชีพพบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบมารดาที่อยู่ในภาวะเสี่ยงกลุ่มเดียวกันที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดแตกต่างกัน พบว่า มารดากลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดที่เพียงพอ มีอัตราส่วนร้อยละของการก้นน้ำหนักน้อยและทารกไว้ชีพ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลไม่เพียงพอ แต่การคลอดผิดปกติพบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลไม่เพียงพอ ส่วนมารดากลุ่มเสี่ยงต่ำพบว่าอัตราส่วนร้อยละของการคลอดผิดปกติ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยทารกเกิดไว้ชีพ พบใกล้เคียงกันในกลุ่มที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดแตกต่างกัน

พันธ์ทิพย์ เพชรมีศรี (2536 : ก) ศึกษาผลของการฝากครรภ์ต่อน้ำหนักและภาวะสุขภาพทารกแรกคลอด ในแต่ละกลุ่มมารดาที่มีภาวะเสี่ยงภัยต่างกันในการฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 1,540 ราย ระหว่างเดือน พ.ย.2534 - ม.ค.2535 โดยใช้แบบประเมินเกณฑ์เสี่ยงภัยอย่างง่ายของ บุญปรีดี ศิริวงศ์ และสุกัญญา ปาริสีญกุล แบ่งมารดาเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงต่ำ กลุ่มเสี่ยงปานกลาง กลุ่มเสี่ยงสูง ผลการศึกษาพบว่า อัตราทารกน้ำหนักน้อย ร้อยละ 5.20 8.90 และ 17.30 ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ อัตราทารกน้ำหนักน้อย น้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ คะแนนแอฟการ์ดต่ำ อัตราตายปริกำเนิด และอัตราการคลอดผิดปกติ พบเพิ่มขึ้นตามภาวะเสี่ยงภัยที่สูงขึ้น ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า น้ำหนักและภาวะสุขภาพทารกแรกคลอดในมารดาทั้ง 3 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) แต่ความพิการแต่กำเนิดไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

กาญจนา เอกปัญญาย (2536 : 128) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายของทารกปริกำเนิดครรภ์เดียวของจังหวัดแพร่ ปี 2533 - 2535 พบว่ามารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์ (0) และตรวจครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง มีโอกาสเสี่ยงต่อการตายของทารกปริกำเนิดเป็น 19.50 และ 2.80 เท่าของมารดาที่ตรวจครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง

ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536 : ค) ศึกษาพฤติกรรมการฝากครรภ์กับสุขภาพมารดาและสุขภาพทารกของสตรีหลังคลอด ซึ่งคลอดบุตรที่ห้องคลอดสามัญและพักฟื้นหลังคลอดห้องผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลศิริราชโดยตั้งครรภ์เดี่ยวอายุครรภ์เมื่อคลอดระหว่าง 38-42 สัปดาห์ คลอดบุตรระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2536 จำนวน 500 คน พบว่าสตรีที่มีการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าให้กำเนิดบุตรที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 3,000 กรัมขึ้นไป มากกว่าสตรีที่มีการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก และสตรีที่มีจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์มากกว่าให้กำเนิดบุตรที่มีน้ำหนักทารกแรกเกิดตั้งแต่ 3,000 กรัมขึ้นไปมากกว่าสตรีที่มีจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์น้อย

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทั้งต่างประเทศ และในประเทศไทยจำนวนมากทำให้ผู้วิจัยได้แนวคิดในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. อายุของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์
2. สถานภาพสมรสของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์
3. อาชีพของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์
4. อาชีพของสามีของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์
5. ระดับการศึกษาของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์
6. ระดับการศึกษาของสามีของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์
7. ลำดับที่ของการคลอดของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์
8. รายได้ครอบครัวต่อเดือนของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์
9. การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์
10. การสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์
11. ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์
12. เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) ศึกษาแบบ Case Control Study เพื่อศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร ได้แก่ หญิงที่มาคลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคลอดปกติ นอนพักฟื้นที่ตึกพักหลังคลอดสามัญ ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2539 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2539 จำนวนประมาณ 24,000 คน (สถิติข้อมูลการคลอดจาก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปี 2537 คือ 24,013 คน)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มศึกษา (Case) คือ กลุ่มหญิงที่ไม่ได้ฝากครรภ์ แต่มาคลอดในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2539 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2539 จำนวน 131 คน
2. กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) คือ กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์และได้รับการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป และมาคลอดในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2539 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2539 จำนวน 2 เท่าของกลุ่มที่ศึกษา คือ 262 คน

การหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างทำได้ โดยคิดจากจำนวนประชากร
ที่มาคลอดในโรงพยาบาลต่าง ๆ ของสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในปี
พ.ศ. 2537 จำนวน 24,013 คน แล้วมาคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร
ของยามาเน (Taro Yamane. 1967 : 150-184) ให้มีความคลาดเคลื่อน
ได้ .05

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ	n	แทน	แทนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	แทนจำนวนประชากรทั้งหมด
	e	แทน	แทนความคลาดเคลื่อน

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{24013}{1 + 24013 (.05)^2}$$

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง = 393 คน

ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มเปรียบเทียบเป็น 2 เท่าของกลุ่มที่ศึกษา เพราะ
ฉะนั้นจะได้กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 262 คน กลุ่มที่ศึกษาจำนวน 131 คน
แล้วหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ในแต่ละโรงพยาบาล โดยเทียบ
อัตราส่วนดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มศึกษาของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล} = \frac{131 \times 438}{1462} = 40 \text{ คน}$$

$$\text{จำนวนกลุ่มศึกษาของโรงพยาบาลกลาง} = \frac{131 \times 165}{1462} = 15 \text{ คน}$$

$$\text{จำนวนกลุ่มศึกษาของโรงพยาบาลตากสิน} = \frac{131 \times 418}{1462} = 37 \text{ คน}$$

$$\text{จำนวนกลุ่มศึกษาของโรงพยาบาลเจริญกรุงฯ} = \frac{131 \times 441}{1462} = 39 \text{ คน}$$

$$\text{จำนวนกลุ่มเปรียบเทียบบของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล} = \frac{262 \times 7558}{22551} = 88 \text{ คน}$$

$$\text{จำนวนกลุ่มเปรียบเทียบบของโรงพยาบาลกลาง} = \frac{262 \times 2308}{22551} = 26 \text{ คน}$$

$$\text{จำนวนกลุ่มเปรียบเทียบบของโรงพยาบาลตากสิน} = \frac{262 \times 6378}{22551} = 74 \text{ คน}$$

$$\text{จำนวนกลุ่มเปรียบเทียบบของโรงพยาบาลเจริญกรุงฯ} = \frac{262 \times 6307}{22551} = 74 \text{ คน}$$

ตาราง 2 แสดงการหาสัดส่วนของขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนมา คลอดในปี พ.ศ. 2537	จำนวนมา คลอดโดย ฝากครรภ์	จำนวนมา คลอดโดย ไม่ฝาก ครรภ์	กลุ่ม เปรียบ เทียบ 2 ส่วน	กลุ่ม ศึกษา 1 ส่วน
ร.พ. วชิรพยาบาล	7,996	7,558	438	88	40
ร.พ. กลาง	2,473	2,308	165	26	15
ร.พ. ตากสิน	6,796	6,378	418	74	37
ร.พ. เจริญกรุงฯ	6,748	6,307	441	74	39
รวม	24,013	22,551	1,462	262	131

การสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่ศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบ
ใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

การจับคู่กลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ จับคู่ตามตัวแปรต่อไปนี้

อายุ

สถานภาพสมรส

อาชีพ

อาชีพสามี

ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาของสามี

ลำดับที่ของการคลอด

รายได้ครอบครัวต่อเดือน

การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์

การสนับสนุนจากครอบครัว
 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์
 เจตคติต่อการตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดัร่า เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างให้ครอบคลุมจุดมุ่งหมายและสมมติฐานที่ตั้งไว้ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิด (Open Ended Questionnaire) และคำถามปลายปิด (Close Ended Questionnaire)

แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนตัวของหญิงที่มาคลอด 2 กลุ่ม ตามตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ อาชีพสามี ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาสามี รายได้ครอบครัว ลำดับที่ของการคลอด การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ประกอบด้วย

2.1 การสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ สามี หรือญาติ ได้สนับสนุนเรื่องการมารับบริการฝากครรภ์หรือไม่ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก จำนวน 1 ข้อ

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ อาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่พบบ่อยในระยะตั้งครรภ์ การปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ

2.3 เจตคติต่อการตั้งครรภ์ เป็นการวัด ความรู้สึก

ความเชื่อหรือความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อการมารับบริการ ผากระรภ์ โดยใช้มาตราวัดของลิเคอร์ต (Likert Scale) 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมี ข้อความที่แสดงลักษณะทางนิมานและนิเสธ จำนวน 24 ข้อ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการผากระรภ์
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างแบบทดสอบ แบบสอบถาม จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ตอนคือ
 - 3.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของหญิงที่มาคลอด
 - 3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ประกอบด้วย
 - 3.2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว
 - 3.2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์
 - 3.2.3 แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์
4. นำแบบสอบถามให้คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

เกณฑ์ในการให้คะแนน

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดจะได้ 0 คะแนน การประเมินระดับความรู้ใช้เกณฑ์ของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9) ดังนี้

กลุ่มที่มีความรู้ระดับสูง	มีคะแนนมากกว่า $\bar{X} + 0.5 \text{ SD}$
กลุ่มที่มีความรู้ระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm 0.5 \text{ SD}$
กลุ่มที่มีความรู้ระดับต่ำ	มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - 0.5 \text{ SD}$

2. ด้านเจตคติต่อการตั้งครรภ์ มีข้อความที่เป็นเจตคติเชิงนิมานและเชิงนิเสธ จึงมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

2.1 เมื่อเป็นข้อความเชิงนิมาน ถ้าตอบว่า

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

2.2 เมื่อเป็นข้อความเชิงนิเสธ

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

ประเมินค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9)

4.50 - 5.00	เจตคติดีมาก
3.50 - 4.49	เจตคติดี
2.50 - 3.49	เจตคติปานกลาง
1.50 - 2.49	เจตคติน้อย
1.00 - 1.49	เจตคติน้อยมาก

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งคัดเลือกจากผู้มีประสบการณ์และทำงานเกี่ยวข้องกับทางด้านสูติ - นรีเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้เกณฑ์กำหนดตามพวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2533 : 124) ดังนี้

- คะแนน + 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้น มีความสอดคล้องตาม
จุดประสงค์ที่ต้องการ
- คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความนั้น มีความสอดคล้องตาม
จุดประสงค์ที่ต้องการหรือไม่
- คะแนน - 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้น ไม่มีความสอดคล้องตาม
จุดประสงค์ที่ต้องการ

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ แล้วนำไปหาคำดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยจะเลือกข้อความที่มีคำดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .5 หรือมากกว่า แสดงว่าแบบสอบถามนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ซึ่งปรากฏว่าแบบทดสอบความรู้จำนวน 35 ข้อ มีข้อสอบที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา 33 ข้อ แบบสอบถามเจตคติจำนวน 35 ข้อ มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา 30 ข้อ

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

3. นำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว ไปให้คณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ตรวจ และปรับปรุงแก้ไขเพื่ดำเนินการต่อไป

4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงมีครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลศิริพยาบาล จำนวน 100 คน

5. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้แล้ว มาตรวจให้คะแนน โดยแบ่ง ดังนี้

5.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ โดยกำหนดให้ข้อที่ถูกได้ 1 คะแนน ข้อที่ผิดหรือตอบไม่ได้ให้ 0 คะแนน แล้วนำมาวิเคราะห์รายข้อโดยใช้เทคนิค 27 เปอร์เซนต์ ของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ หาค่าความยากง่าย (P) และค่าอำนาจจำแนก (r) ข้อคำถามที่ใช้ได้ต้องมีค่าความยากง่าย .20 - .80 และมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2536:180) ผลการทดลองใช้ปรากฏว่า แบบทดสอบ

ความรู้ จำนวน 33 ข้อ ได้ข้อที่มีค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกใช้ได้ 20 ข้อ

5.2 แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยใช้เทคนิค 27 เปอร์เซ็นต์ แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test) ข้อที่มีค่าตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้ (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 94) ผลการทดลองใช้ปรากฏว่า แบบสอบถามเจตคติ จำนวน 30 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้ 24 ข้อ

5.3 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ที่คัดเลือกได้ตามเกณฑ์ในข้อ 5.1 จำนวน 20 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบทั้งฉบับโดยใช้สูตร KR20 (Kuder - Richardson Formular 20) (วิเชียร เกตุสิงห์. 2524 : 127) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

5.4 นำแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ที่คัดเลือกแล้วตามเกณฑ์ข้อ 5.2 จำนวน 24 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 96) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

วิธีการดำเนินการรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปที่ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูล เพื่อรวบรวมข้อมูลนำมาดำเนินการขั้นตอนต่อไป

วิธีจัดการกับข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามแล้วคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุด และประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ระดับเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. แยกบันทึกข้อมูลออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรอิสระ
4. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้การคำนวณหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ โดยนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง
5. หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามโดยใช้การทดสอบไค-สแควร์ (Chi-Square Test) นำเสนอข้อมูลด้วยตาราง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่
 - 1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 :

101)

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

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ
 f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
 n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 41)

$$\bar{X} = \frac{\Sigma X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย
 ΣX แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ.

2534 : 79)

$$S = \sqrt{\frac{N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 ΣX^2 แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัว ยกกำลังสอง
 $(\Sigma X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด ยกกำลังสอง
 N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) โดยวิธีการของโรวิเนล และ แฮมเบิลตัน (Rovinele and Hambleton) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2533 : 124)

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

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
	ΣR	แทน	ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าความยาก (Difficulty) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์รายข้อ โดยแบ่งผู้ตอบแบบทดสอบเป็นกลุ่มสูงร้อยละ 27 กลุ่มต่ำ ร้อยละ 27 โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2536 : 179)

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

เมื่อ	P	แทน	ค่าความยากของข้อคำถามนั้น
	R	แทน	จำนวนผู้ตอบแบบทดสอบข้อนั้นถูก
	N	แทน	จำนวนผู้ตอบแบบทดสอบทั้งหมด

2.3 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power)

ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์รายข้อ โดยแบ่งผู้ตอบแบบทดสอบเป็นกลุ่มสูงร้อยละ 27 กลุ่มต่ำร้อยละ 27 โดยใช้สูตร (ลิวน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2536 : 180)

$$r = \frac{R_u - R_L}{\frac{N}{2}}$$

เมื่อ	r	แทน	ค่าอำนาจจำแนกในข้อคำถามนั้น
	R_u	แทน	จำนวนคนในกลุ่มสูงที่ทำข้อนั้นถูก
	R_L	แทน	จำนวนคนในกลุ่มต่ำที่ทำข้อนั้นถูก
	N	แทน	จำนวนผู้ตอบแบบทดสอบในกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำซึ่งเท่ากัน

2.4 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power)

ของแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์รายข้อ โดยเรียงน้ำหนักหรือคะแนนความเห็นจากน้ำหนักมากไปหาน้อย แล้วแบ่งเป็นกลุ่มสูงร้อยละ 27 กลุ่มต่ำร้อยละ 27 จากนั้นแจกแจงการตอบข้อคำถามแต่ละข้อของทั้งสองกลุ่มเพื่อหาว่าในแต่ละกลุ่มตอบหรือแสดงความรู้สึกในแต่ละระดับมีจำนวนเท่าใด แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test) เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก โดยใช้สูตร (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 94)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S^2_H + S^2_L}{n}}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าอำนาจจำแนกของค่าถามแต่ละข้อ
	$\bar{X}_H, \bar{X}_L$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ
	S^2_H, S^2_L	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนในแต่ละข้อ ของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ
	n	แทน	จำนวนของกลุ่มสูงหรือกลุ่มต่ำ ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน

2.5 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบสอบถามเจตคติ
ต่อการตั้งครรภ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha)
ของครอนบัค (Cronbach) (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 96)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	S^2_i	แทน	ความแปรปรวนของแบบสอบถามแต่ละข้อ
	S^2_t	แทน	ความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ
	$\sum S^2_i$	แทน	ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

2.6 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับของ
แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยใช้สูตรของ Kuder-Richardson
(วิเชียร เกตุสิงห์. 2524 : 127) จากสูตร KR20 ดังนี้

$$r_{kk} = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right]$$

เมื่อ r_{kk} แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ
 k แทน จำนวนข้อทั้งหมดของแบบทดสอบ
 p แทน ค่าความยากของข้อสอบแต่ละข้อ
 $q = 1 - P$
 S^2 แทน ความแปรปรวนของข้อสอบทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

หาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามโดยใช้การ
ทดสอบไค-สแควร์ (Chi-Square Test) (บุษกร เพชรวิวรรณ. 2523 :
60)

$$\text{จากสูตร } \chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

เมื่อ O คือค่าความถี่ที่ได้มาจริง ๆ
 E คือค่าความถี่ที่ได้มาตามทฤษฎี
 Σ คือผลรวมทั้งหมด

$df = (k-1) (r-1)$ เมื่อ k คือจำนวนแถวตั้งและ r คือ
จำนวนแถวนอน (หรือ k คือ จำนวนกลุ่มของตัวแปร x และ r คือ จำนวน
กลุ่มของตัวแปร y นั้นเอง)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

χ^2 แทน ค่าไค-สแควร์

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (degree of freedom)

* แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหญิงที่มาคลอด จำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ อาชีพของสามี ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของสามี ลำดับที่ของการคลอด รายได้ครอบครัว การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ โดยแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ นำเสนอเป็นตาราง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการฝากครรภ์ของหญิงที่มาคลอดและทดสอบความสัมพันธ์ตามตัวแปรที่ต้องการศึกษาต่อการรับบริการฝากครรภ์ จำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ อาชีพของสามี ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของสามี ลำดับที่ของการคลอด รายได้ครอบครัว การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และเจตคติต่อการตั้งครรภ์

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหญิงที่มาคลอด จำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพ-สมรส อาชีพ อาชีพของสามี ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของสามี ลำดับที่ของการคลอด รายได้ครอบครัว การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ดังปรากฏตามตาราง 3-14

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ และมารับบริการฝากครรภ์จำแนกตามอายุ

อายุ	หญิงที่มาคลอด		หญิงที่มาคลอด		รวมหญิงที่มาคลอด	
	ไม่มารับบริการฝากครรภ์		มารับบริการฝากครรภ์		รวมหญิงที่มาคลอด	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
น้อยกว่า 20 ปี	32	24.42	43	16.41	75	19.10
21 - 30 ปี	84	64.12	180	68.70	264	67.20
31 - 40 ปี	14	10.69	38	14.51	52	13.20
มากกว่า 40 ปี	1	0.77	1	0.38	2	0.50
รวม	131	100.00	262	100.00	393	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่าหญิงที่มาคลอดไม่มารับบริการฝากครรภ์ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 64.12 รองลงมาคืออายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 24.43 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 0.77 สำหรับหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ก็ทำนองเดียวกันคือ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 68.70 รองลงมาคือ อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 16.41 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 0.38 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 67.20 รองลงมาคือ อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 19.10 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคืออายุมากกว่า 40 ปี มีเพียงร้อยละ 0.50

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์และมารับบริการ
ฝากครรภ์จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	หญิงที่มาคลอด		หญิงที่มาคลอด		รวมหญิงที่มาคลอด	
	ไม่มารับบริการฝากครรภ์		มารับบริการฝากครรภ์		รวมหญิงที่มาคลอด	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ไม่ได้จดทะเบียนสมรส แยกกันอยู่ หรือ หย่า หม้าย	10	7.63	10	3.82	20	5.10
ไม่ได้จดทะเบียนสมรส อยู่ด้วยกัน	114	87.03	176	67.18	290	73.80
จดทะเบียนสมรส แยกกันอยู่	0	0.00	2	0.76	2	0.50
จดทะเบียนสมรส อยู่ด้วยกัน	7	5.34	74	28.24	81	20.60
รวม	131	100.00	262	100.00	393	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่าหญิงที่คลอดไม่มารับบริการฝากครรภ์ไม่ได้จดทะเบียนสมรส
อยู่ด้วยกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.03 รองลงมาคือ ไม่ได้จดทะเบียนสมรสแยกกันอยู่ หรือ
หย่า หม้าย คิดเป็นร้อยละ 7.63 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ จดทะเบียนสมรสแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ
0.00 ส่วนหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ ไม่ได้จดทะเบียนสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุด
คิดเป็นร้อยละ 67.18 รองลงมาคือ จดทะเบียนสมรสอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 28.24 ที่มี
จำนวนน้อยที่สุดคือ จดทะเบียนสมรสแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 0.76 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง
2 กลุ่มพบว่า ไม่ได้จดทะเบียนสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.80 รองลงมาคือ
จดทะเบียนสมรสอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 20.60 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ จดทะเบียนสมรส
แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 0.50

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	หญิงที่มาคลอด		หญิงที่มาคลอด		รวมหญิงที่มาคลอด	
	ไม่มารับบริการฝากครรภ์		มารับบริการฝากครรภ์		รวมหญิงที่มาคลอด	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
แม่บ้าน	64	48.85	116	44.28	180	45.80
รับจ้าง	49	37.40	110	41.98	159	40.50
ค้าขาย	10	7.64	17	6.49	27	6.90
เกษตรกรรวม	3	2.29	1	0.38	4	1.00
รับราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัท	5	3.82	18	6.87	23	5.80
รวม	131	100.00	262	100.00	393	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า หญิงที่มาคลอดไม่มารับบริการฝากครรภ์ มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.85 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 37.40 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อาชีพเกษตรกรรวม คิดเป็นร้อยละ 2.29 สำหรับหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ ก็ทำนองเดียวกันคือ มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.28 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 41.98 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อาชีพเกษตรกรรวม คิดเป็นร้อยละ 0.38 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่า มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40.50 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อาชีพเกษตรกรรวม คิดเป็นร้อยละ 1.00

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์จำแนกตามอาชีพของสามี

อาชีพของสามี	หญิงที่มาคลอด		หญิงที่มาคลอด		รวมหญิงที่มาคลอด	
	ไม่มารับบริการฝากครรภ์		มารับบริการฝากครรภ์		รวมหญิงที่มาคลอด	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ว่างงาน	7	5.34	10	3.82	17	4.30
รับจ้าง	94	71.76	191	72.90	285	72.60
ค้าขาย	13	9.92	17	6.49	30	7.60
เกษตรกรรม	1	0.76	3	1.14	4	1.00
รัฐวิสาหกิจ บริษัท	8	6.11	35	13.36	43	10.90
รับราชการ	8	6.11	6	2.29	14	3.60
รวม	131	100.00	262	100.00	393	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่า หญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ มีสามีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.76 รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 9.92 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 0.76 ส่วนอาชีพของสามีของหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.90 รองลงมาคือ อาชีพรัฐวิสาหกิจ บริษัท คิดเป็นร้อยละ 13.36 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 1.14 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่า สามีมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.60 รองลงมาคือ อาชีพรัฐวิสาหกิจ บริษัท คิดเป็นร้อยละ 10.90 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 1.00

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	หญิงที่มาคลอด		หญิงที่มาคลอด		รวมหญิงที่มาคลอด	
	ไม่มารับบริการฝากครรภ์		มารับบริการฝากครรภ์		รวมหญิงที่มาคลอด	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ไม่ได้รับการศึกษา	9	6.87	2	0.76	11	2.80
เรียนไม่จบประถมศึกษา	18	13.74	26	9.92	44	11.20
ประถมศึกษา	70	53.44	148	56.49	218	55.50
มัธยมศึกษา	30	22.90	64	24.43	94	23.90
อุดมศึกษา	4	3.05	22	8.40	26	6.60
รวม	131	100.00	262	100.00	393	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่า หญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.44 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 22.90 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 3.05 ส่วนหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.49 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 24.43 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 0.76 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่า มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.50 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 23.90 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 2.80

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์จำแนกตามระดับการศึกษาของสามี

ระดับการศึกษา	หญิงที่มาคลอด		หญิงที่มาคลอด		รวมหญิงที่มาคลอด	
	ไม่มารับบริการฝากครรภ์		มารับบริการฝากครรภ์		รวมหญิงที่มาคลอด	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ไม่ได้รับการศึกษา	3	2.29	6	2.29	9	2.30
เรียนไม่จบประถมศึกษา	14	10.69	20	7.63	34	8.70
ประถมศึกษา	67	51.15	123	46.95	190	48.30
มัธยมศึกษา	42	32.06	88	33.59	130	33.10
อุดมศึกษา	5	3.81	25	9.54	30	7.60
รวม	131	100.00	262	100.00	393	100.00

จากตาราง 8 แสดงว่า หญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ มีสามีจบการศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.15 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 32.06 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 2.29 สำหรับหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ ก็ทำนองเดียวกันคือ มีสามีจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.95 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.59 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 2.29 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มมีสามีจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.30 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.10 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 2.30

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์จำแนกตามลำดับที่ของการคลอด

ลำดับที่ของการคลอด	หญิงที่มาคลอด		หญิงที่มาคลอด		รวมหญิงที่มาคลอด	
	ไม่มารับบริการฝากครรภ์		มารับบริการฝากครรภ์		รวมหญิงที่มาคลอด	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ลำดับที่ 1	55	41.98	144	54.96	199	50.70
ลำดับที่ 2	39	29.77	79	30.15	118	30.00
ลำดับที่ 3	23	17.56	31	11.83	54	13.70
ลำดับที่ 4	8	6.11	5	1.91	13	3.30
ตั้งแต่ลำดับที่ 5 ขึ้นไป	6	4.58	3	1.15	9	2.30
รวม	131	100.00	262	100.00	393	100.00

จากตาราง 9 แสดงว่า หญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตรมีลำดับที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.98 รองลงมาคือ คลอดบุตรเป็นลำดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 29.77 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ คลอดบุตรตั้งแต่ลำดับที่ 5 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 4.58 สำหรับหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ ก็ทำนองเดียวกันคือ คลอดบุตรเป็นลำดับที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.96 รองลงมาคือ คลอดบุตรเป็นลำดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 30.15 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ คลอดบุตรตั้งแต่ลำดับที่ 5 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 1.15 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่า คลอดบุตรเป็นลำดับที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.70 รองลงมาคือ คลอดบุตรเป็นลำดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 30.00 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ คลอดบุตรตั้งแต่ลำดับที่ 5 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 2.30

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์จำแนกตามรายได้ครอบครัว

รายได้ครอบครัว	หญิงที่มาคลอด		หญิงที่มาคลอด		รวมหญิงที่มาคลอด	
	ไม่มารับบริการฝากครรภ์		มารับบริการฝากครรภ์		รวมหญิงที่มาคลอด	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 3,000 บาท	34	25.95	33	12.60	67	17.00
3,000 - 8,000 บาท	78	59.55	169	64.50	247	62.90
8,001 - 20,000 บาท	15	11.45	51	19.47	66	16.80
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	4	3.05	9	3.43	13	3.30
รวม	131	100.00	262	100.00	393	100.00

จากตาราง 10 แสดงว่า หญิงที่มาคลอดไม่มารับบริการฝากครรภ์ มีรายได้ครัวร้วต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000 - 8,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.55 รองลงมาคือ รองลงมาคือต่ำกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.95 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.05 ส่วนหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ มีรายได้ครัวร้วต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000 - 8,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.50 รองลงมาคือ 8,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.47 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.43 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่ารายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000 - 8,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.90 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 17.00 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.30

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์จำนวนตามการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์

การย้ายถิ่นในขณะ ตั้งครรภ์	หญิงที่มาคลอด ไม่มารับบริการฝากครรภ์		หญิงที่มาคลอด มารับบริการฝากครรภ์		รวมหญิงที่มาคลอด	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ย้าย	48	36.64	70	26.72	118	30.00
ไม่ย้าย	83	63.36	192	73.28	275	70.00
รวม	131	100.00	262	100.00	393	100.00

จากตาราง 11 แสดงว่า หญิงที่มาคลอดไม่มารับบริการฝากครรภ์ ไม่มีการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.36 รองลงมาคือ มีการย้ายถิ่น คิดเป็นร้อยละ 36.64 สำหรับหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ ก็ทำนองเดียวกันคือ ไม่มีการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.28 รองลงมาคือ มีการย้ายถิ่น คิดเป็นร้อยละ 26.72 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ไม่มีการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ มีการย้ายถิ่น คิดเป็นร้อยละ 30.00

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์จำแนกตามการสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจาก ครอบครัว	หญิงที่มาคลอด ไม่มารับบริการฝากครรภ์		หญิงที่มาคลอด มารับบริการฝากครรภ์		รวมหญิงที่มาคลอด	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
สนับสนุน	113	86.26	254	96.95	367	93.40
ไม่สนับสนุน	18	13.74	8	3.05	26	6.60
รวม	131	100.00	262	100.00	393	100.00

จากตาราง 12 แสดงว่า หญิงที่มาคลอดไม่มารับบริการฝากครรภ์ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.26 รองลงมาคือ ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 13.74 สำหรับหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ ก็ทำนองเดียวกันคือ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.95 รองลงมาคือ ไม่ได้รับการสนับสนุน คิดเป็นร้อยละ 3.05 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.40 รองลงมาคือ ไม่ได้รับการสนับสนุน คิดเป็นร้อยละ 6.60

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์	หญิงที่มาคลอด		หญิงที่มาคลอด		รวมหญิงที่มาคลอด	
	ไม่มารับบริการฝากครรภ์		มารับบริการฝากครรภ์		รวมหญิงที่มาคลอด	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ระดับสูง	31	23.66	115	43.89	146	37.20
ระดับปานกลาง	47	35.88	81	30.92	128	32.60
ระดับต่ำ	53	40.46	66	25.19	119	30.20
รวม	131	100.00	262	100.00	393	100.00

จากตาราง 13 แสดงว่า หญิงที่มาคลอดไม่มารับบริการฝากครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.46 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.88 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.66 ส่วนหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.89 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.92 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 25.19 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่า มีความรู้สูงสุดในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.20 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.60 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.20

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของหญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์จำนวนตามเจตคติต่อการตั้งครรภ์

เจตคติต่อการตั้งครรภ์	หญิงที่มาคลอด		หญิงที่มาคลอด		รวมหญิงที่มาคลอด	
	ไม่มารับบริการฝากครรภ์		มารับบริการฝากครรภ์		รวมหญิงที่มาคลอด	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ดีมาก	12	9.16	26	9.92	38	9.70
ดี	111	84.73	230	87.79	341	86.80
ปานกลาง	8	6.11	6	2.29	14	3.50
น้อย	0	0.00	0	0.00	0	0.00
น้อยมาก	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รวม	131	100.00	262	100.00	393	100.00

จากตาราง 14 แสดงว่า หญิงที่มาคลอดไม่มารับบริการฝากครรภ์มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.73 รองลงมาคือ ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 9.16 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 6.11 สำหรับหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ก็ทำนองเดียวกันคือ มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ดี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.79 รองลงมาคือ ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 9.92 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 2.29 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่า มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ดี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.80 รองลงมาคือ ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 9.70 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.50

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการฝากครรภ์ของหญิงที่มาคลอดและทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ต้งการศึกษาต่อการรับบริการฝากครรภ์ จำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ อาชีพของสามี ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของสามี ลำดับที่ของการคลอด รายได้ครอบครัว การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ดังปรากฏตามตาราง 15-26

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการรับบริการฝากครรภ์

อายุ	รับบริการฝากครรภ์		รวม	χ^2
	จำนวนคนที่ ไม่มารับบริการ	จำนวนคนที่ มารับบริการ		
น้อยกว่า 20 ปี	32	43	75	
20 - 30 ปี	84	180	264	
30 - 40 ปี	14	38	52	
มากกว่า 40 ปี	1	1	2	
รวม	131	262	393	4.42427

จากตาราง 15 แสดงว่าอายุของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าอายุของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการรับบริการฝากครรภ์

สถานภาพสมรส	รับบริการฝากครรภ์		รวม	χ^2
	จำนวนคนที่	จำนวนคนที่		
	ไม่มารับบริการ	มารับบริการ		
ไม่ได้จดทะเบียนสมรส แยกกันอยู่ หรือหย่า หม้าย	10	10	20	
ไม่ได้จดทะเบียนสมรส อยู่ด้วยกัน	114	176	290	
จดทะเบียนสมรส แยกกันอยู่	0	2	2	
จดทะเบียนสมรส อยู่ด้วยกัน	7	74	81	
รวม	131	262	393	30.38429**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\chi^2 = 11.345$, $df = 3$)

จากตาราง 16 แสดงว่าสถานภาพสมรสของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า สถานภาพสมรสของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ตาราง 17 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการรับบริการฝากครรภ์

อาชีพ	รับบริการฝากครรภ์		รวม	χ^2
	จำนวนคนที่	จำนวนคนที่		
	ไม่มารับบริการ	มารับบริการ		
แม่บ้าน	64	116	180	
รับจ้าง	49	110	159	
ค้าขาย	10	17	27	
เกษตรกร	3	1	4	
รับราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัท	5	18	23	
รวม	131	262	393	5.53580

จากตาราง 17 แสดงว่าอาชีพของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าอาชีพของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ตาราง 18 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพของสามีกับการรับบริการฝากครรภ์

อาชีพของสามี	รับบริการฝากครรภ์		รวม	χ^2
	จำนวนคนที่ ไม่มารับบริการ	จำนวนคนที่ มารับบริการ		
ว่างงาน	7	10	17	
รับจ้าง	94	191	285	
ค้าขาย	13	17	30	
เกษตรกรรม	1	3	4	
รัฐวิสาหกิจ บริษัท	8	35	43	
รับราชการ	8	6	14	
รวม	131	262	393	9.73048

จากตาราง 18 แสดงว่าอาชีพของสามีของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าอาชีพของสามีของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ตาราง 19 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการรับบริการฝากครรภ์

ระดับการศึกษา	รับบริการฝากครรภ์		รวม	χ^2
	จำนวนคนที่ ไม่มารับบริการ	จำนวนคนที่ มารับบริการ		
ไม่ได้รับการศึกษา	9	2	11	
เรียนไม่จบประถมศึกษา	18	26	44	
ประถมศึกษา	70	148	218	
มัธยมศึกษา	30	64	94	
อุดมศึกษา	4	22	26	
รวม	131	262	393	16.77385**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\chi^2 = 13.277$, $df = 4$)

จากตาราง 19 แสดงว่าระดับการศึกษาของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าระดับการศึกษาของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ตาราง 20 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของสามีกับการรับบริการฝากครรภ์

ระดับการศึกษาของสามี	รับบริการฝากครรภ์		รวม	χ^2
	จำนวนคนที่	จำนวนคนที่		
	ไม่มารับบริการ	มารับบริการ		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	6	9	
เรียนไม่จบประถมศึกษา	14	20	34	
ประถมศึกษา	67	123	190	
มัธยมศึกษา	42	88	130	
อุดมศึกษา	5	25	30	
รวม	131	262	393	5.07114

จากตาราง 20 แสดงว่าระดับการศึกษาของสามีของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าระดับการศึกษาของสามีของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ตาราง 21 ความสัมพันธ์ระหว่างลำดับที่ของการคลอดกับการรับบริการฝากครรภ์

ลำดับที่ของการคลอด	รับบริการฝากครรภ์		รวม	χ^2
	จำนวนคนที่	จำนวนคนที่		
	ไม่มารับบริการ	มารับบริการ		
ลำดับที่ 1	55	144	199	
ลำดับที่ 2	39	79	118	
ลำดับที่ 3	23	31	54	
ลำดับที่ 4	8	5	13	
ตั้งแต่ลำดับที่ 5 ขึ้นไป	6	3	9	
รวม	131	262	393	14.14594**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\chi^2 = 13.277$, $df = 4$)

จากตาราง 21 แสดงว่าลำดับที่ของการคลอดของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าลำดับที่ของการคลอดของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ตาราง 22 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้รอบครัวกับการรับบริการฝากครรภ์

รายได้ครอบครัว	รับบริการฝากครรภ์		รวม	χ^2
	จำนวนคนที่ ไม่มารับบริการ	จำนวนคนที่ มารับบริการ		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	34	33	67	
3,000 - 8,000 บาท	78	169	247	
8,001 - 20,000 บาท	15	51	66	
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	4	9	13	
รวม	131	262	393	12.86327**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\chi^2 = 11.345$, $df = 3$)

จากตาราง 22 แสดงว่ารายได้รอบครัวต่อเดือนของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่ารายได้รอบครัวต่อเดือนของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ตาราง 23 ความสัมพันธ์ระหว่างการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์กับการรับบริการฝากครรภ์

การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์	รับบริการฝากครรภ์		รวม	χ^2
	จำนวนคนที่	จำนวนคนที่		
	ไม่มารับบริการ	มารับบริการ		
ย้าย	48	70	118	
ไม่ย้าย	83	192	275	
รวม	131	262	393	4.09350*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 3.841$, $df = 1$)

จากตาราง 23 แสดงว่าการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ตาราง 24 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการใช้บริการฝากครรภ์

การสนับสนุนจากครอบครัว	รับบริการฝากครรภ์		รวม	χ^2
	จำนวนคนที่	จำนวนคนที่		
	ไม่มารับบริการ	มารับบริการ		
สนับสนุน	113	254	367	
ไม่สนับสนุน	18	8	26	
รวม	131	262	393	16.14504**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\chi^2 = 6.635$, $df = 1$)

จากตาราง 24 แสดงว่าการสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการฝากครรภ์

ตาราง 25 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์กับการรับบริการฝากครรภ์

ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์	รับบริการฝากครรภ์		รวม	χ^2
	จำนวนคนที่	จำนวนคนที่		
	ไม่มารับบริการ	มารับบริการ		
ระดับสูง	31	115	146	
ระดับปานกลาง	47	81	128	
ระดับต่ำ	53	66	119	
รวม	131	262	393	17.00271**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\chi^2 = 9.210$, $df = 2$)

จากตาราง 25 แสดงว่าความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 ที่ว่าความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ตาราง 26 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์กับการรับบริการฝากครรภ์

เจตคติต่อการตั้งครรภ์	รับบริการฝากครรภ์		รวม	χ^2
	จำนวนคนที่	จำนวนคนที่		
	ไม่มารับบริการ	มารับบริการ		
ดีมาก	12	26	38	
ดี	111	230	341	
ปานกลาง	8	6	14	
น้อย	0	0	0	
น้อยมาก	0	0	0	
รวม	131	262	393	3.71790

จากตาราง 26 แสดงว่าเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 ที่ว่าเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

เพื่อศึกษาถึงปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม และความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวต่อการรับบริการฝากครรภ์ของหญิงที่คลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ หญิงที่มาคลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2539 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษาได้แก่กลุ่มหญิงที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์แต่มาคลอด จำนวน 131 คน และกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่กลุ่มหญิงที่มารับบริการฝากครรภ์และมาคลอด จำนวน 262 คน รวมขนาดกลุ่มตัวอย่าง 393 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ของหญิงที่มาคลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของหญิงที่มาคลอด 2 กลุ่ม ตามตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ อาชีพของสามี ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของสามี ลำดับที่ของการคลอด รายได้ ครอบครัว การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ประกอบด้วยการสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการตั้งครรภ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส พีซี (SPSS/PC + : Statistical Package for the Social Sciences PC) ดำเนินการวิเคราะห์เป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหญิงที่มาคลอด โดยจำแนกตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา มีการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยาย

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการฝากครรภ์ของหญิงที่มาคลอด และทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ต้องการศึกษาต่อการรับบริการฝากครรภ์ จำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ อาชีพของสามี ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของสามี ลำดับที่ของการคลอด รายได้ ครอบครัว การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 12

สรุปผลการค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงที่มาคลอดไม่มารับบริการฝากครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีอายุ 20 - 30 ปีมากที่สุด อายุมากกว่า 40 ปีน้อยที่สุด สถานภาพสมรส ไม่ได้จดทะเบียนสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุด จดทะเบียนสมรสแยกกันอยู่น้อยที่สุด มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุด และอาชีพเกษตรกรน้อยที่สุด สามีมีอาชีพรับจ้างมากที่สุดและอาชีพเกษตรกรน้อยที่สุด การศึกษาทั้งภรรยาและสามีจบชั้นประถมศึกษา

มากที่สุด ลำดับที่ของการคลอด พบว่าคลอดบุตรเป็นคนที่ 1 มากที่สุด คลอดตั้งแต่คนที่ 5 ขึ้นไปพบน้อยที่สุด ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่มีการย้ายถิ่น ในขณะตั้งครรภ์และจะได้รับการสนับสนุนให้มาฝากครรภ์ ด้านความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์พบว่ามีความรู้สูงสุดในระดับสูงมากที่สุด รองลงมาคือระดับปานกลางและระดับต่ำน้อยที่สุด ด้านเจตคติพบว่าหญิงที่มาคลอดส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ดี รองลงมาคือ ดีมาก และอยู่ในเกณฑ์ปานกลางพบน้อยที่สุด

2. วิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

จากผลการศึกษาค้นคว้าสามารถสรุปอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

2.1 อายุของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

2.2 สถานภาพสมรสของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3 อาชีพของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

2.4 อาชีพของสามีของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

2.5 ระดับการศึกษาของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.6 ระดับการศึกษาของสามีของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

2.7 ลำดับที่ของการคลอดของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.8 รายได้ครอบครัวต่อเดือนของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.9 การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.10 การสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.11 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.12 เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

อภิปรายผล

จากการศึกษาค้นคว้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ของหญิงที่มาคลอดโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2539 ตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ อาชีพของสามี ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของสามี ลำดับที่ของการคลอด รายได้ครอบครัว การย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า หญิงที่มาคลอดไม่มารับบริการฝากครรภ์ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 64.12 รองลงมาคืออายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 24.43 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 0.77 สำหรับหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ ก็ทำนองเดียวกันคือ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 68.70 รองลงมาคือ อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 16.41 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 0.38 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 67.20 รองลงมาคือ อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 19.10 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อายุมากกว่า 40 ปี มีเพียงร้อยละ 0.50 สถานภาพสมรสของหญิงที่มาคลอดไม่ได้รับบริการฝากครรภ์ ไม่ได้จดทะเบียนสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 87.03 รองลงมาคือ ไม่ได้จดทะเบียนสมรสแยกกันอยู่ หรือหย่า หม้าย ร้อยละ 7.63 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ จดทะเบียนสมรสแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 0.00 ส่วนหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ ไม่ได้

จดทะเบียนสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุดร้อยละ 67.18 รองลงมาคือ จดทะเบียนสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 28.24 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ จดทะเบียนสมรสแยกกันอยู่ร้อยละ 0.76 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่าไม่ได้จดทะเบียนสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 73.80 รองลงมาคือ จดทะเบียนสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 20.60 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ จดทะเบียนสมรสแยกกันอยู่ ร้อยละ 0.50 อาชีพของหญิงที่มาคลอดไม่ได้รับบริการฝากครรภ์คือ อาชีพแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 48.85 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.40 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อาชีพเกษตรกรร้อยละ 2.29 สำหรับหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ก็ทำนองเดียวกันคือ มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุดร้อยละ 44.28 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.98 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อาชีพเกษตรกรร้อยละ 0.38 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่า มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 45.80 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.50 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 1.00 สามียของหญิงที่มาคลอดที่ไม่ได้รับบริการฝากครรภ์ มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 71.76 รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย ร้อยละ 9.92 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 0.76 ส่วนอาชีพของสามียของหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 72.90 รองลงมาคือ อาชีพรัฐวิสาหกิจ บริษัท ร้อยละ 13.36 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 1.14 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่าสามียมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 72.60 รองลงมาคือ อาชีพรัฐวิสาหกิจ บริษัท ร้อยละ 10.90 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 1.00 ระดับการศึกษาของหญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 53.44 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 22.90 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 3.05 ส่วนหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 56.49 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 24.43 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 0.76 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่า มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 55.50 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา

ร้อยละ 23.90 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 2.80 สามี่ของหญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 51.15 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 32.06 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 2.29 สำหรับหญิงที่มาคลอด และมารับบริการฝากครรภ์ก็ทำนองเดียวกันคือ สามี่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 46.95 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.59 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 2.29 รวมหญิงที่มาคลอด ทั้ง 2 กลุ่ม สามี่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 48.30 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.10 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 2.30 หญิงที่มาคลอดไม่มารับบริการฝากครรภ์คลอดบุตรเป็นลำดับที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 41.98 รองลงมาคือ คลอดบุตรเป็นลำดับที่ 2 ร้อยละ 29.77 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ คลอดบุตรตั้งแต่ ลำดับที่ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 4.58 สำหรับหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ก็ทำนองเดียวกันคือ คลอดบุตรเป็นลำดับที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 54.96 รองลงมาคือคลอดบุตรเป็นลำดับที่ 2 ร้อยละ 30.15 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ คลอดบุตรตั้งแต่ลำดับที่ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 1.15 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า คลอดบุตรเป็นลำดับที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 50.70 รองลงมาคือ คลอดบุตรเป็นลำดับที่ 2 ร้อยละ 30.00 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือคลอดบุตร ตั้งแต่ลำดับที่ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 2.30 รายได้ครอบครัวของหญิงที่มาคลอด ที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์อยู่ระหว่าง 3,000 - 8,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 59.55 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 25.95 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 3.05 ส่วนหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์มีรายได้อยู่ระหว่าง 3,000 - 8,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 64.50 รองลงมาคือ 8,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 19.47 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 3.43 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่า รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000 - 8,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 62.90 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 17.00 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป

ร้อยละ 3.30 การย้ายถิ่นในขณะที่ตั้งครรภ์พบว่า หญิงที่มาคลอดที่ไม่มารับ
บริการฝากครรภ์ไม่มีการย้ายถิ่นในขณะที่ตั้งครรภ์มากที่สุด ร้อยละ 63.36
รองลงมาคือ มีการย้ายถิ่น ร้อยละ 36.64 สำหรับหญิงที่มาคลอดก็ทำนอง
เดียวกันคือไม่มีการย้ายถิ่นในขณะที่ตั้งครรภ์มากที่สุดร้อยละ 73.28 รองลงมา
คือ มีการย้ายถิ่น ร้อยละ 26.72 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ไม่มี
การย้ายถิ่นในขณะที่ตั้งครรภ์มากที่สุด ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ มีการ
ย้ายถิ่น ร้อยละ 30.00 หญิงที่มาคลอดไม่มารับบริการฝากครรภ์ได้รับการ
สนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 86.26 รองลงมาคือ ไม่ได้รับการ
สนับสนุนจากครอบครัวร้อยละ 13.71 สำหรับหญิงที่มาคลอดและมารับบริการ
ฝากครรภ์ ก็ทำนองเดียวกันคือ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด
ร้อยละ 96.95 รองลงมาคือ ไม่ได้รับการสนับสนุน ร้อยละ 3.05 รวมหญิง
ที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ
93.40 รองลงมาคือ ไม่ได้รับการสนับสนุน ร้อยละ 6.60 หญิงที่มาคลอด
ไม่มารับบริการฝากครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำมากที่สุด
ร้อยละ 40.46 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.88 ที่มีจำนวน
น้อยที่สุดคือระดับสูง ร้อยละ 23.66 ส่วนหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝาก
ครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.89 รองลงมา
คือระดับปานกลาง ร้อยละ 30.92 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ระดับต่ำ ร้อยละ
25.19 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์
อยู่ในระดับสูงมากที่สุดคือ ร้อยละ 37.20 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง
ร้อยละ 32.60 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ระดับต่ำ ร้อยละ 30.20 เจตคติต่อ
การตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอดไม่มารับบริการฝากครรภ์พบว่ามีเจตคติต่อการ
ตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ดีมากที่สุด ร้อยละ 84.73 รองลงมาคือ ดีมาก ร้อยละ
9.16 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ปานกลาง ร้อยละ 6.11 สำหรับหญิงที่มาคลอด
และมารับบริการฝากครรภ์ก็ทำนองเดียวกันคือ มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์อยู่ใน
เกณฑ์ดีมากที่สุด ร้อยละ 87.79 รองลงมาคือ ดีมาก ร้อยละ 9.92 ที่มี
จำนวนน้อยที่สุดคือ ปานกลาง ร้อยละ 2.29 รวมหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่ม
พบว่ามีเจตคติอยู่ในเกณฑ์ดีมากที่สุด ร้อยละ 86.80 รองลงมาคือ ดีมาก

ร้อยละ 9.70 ที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ปานกลาง ร้อยละ 3.50 และอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานข้อ 1 อายุของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า อายุของหญิงที่มาคลอดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำเพชร อาภากร ณ อุษงาและคนอื่น ๆ (2520 : 28) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ตำบลบางประกง อำเภอบางประกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกกลุ่มอายุนิยมไปฝากครรภ์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ อายุของมารดา ไม่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะฝากครรภ์หรือไม่ฝากครรภ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ธีรไพบูลย์ (2532 : 57) ที่วิจัยพยาบาลพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์กับอายุของมารดาไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาเรื่องลักษณะการฝากครรภ์ ผู้ทำคลอดและภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของสตรีมีครรภ์ในชนบท กรณีอำเภอ นางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ของวัชร วัชรมัย (2532 : 67) พบว่าอายุไม่สามารถอธิบายการฝากครรภ์ได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สกาวรัตน์ เทพรักษ (2534 : 69) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการดูแลหลังคลอดของสตรีในเขตอำเภอเมืองที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 จังหวัดราชบุรีพบว่า อายุของสตรีหลังคลอดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการดูแลหลังคลอดเมื่อ 6 - 8 สัปดาห์ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของหลาย ๆ ท่าน เช่น จากการศึกษาของ เทพณรงค์ จารุพานิช และ สมพงษ์ บุญสืบชาติ (2523 : 5) ในโรงพยาบาลศิริราช การศึกษาของ สุดา ภูทอง ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ : ศึกษากรณีหญิงที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 9 ยะลา (2529 : 27) และการศึกษาของ สุพรรณีย์ จันทิศา (2534 : 41) เรื่องพฤติกรรมการฝากครรภ์ของสตรีในชนบทไทย จากการศึกษาของหลายท่านที่กล่าวมาพบว่า อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการ

ผากครรภ์ จะเห็นได้ว่าไม่ว่าจะทำการศึกษาในกรุงหรือในชนบท ผลการวิเคราะห์ที่ได้ยังไม่สอดคล้องกัน อาจเป็นเพราะว่าในอดีตที่ผ่านมา หญิงมีครรภ์ที่ผ่านการคลอดหลายครั้งได้ใช้ประสบการณ์ในการตั้งครรภ์และการคลอดแต่ละครั้งมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ครั้งหลัง ๆ จึงทำให้การศึกษาของหลายท่านพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 20 - 30 ปี เข้ารับบริการผากครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า เป็นเพราะว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปีเป็นวัยที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่จะเป็นครรภ์แรก จึงจำเป็นต้องหาความรู้โดยการไปผากครรภ์

จากผลการวิเคราะห์ที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาพบว่า อายุของหญิงที่มาคลอดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการผากครรภ์ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าในยุคปัจจุบันหรือที่เรียกว่ายุคโลกาภิวัตน์หรือยุคข้อมูลข่าวสาร การเจริญทางด้านเทคโนโลยีมีมากขึ้น ข่าวสารต่าง ๆ มีมากมายที่จะให้ประชาชนทั้งในกรุงและชนบทได้รับรู้ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ ใบปลิว ฯลฯ ต่างก็ให้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน จึงทำให้มีการตื่นตัวทั่วไปในประชาชนทุกกลุ่มอายุที่จะรับฟังข่าวสารทั่วไป ในกรณีหญิงที่มาคลอดก็เช่นเดียวกันก็จะมีทุกกลุ่มอายุในการตัดสินใจที่จะมารับบริการผากครรภ์ และอาจเป็นเพราะไม่มีความแตกต่างในเรื่องของอายุในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้คือหญิงที่มาคลอดไม่มารับบริการผากครรภ์และหญิงที่มาคลอดมารับบริการผากครรภ์ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 64.12 และ 68.70 และอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 24.42 และ 16.41 อายุมากกว่า 40 ปี มีเพียงร้อยละ 0.77 และ 0.38 จะเห็นได้ว่าในแต่ละช่วงอายุของทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวนใกล้เคียงกัน (ตาราง 3) ด้วยเหตุดังกล่าวจึงพอสรุปได้ว่าอายุของหญิงที่มาคลอดจึงไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการผากครรภ์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ อายุของหญิงที่มาคลอดต่างกันมารับบริการผากครรภ์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1

สมมติฐานข้อ 2 สถานภาพสมรสของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า สถานภาพสมรสของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : ค) ทำการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์หรือไม่ ฝากครรภ์ : ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 9 ยะลา พบว่าลักษณะสำคัญของการไม่ฝากครรภ์ คือ สถานภาพสมรสของหญิงมีครรภ์ หญิงมีครรภ์ที่ไม่มีสามีจะไม่ต้องการเด็กจึงไม่มีการฝากครรภ์และจากการศึกษาของ จารุวรรณ รวีไพบูลย์ (2532 : 54) ที่ศึกษาผลของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พ.ศ.2529 พบว่ามารดาที่มีสถานภาพสมรสคู่จดทะเบียนสมรส มีการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อย มากกว่ามารดาที่ไม่จดทะเบียนสมรส และมารดาที่สถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยกจากการศึกษาดังนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ 2 กลุ่ม ไม่ได้จดทะเบียนสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 87.03 และ 67.18 (ตาราง 4) เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ คือ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 53.44 และ 54.49 (ตาราง 7) ประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำถึงปานกลางคือมีรายได้ครอบคลุมต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000 - 8,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 59.55 และ 64.50 (ตาราง 10) เมื่อการศึกษาดังนี้จะไม่มีความรู้ความเข้าใจ และไม่สนใจ รวมทั้งไม่ให้ความสำคัญในการจดทะเบียนสมรส ยิ่งถ้าฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำด้วยแล้ว ก็ยังจะทำให้ความสนใจที่จะจดทะเบียนสมรสหมดไป จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการไม่จดทะเบียนสมรส ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่มีความจำเป็นที่จะจดทะเบียนสมรส เพราะไม่มีมรดกหรือทรัพย์สินสมบัติที่จะต้องมาเป็นสินสมรสเพื่อจะแบ่งปันกันทีหลังเมื่อเกิดการหย่าขึ้นมา การไม่จดทะเบียนสมรสจึงไม่มีความจำเป็นสำหรับกลุ่มที่ศึกษา การมีชีวิตคู่อยู่ด้วยกันสำคัญกว่าเพราะทำให้มีความอบอุ่น มีความพร้อมที่จะตัดสินใจในการมารับบริการฝากครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับ

ฮิลเบิร์ต (Hilbert. 1985 : 217-220) ที่กล่าวว่าสถานภาพสมรส เป็นข้อบ่งชี้ถึงสถานะระบบของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเสริมแรง และเพิ่มแรงจูงใจรวมทั้งส่งเสริมความต้องการที่จะปรับปรุงสุขภาพ อีกทั้งยังให้การสนับสนุนทางด้านความรู้ เอื้ออำนวยต่อการแสดงออกถึงสิ่งที่กังวล ห่วงใย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ถ้าหญิงที่มาคลอดมีความสุขในชีวิตสมรสมีครอบครัวที่อบอุ่นและมีที่ปรึกษาที่ไว้วางใจได้ หญิงที่มาคลอดคนนั้นจะมีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ส่งผลให้มีการดูแลรักษาครรภ์ เป็นอย่างดี แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าหญิงคนใดที่แยกกันอยู่กับสามี จะทำให้ ขาดคนดูแลและให้กำลังใจรวมถึงผู้ที่ชีวิตสมรสที่ล้มเหลวผิดหวัง ขาดที่ปรึกษา ที่ไว้วางใจได้ จะทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ไม่สนใจในการปฏิบัติตน ที่ถูกต้องในขณะที่ตั้งครรภ์ ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง และที่สำคัญ หญิงตั้งครรภ์ที่แยกกับสามีจะต้องมีความรับผิดชอบในด้านเศรษฐกิจสูงจะส่งผล ให้การตอบสนองขั้นพื้นฐานน้อยลงไปด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หญิง ตั้งครรภ์ไม่มารับบริการฝากครรภ์ได้ จากเหตุผลดังกล่าวจึงพอสรุปได้ว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการฝากครรภ์ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานข้อ 2

สมมติฐานข้อ 3 อาชีพของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับ บริการฝากครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า อาชีพของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อ การมารับบริการฝากครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำเพชร อาภากร ณ อรุณยาและคนอื่น ๆ (2520 : 29) ที่ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าสตรีทุกกลุ่มอาชีพไปฝากครรภ์ในเกณฑ์ที่สูง อาชีพ ไม่มีผลต่อความสามารถในการไปรับบริการฝากครรภ์ และสอดคล้องกับการ ศึกษาของ วชิรา กลีโกศล (2521 : 94) เรื่องการวิเคราะห์ปัจจัยทางด้าน เศรษฐกิจและสังคม ที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่า กลุ่มไม่ได้ทำงานนอกบ้านและกลุ่มที่ทำงาน นอกบ้านในด้านการฝากครรภ์ทั้งสองกลุ่มมีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้

ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเจตน์ เกษน้อย (2530 : 34) ในชุมชนแออัดที่ปรับปรุงแล้วของกรุงเทพมหานครพบว่าสตรีทุกกลุ่มอาชีพนิยมไปฝากครรภ์ส่วนใหญ่ แต่ก็มีการศึกษาของหลาย ๆ ท่านที่พบว่า อาชีพของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์เช่นการศึกษาของเทพรงค์ จารุพาณิชย์ และสมพงษ์ บุญสืบชาติ (2532 : 5) ที่โรงพยาบาลศิริราชพบว่า ผู้ที่มีอาชีพแม่บ้านฝากครรภ์มากที่สุด ร้อยละ 38 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย รวยอาจิณ และคนอื่น ๆ (2528 : 62) ศึกษาในเขตชานเมืองกรุงเทพมหานครพบว่าอาชีพของสตรีมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ กล่าวคือ สตรีที่มีอาชีพแม่บ้านฝากครรภ์มากที่สุด รองลงมาเป็นอาชีพไม่ใช้เกษตรกรรม และอาชีพเกษตรกรรมตามลำดับ การศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : 29) ที่จังหวัดยะลา พบว่าอาชีพของสตรีมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ โดยกลุ่มที่มาฝากครรภ์มากที่สุดคือ กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการคือ ร้อยละ 90.80 กลุ่มอาชีพ ทานา ทำสวนไม่มาฝากครรภ์มากที่สุดร้อยละ 47.30 การศึกษาของ สดสวย คณาวัชรากุล (2532 : 64) ในชุมชนแออัดของเขตกรุงเทพมหานครพบว่า สถานภาพการทำงานของผู้สตรีมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ กล่าวคือ สตรีที่มีอาชีพแม่บ้านไปตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป ในสัดส่วนที่สูงคือ ร้อยละ 77.00 และจากการศึกษาของ สุพรรณิษฐ์ จันพิศ (2534 : 47) พบว่าอาชีพของสตรีมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ แต่จากการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่ว่าประกอบอาชีพใดให้ความสำคัญในเรื่องของการฝากครรภ์ไม่แตกต่างกัน จึงพอสรุปได้ว่าอาชีพของหญิงที่มาคลอดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3

สมมติฐานข้อ 4 อาชีพของสามีของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า อาชีพของสามีของหญิงที่มาคลอดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของหลาย ๆ ท่าน เช่นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติการวางแผนครอบครัว

ของสตรีไทยพุทธและสตรีไทยมุสลิม ที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ของสมใจ เสรีจริญ (2524 : 94,97) พบว่ากลุ่มสตรีไทยมุสลิม อาชีพของสามี มีอิทธิพลต่อการที่สตรีมีความรู้แล้วใช้หรือไม่ใช้การวางแผนครอบครัว ส่วนกลุ่มสตรีไทยพุทธอาชีพของสามีจะมีผลต่อการเลือกใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพ สูงหรือต่ำ การศึกษาของ สุตดา ภูทอง (2529 : 34) ที่จังหวัดยะลา พบว่า อาชีพของสามีมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ เมื่อ พิจารณาเฉพาะสตรีที่สามีมีอาชีพ พบว่าสตรีที่สามีมีอาชีพรับราชการเข้ารับ การตรวจครรภ์ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไปมากที่สุด รองลงมาเป็นอาชีพค้าขายและ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 81.48 และ 26 ตามลำดับ ส่วนสตรีที่สามีมีอาชีพ เกษตรกรรมเข้ารับตรวจครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไปน้อยที่สุด ร้อยละ 17 การศึกษา ของสุพรรณีย์ จันพิทศ (2534 : 49) ต่างก็พบว่าอาชีพของสามี มีความสัมพันธ์ ต่อการรับบริการฝากครรภ์ การศึกษาค้นคว้านี้ที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ ผ่านมา อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้สามีของหญิงที่มาคลอดทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 71.76 และ 72.90) ส่วน อาชีพอื่น ๆ มีจำนวนน้อย ดังนั้นเมื่อส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างใช้แรงงาน ฐานะ เศรษฐกิจก็จะค่อนข้างต่ำ รวมทั้งการศึกษาก็จะต่ำด้วย จึงทำให้สามีของ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความคิด และการตัดสินใจไม่แตกต่างกันในการที่จะ สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมาหรือไม่มารับบริการฝากครรภ์ ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงพอสรุปได้ว่าอาชีพของสามีของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับ บริการฝากครรภ์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4

สมมติฐานข้อ 5 ระดับการศึกษาของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อ การรับบริการฝากครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับการศึกษาของหญิงที่มาคลอดมีความ สัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของหลาย ๆ ท่าน เช่น การศึกษาของ รีดดิงและ คนอื่น ๆ (Reading and others. 1983 : 141) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ ที่มีการศึกษาสูง จะมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

และการทบทวนในครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำ การศึกษาของ เทพณรงค์ จารุพาณิชย์ และสมพงษ์ บุญสืบชาติ (2523 : 6) ที่โรงพยาบาล ศิริราชพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูง จะเข้ารับบริการฝากครรภ์ มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาต่ำกว่า การศึกษาของ นันทา อ่วมกุล ศิริกุล ศิรานุรักษ์ และพรสิณี อมรวิเศษส์ (2526 : 8) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ คือ มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่มีการศึกษา มากกว่า 7 ปี ฝากครรภ์ภายใน 6 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ มีเพียง ร้อยละ 8 ที่ฝากครรภ์ในไตรมาสสุดท้าย ยังมีการศึกษาน้อยลง อัตราการไป ฝากครรภ์ในไตรมาสสุดท้ายยิ่งเพิ่มขึ้น และในไตรมาสแรกจะลดลง การศึกษา ของ สุดา ภูทอง (2529 : 31) ที่จังหวัดยะลา พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือ อนุปริญญาขึ้นไป เข้ารับการตรวจครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 93 กลุ่มไม่ได้เรียนหนังสือ หรือการศึกษาต่ำกว่าประถมประมาณ 3 ใน 4 จะไม่ฝากครรภ์ร้อยละ 70.10 การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยแม่ในชุมชนแออัดของเขต กรุงเทพมหานครของ สดสวย คณาวัชรากุล (2532 : 66-67) พบว่า กลุ่มสตรีทุกกลุ่มการศึกษานิยมไปตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป และสัดส่วนของการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปนี้ได้เพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาของสตรี คือ กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือและเรียนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 มีการเข้ารับการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 56 และเพิ่มเป็นร้อยละ 83 ในกลุ่มสตรีที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จากการศึกษาของ สุพรรณีย์ จันทิศ (2534 : 43) พบว่ากลุ่มสตรีที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 เข้ารับการตรวจครรภ์มากกว่าสตรีที่เรียนจบประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่าคิดเป็นร้อยละ 91 และ 82 และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ ครั้งแรกของ ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536 : ข) พบว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่ามัธยมศึกษา มีการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า 13 สัปดาห์ มากกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับประถมหรือไม่ได้รับการศึกษา จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่าระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของการรู้คิด การตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ เล็งเห็น

ประโยชน์ แสวงหาความรู้ และวิธีการที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจาโลวีส และเพาเวอร์ส (Jalowice and Powers. 1981 : 10-15) กล่าวว่า การศึกษาที่ดีจะทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ที่จะเอื้ออำนวยต่อการนำความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมามาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัย หรือไม่เข้าใจได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย เช่นเดียวกับ คาสล์และคอปป์ กล่าวว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมอนามัย (Kasl and Coff. 1966 : 250) และยังพบอีกว่าผู้มีการศึกษาน้อยพบปัญหาในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการ ปฏิบัติตน ทั้งนี้เพราะความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งผู้มีการ ศึกษาในระดับสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ได้เรียนรู้มากกว่า ตลอดจนสามารถเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดกับตนเองอย่างถูกต้อง และเป็น วิทยาศาสตร์มากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย นอกจากนี้สมจิต หนูเจริญกุล (2536 : 29) ยังได้กล่าวว่าการขาดการศึกษาอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อการพัฒนาการของ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้จากเหตุผลดังกล่าว จึงพอสรุปได้ว่า ระดับการศึกษา ของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานข้อ 5

สมมติฐานข้อ 6 ระดับการศึกษาของสามีของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับการศึกษาของสามีของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคนอื่น ๆ (2526 : 14,22) เรื่องการสำรวจ พฤติกรรมทางการวางแผนครอบครัว ภาวะโภชนาการและการอนามัยแม่และ เด็กของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในชุมชนแออัดกรุงเทพมหานครพบว่า แหล่งความรู้ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว สตรีวัยเจริญพันธุ์ได้รับความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว รู้จักวิธีใช้อุปกรณ์ และวิธีการคุมกำเนิดจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด รองลงมาคือเพื่อนบ้าน สื่อมวลชน สามี ญาติ

พี่น้อง ร้านขายยาและองค์กรเอกชน พบร้อยละ 57.20 25.80 10.90 4.80 0.60 และ 0.50 ตามลำดับ และในด้านการฝากครรภ์ ผู้แนะนำให้ไปฝากครรภ์พบว่า ไปฝากครรภ์เองมากที่สุด รองลงมาคือ ญาติ เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสามี พบร้อยละ 78.30 8.60 3.60 และ 2.70 ตามลำดับ และการศึกษาเรื่องผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่บิดาต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของมารดาและการรกของ จริยาวัตร คมพยัคฆ์

เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และ พาณี ยงใจยุทธ (2534 : 43) พบว่าระดับการศึกษาของสามี ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้านสุขภาพของมารดาและการรก แต่ก็มีการศึกษาของอีกหลาย ๆ ท่านที่พบว่าระดับการศึกษาของสามีมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ เช่น การศึกษาของ สุธา ภูทอง (2529 : 39) ที่จังหวัดยะลา พบว่าเหตุผลประการหนึ่งที่สตรีไปฝากครรภ์นั้นเพราะสามีแนะนำ การศึกษาของพิจิตร พัทธกะเทพสมบัติ และเกื้อ ว่องบุญสิน (2532 : 87) เรื่องระดับแนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย พบว่าการศึกษาของสามีมีผลในทางบวกกับการฝากครรภ์กล่าวคือเมื่อการศึกษาของสามีสูงขึ้นสัดส่วนของการรับบริการตรวจครรภ์ของสตรีสูงขึ้นตามลำดับ การศึกษาของ สุพรรณีย์ จันพิทศ (2534 : 45) พบว่าสตรีที่สามีมีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 เข้ารับการตรวจครรภ์มากกว่าสตรีที่สามีมีการศึกษาเพียงประถมศึกษาปีที่ 4 และการศึกษาของดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536 : ข) พบว่าสตรีที่สามีมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือสูงกว่ามีการฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า 13 สัปดาห์มากกว่าสตรีที่สามีมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา

จากการศึกษาดังนี้ทั้งสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาของสามีครั้งนี้ไม่มีผลต่อการที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจมารับหรือไม่มารับบริการฝากครรภ์ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าส่วนใหญ่สามีของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คือ คิดเป็นร้อยละ 51.15 และ 46.95 (ตาราง 8) เพราะฉะนั้นเมื่อมีการศึกษาต่ำก็จะทำให้มีความรู้น้อย มีความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ยาก จึงทำให้สามีของกลุ่มตัวอย่างไม่มีอิทธิพลพอที่จะชี้แจง แนะนำหรือ

ให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์แก่ภรรยาของตนเองได้ เหตุที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการฝากครรภ์ อาจเป็นเพราะได้รับข่าวสารที่มีอยู่ในปัจจุบันมากมาย จึงทำให้สนใจในการปฏิบัติตัวเมื่อมีการตั้งครรภ์ จึงมารับบริการฝากครรภ์ และกลุ่มที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ ต่างก็ให้เหตุผลว่ายุ่งกับงานและลูกไม่กล้ามาฝากครรภ์ เพราะยังศึกษาอยู่ ฯลฯ จากเหตุผลดังกล่าวจึงพอสรุปได้ว่า ระดับการศึกษาของสามีของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 6

สมมติฐานข้อ 7 ลำดับที่ของการคลอดของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า ลำดับที่ของการคลอดของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหลาย ๆ ท่านดังนี้ การศึกษาเกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย ของพิจิตร พัทธกะเทพสมบัติ และเกื้อ ว่องบุญสิน (2532 : 89) พบว่าลำดับที่ของการคลอดสามารถอธิบายการตรวจครรภ์ได้ โดยมีความสัมพันธ์ทางลบ กล่าวคือ กลุ่มสตรีที่มีจำนวนครั้งของการคลอดเพิ่มขึ้น จะมีสัดส่วนในการไปตรวจครรภ์ลดลงตามลำดับ และการศึกษาที่ใกล้เคียงกับลำดับที่ของการคลอด เช่น การศึกษาของ เทพณรงค์ จารุพานิช และสมพงษ์ บุญสืบชาติ ที่โรงพยาบาลศิริราช (2523 : 5) พบว่าผู้ที่มีบุตรจำนวนน้อยกว่าจะไปรับบริการตรวจครรภ์ ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ที่มีบุตรจำนวนมากว่า การศึกษาของ อรทัย รวยอาจิณ และคนอื่น ๆ (2528 : 62) ที่ซานเมืองกรุงเทพมหานครพบว่า จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์สามารถอธิบายการเข้ารับการตรวจครรภ์ได้ กล่าวคือ สตรีที่มีจำนวนครั้งในการตั้งครรภ์มากกว่า มีการเข้ารับการตรวจครรภ์น้อยกว่าสตรีที่มีจำนวนครั้งในการตั้งครรภ์น้อยกว่า การศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : 33) ที่จังหวัดยะลา พบว่าลำดับที่ของการตั้งครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไป จะมีการตรวจครรภ์ลดลง กล่าวคือ ครรภ์แรก ครรภ์ที่ 2 ครรภ์ที่ 3 ครรภ์ที่ 4 และครรภ์ที่ 5 ขึ้นไป มีการเข้ารับการตรวจครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 46.00 40.00 34.00 23.00 และ 14.00

ตามลำดับ การศึกษาของสดสวย คณาวัชรากุล ในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร (2533 : 79-80) พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจครรภ์ในทางลบ กลุ่มสตรีที่มีบุตรมีชีวิตในปัจจุบันจำนวนน้อยไปรับบริการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป มากกว่ากลุ่มสตรีที่มีบุตรมีชีวิตในปัจจุบันจำนวนมาก กล่าวคือ กลุ่มสตรีที่มีบุตร 1-2 คน ร้อยละ 72 ไปรับบริการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป ในขณะที่กลุ่มสตรีที่มีบุตรมีชีวิต 5 คนขึ้นไป ไปรับบริการเพียงร้อยละ 55 และจากการศึกษาของ ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536 : ข) ที่โรงพยาบาลศิริราชพบว่าสตรีที่มีลำดับที่ของการคลอดน้อยกว่ามีการเข้ารับการตรวจครรภ์จำนวนตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปมากกว่าสตรีที่มีลำดับที่ของการคลอดมาก แต่ก็มีการศึกษาที่ขัดแย้งกับการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น คือ การศึกษาของกรณิการ์ กันชะรักษา (2527 : 107) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรม การปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีลำดับที่ของการตั้งครรภ์ต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่ง ภาวะสุขภาพโดยส่วนรวมไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาที่กล่าวมา สามารถอธิบายได้ว่าส่วนใหญ่สตรีที่มีลำดับที่ของการคลอดน้อย จะไปรับบริการตรวจครรภ์จำนวนครั้งมากกว่าสตรีที่มีลำดับที่ของการคลอดเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาที่ขัดแย้งก็ตาม แต่ก็พบว่ามีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสตรีที่มีลำดับที่ของการคลอดเพิ่มขึ้น จะได้รับการเรียนรู้และความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนมีประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการคลอด ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ลดลง ส่งผลให้ไปรับบริการฝากครรภ์ที่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่ไปรับบริการฝากครรภ์เลย ดังจะเห็นได้จากตาราง 9 พบว่าหญิงที่มาคลอดมีลำดับที่ของการคลอดน้อย มารับบริการฝากครรภ์มากกว่าหญิงที่มีลำดับที่ของการคลอดเพิ่มขึ้น กล่าวคือ คลอดบุตรเป็นลำดับที่ 1 มารับบริการฝากครรภ์เป็นจำนวนมากที่สุด คือร้อยละ 54.96 รองลงมาคือ คลอดบุตรเป็นลำดับที่ 2 ลำดับที่ 3 ลำดับที่ 4 และตั้งแต่ลำดับที่ 5 ขึ้นไป มารับบริการฝากครรภ์ร้อยละ 30.15 11.83 1.91 และ 1.15 ตามลำดับ

จากเหตุผลดังกล่าวจึงพอสรุปได้ว่าลำดับที่ของการคลอดของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 7

สมมติฐานข้อ 8 รายได้ครอบครัวต่อเดือนของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า รายได้ครอบครัวต่อเดือนของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหลาย ๆ ท่าน เช่น การศึกษาของ น้ำเพชร อากาศ ฌ อุษุขยา และคนอื่น ๆ (2520 : 30-31) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า การฝากครรภ์ของสตรีขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ กล่าวคือ สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวดี จะไปฝากครรภ์สูงสุด ส่วนผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจจะด้อยยากจนจะไปฝากครรภ์ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 90.00 และ 63.00 ตามลำดับ การศึกษาของจารุวรรณ รื้อไพบูลย์ (2532 : 57) ที่วชิรพยาบาลพบว่ารายได้ครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกและจำนวนครั้งของการเข้ารับการตรวจครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ พิจิตร พัทธกะเทพสมบัติ และ เกื้อ ว่องบุญสิน (2532 : 89) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการฝากครรภ์ กล่าวคือ สตรีที่มีระดับความมั่งคั่งของครัวเรือนสูงกว่าจะมีสัดส่วนในการไปฝากครรภ์สูงกว่าสตรีที่มีระดับความมั่งคั่งของครัวเรือนต่ำกว่า การศึกษาของ สุพรรณีย์ จันพิศ (2534 : ข-ค) พบว่าสตรีที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนสูงกว่า มีการเข้ารับการตรวจครรภ์จำนวนตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป มากกว่าสตรีที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า

จากการศึกษาดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลให้ชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น (Orem. 1985 : 175) โดยมีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะคิดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

(Pender. 1987 : 175) และเพนเดอร์ยังได้กล่าวอีกว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตน เอื้ออำนวยให้บุคคลช่วยเหลือตัวเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดหาของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในการจัดหาสิ่งบริการเพื่อบำรุงรักษาสุขภาพ จากการสอบถามหญิงที่มาคลอดแต่ไม่ได้ฝากครรภ์ถึงสาเหตุที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ ส่วนหนึ่งจะให้เหตุผลว่าไม่มีเงินเพราะการมาฝากครรภ์ พวกเขาจะต้องเตรียมเงินมาเพื่อให้ค่าตรวจต่าง ๆ เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ และค่ายา ตลอดจนค่าพาหนะในการเดินทางและจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ จะมีรายได้ครอบคลุมต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000-8,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.55 รายได้ 8,001-20,000 บาท มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11.45 และ 3.05 ตามลำดับ จากเหตุผลดังกล่าวจึงพอสรุปได้ว่ารายได้ต่อเดือนของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 8

สมมติฐานข้อ 9 การย้ายถิ่นในขณะที่ตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า การย้ายถิ่นในขณะที่ตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัสสร ลิมานนท์ และเพ็ญพร ชีระสวัสดิ์ (2532 : 60) เรื่องการย้ายถิ่นกับการพัฒนาด้านรูปแบบการใช้บริการด้านการดูแลสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นและไม่ย้ายในเขตเมืองพบว่าผู้ที่เกิดในเขตเมือง มีสัดส่วนของผู้รับบริการที่ทันสมัยเป็นศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐ คลินิก และโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าผู้ย้ายถิ่นมาก และจากการศึกษาของดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536 : ค) เรื่องพฤติกรรม การฝากครรภ์กับสุขภาพมารดาและสุขภาพทารกที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่าสตรีที่ไม่มีการย้ายถิ่นในขณะที่ตั้งครรภ์มีการเข้ารับการตรวจครรภ์จำนวนตั้งแต่

4 ครึ่งขึ้นไป มากกว่าสตรีที่มีการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหญิงที่มาคลอดไม่มีการย้ายถิ่นมารับบริการฝากครรภ์มากกว่าหญิงที่มาคลอดที่มีการย้ายถิ่น คือร้อยละ 73.28 และ 26.72 ตามลำดับ (ตาราง 11)

จากการศึกษาดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่าการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการฝากครรภ์ เนื่องจาก การย้ายถิ่นและการตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิตของสตรีผู้นั้นมากมาย ในด้านสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม สังคมรอบตัว ตลอดจนด้านร่างกาย และจิตใจ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัยในขณะตั้งครรภ์นั้นเกี่ยวข้องกับ สถานที่อยู่อาศัย ความรู้ เรื่องแหล่งที่จะไปรับบริการและการเดินทางไปยังสถานบริการเพื่อตรวจครรภ์ ขณะเดียวกันผู้ย้ายถิ่นต้องการปรับตัวซึ่งต้องใช้ เวลาและต้องการการสนับสนุนจากสามี หรือญาติพี่น้องในการไปรับบริการฝากครรภ์จากความสับสนและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นอาจจะทำให้สตรีที่ย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ไม่ไปรับบริการฝากครรภ์ หรือไปรับจำนวนน้อยกว่าสตรีที่ไม่มีการย้ายถิ่น และจากการศึกษาของชินโฮสกี หัสบำเรอ (2525 : 16) เกี่ยวกับการปรับตัวของแรงงานสตรี พบว่าระยะเวลาที่ผู้ย้ายถิ่นสตรีอยู่ในกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยรู้สึกประหม่า ตื่นเต้น และมีความไว้วางใจเกิดขึ้นในช่วงแรก ๆ ของการย้ายถิ่น และจะลดลงเมื่ออาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครนานขึ้น ซึ่งถ้าผู้ย้ายถิ่นมีการปรับตัวไม่เพียงพอ ก็จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจหญิงที่มาคลอดก็เช่นกัน ถ้ามีการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์ไม่สามารถปรับตัวได้ดีพอ ก็จะทำให้ไม่มารับบริการฝากครรภ์ได้ จากสาเหตุดังกล่าวจึงพอสรุปได้ว่าการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 9

สมมติฐานข้อ 10 การสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา นวलयง (2535 : บทคัดย่อ) พบว่า

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีด้วยเช่นกัน การศึกษาของสกาเวิร์ตน์ เทพวิรัช (2534 : 44) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการดูแลหลังคลอดของสตรีในเขตอำเภอเมือง ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี พบว่า การสนับสนุนการตรวจหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการดูแลหลังคลอดเมื่อ 6-8 สัปดาห์จากการศึกษารั้งนี้ พบว่าหญิงที่มาคลอดได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือญาติให้มารับบริการฝากครรภ์มากกว่าหญิงที่มาคลอดที่ไม่ได้รับการสนับสนุนคิดเป็นร้อยละ 96.95 ที่มาคลอดและไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือญาติมีเพียงร้อยละ 3.05 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์พบว่าไม่ได้รับการสนับสนุน คิดเป็นร้อยละ 13.74 และที่ได้รับการสนับสนุน แต่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 86.26 (ตาราง 12) จากการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมแรกของมนุษย์ ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับหญิงมีครรภ์มากที่สุด และเป็นแหล่งสนับสนุนขั้นพื้นฐานที่สำคัญของหญิงมีครรภ์และมีบทบาทอย่างมากในการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่พัฒนาส่งเสริมภาพลักษณ์ของตนเองและความเป็นอยู่ที่ดี ลดเหตุการณ์ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต ให้การสนับสนุนพฤติกรรมที่มีคุณค่าแก่สังคม และเป็นตัวกลางผ่อนคลาย โดยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนจากครอบครัวจึงมีผลต่อสุขภาพ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประสพศรี อึ้งถาวร และคนอื่น ๆ (2520 : 21-26) ที่พบว่าสตรีที่สามีห้ามคุมกำเนิด ก็จะไม่คุมกำเนิด จากเหตุผลดังกล่าวจึงพอสรุปได้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 10

สมมติฐานข้อ 11 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหลาย ๆ ท่าน เช่น จากการศึกษาของประณีต สวัสดิรักษา และมลฤดี สุขราตรี (2525 : 249) พบว่ามารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีความรู้สูงจะเข้าใจถึงการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตัวตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง มีผลทำให้อัตราการป่วยและอัตราการตายของทั้งมารดาและทารกลดลง และต่ำกว่ามารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีความรู้ในระดับต่ำ การศึกษาของสกาวัตน์ เทพรักษ (2534 : 141) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการดูแลหลังคลอดของสตรีในเขตอำเภอเมือง ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี พบว่าความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด และเรื่องการตรวจหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการดูแลหลังคลอด เมื่อ 6-8 สัปดาห์กล่าวคือ สตรีที่มารับบริการดูแลหลังคลอดมีความรู้ในระดับสูงมากกว่าสตรีหลังคลอดที่ไม่มารับบริการดูแลหลังคลอด จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มที่มารับบริการฝากครรภ์มีความรู้อยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.89 รองลงมาคือ มีความรู้ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.92 และ 25.19 ตามลำดับ ซึ่งในทางกลับกันพบว่ากลุ่มที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์แต่มาคลอด มีความรู้ในระดับต่ำ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.46 ระดับปานกลาง และระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 35.88 และ 23.66 ตามลำดับ เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่าหญิงที่มาคลอดที่มีความรู้สูงจะมารับบริการฝากครรภ์มากกว่าหญิงที่มาคลอดที่มีความรู้ต่ำ

จากการศึกษาดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีความรู้สูงจะทราบถึงประโยชน์และข้อดีและข้อเสียต่าง ๆ สามารถเลือกปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับที่เลวิน (Levin. 1987 : 170-175) ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการส่งเสริมการดูแลตนเอง และเจนกินส์ (Jenkins. 1980 : 1105) ก็ได้กล่าวไว้อีกว่า ความรู้และทักษะในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย เพื่อดำเนินชีวิตสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดีด้วย จากเหตุผลดังกล่าวจึงพอสรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการฝากครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 11

สมมติฐานข้อ 12 เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ซูซาน อาร์เทอร์ และอลิซาเบท (Susan, Arthur and Elizabeth. 1981 : 287-289) ที่ว่าเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ จะยอมรับการตั้งครรภ์นั้น เอาใจใส่ในการปฏิบัติตน และเตรียมพร้อมในการเป็นมารดา และขัดแย้งกับการศึกษาของ มัวร์และฟิลลิปทเธอร์ (Moore. 1983 : 221, Pilliteri. 1981 : 128-129) ที่ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ จะระมัดระวังตนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลง เครื่องแต่งกายให้เหมาะสม การรับประทานอาหาร นอนหลับพักผ่อนและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ รวมทั้งหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อการรกในครรภ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์แต่มาคลอดกับกลุ่มที่มารับบริการฝากครรภ์และมาคลอด ต่างก็มีเจตคติใกล้เคียงกัน คือ มีเจตคติอยู่ในระดับดีถึงดีมากทั้ง 2 กลุ่ม ดังจะเห็นได้จากตาราง 14 พบว่าหญิงที่มาคลอดไม่มารับบริการฝากครรภ์มีเจตคติดีมาก ดี ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.16 84.73 และ 6.11 ตามลำดับทำนองเดียวกันหญิงที่มาคลอดและมารับบริการฝากครรภ์ มีเจตคติดีมาก ดี ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.92 87.79 และ 2.29 ตามลำดับ กลุ่มที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ อาจมีปัจจัยอื่นที่ทำให้ไม่สามารถมารับบริการฝากครรภ์ได้ เช่น จากการซักถามถึงสาเหตุที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ ก็ได้รับคำตอบหลาย ๆ อย่าง แตกต่างกันไป เช่น เคยตั้งครรภ์และผ่านการคลอดมาแล้ว คราวนี้ก็คงจะเหมือนครั้งก่อน ยุ่งกับงาน ยุ่งกับลูกไม่มีเวลา ไม่มีเงิน ตั้งครรภ์ขณะที่ยังเรียนไม่จบไม่กล้ามาฝากครรภ์ เหล่านี้เป็นต้น จากสาเหตุดังกล่าวจึงพอสรุปได้ว่า เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงที่มาคลอดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน มารับบริการฝากครรภ์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 12

ข้อเสนอแนะ

เพื่อเป็นการพัฒนาประชากรให้มีคุณภาพจะต้องเริ่มพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่ได้ชื่อว่าเป็น "พ่อ" และ "แม่" เสียก่อนจึงจะทำให้ผลผลิตที่ตามมาคือทารกนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถเป็นผู้ใหญ่ที่ดี พร้อมทั้งจะพัฒนาประเทศชาติให้เจริญรุ่งเรืองต่อไป ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านบริหารระดับสูงสุด เช่น รัฐบาล ควรมีมาตรการดังนี้

1.1 มีนโยบายชัดเจนในการสนับสนุนส่งเสริมบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถในการสอน การแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ทั่วประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการจัดสรรงบประมาณให้แก่แต่ละหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลทางสูติ-นรีเวช ได้มีโอกาสพัฒนาตัวเอง ในรูปของการศึกษาอบรมเพิ่มเติมให้มีความรู้คู่ไปกับการพัฒนาประเทศในด้านอื่น ๆ

1.2 ภาครัฐและเอกชนต้องประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการผลิตสื่อ ข่าวสาร เพื่อเป็นการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์รวมไปถึงสามีและญาติ ในรูปแบบต่าง ๆ ให้แพร่หลายมากกว่าเดิมเพราะจากการศึกษาค้างนี้ ยังมีหญิงตั้งครรภ์อีกจำนวนมากที่ไม่เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ ข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้สามีและญาติได้รับความรู้ตามไปด้วย ส่งผลให้สามีและญาติช่วยสนับสนุนให้ภรรยามารับบริการฝากครรภ์ เพราะจากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์

1.3 ควรเร่งรัดพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ให้ประชาชนอยู่ดีกินดีมากกว่านี้ เพราะจากการศึกษาพบว่า เศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้หญิงมีครรภ์มาหรือไม่มารับบริการฝากครรภ์และพบว่าส่วนใหญ่เศรษฐกิจจะอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง

1.4 ควรเร่งรัดพัฒนาทางการศึกษา เพื่อให้ประชาชนมีการศึกษาอยู่ในระดับสูงขึ้น เพราะจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหญิงที่มาคลอดและสามี่ส่วนใหญ่มักมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จึงเป็นเหตุให้การพัฒนาทางด้านความคิด ที่จะเกิดประโยชน์กับตัวเองมีน้อยขาดการดูแลตนเอง และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในขณะตั้งครรภ์

2. ด้านบริหารตามสายงาน ได้แก่

2.1 สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในฐานะที่เป็นหน่วยงานสำคัญเป็นแกนกลางในการบริหารงาน และประสานงานระหว่างโรงพยาบาลต่าง ๆ รวมทั้งชุมชน และสถานบริการทางด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานคร ควรที่จะเป็นแกนนำในการกระตุ้นและสนับสนุนให้หน่วยงานต่าง ๆ ได้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี โดยผ่านทางสื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสาร จุลสาร แผ่นพับ ใบปลิว ฯลฯ

2.2 ผู้บริหารด้านหน่วยฝากครรภ์ของแต่ละโรงพยาบาลควรจะได้มีการส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านนี้โดยตรง ได้มีการไปดูงาน ศึกษา อบรม เพิ่มเติมทางด้านสูติ-นรีเวช เพื่อนำความรู้ที่ได้มาเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหญิงที่มาคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูงมากที่สุดก็ตาม แต่เมื่อเทียบเป็นร้อยละแล้วยังไม่ถึงร้อยละ 50 จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่หน่วยฝากครรภ์ของทุกโรงพยาบาล จะต้องหาวิธีการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มากกว่านี้ ถึงแม้ภาครัฐและเอกชน จะช่วยรณรงค์ให้อีกทางหนึ่งแล้วก็ตาม ก็ยังไม่เพียงพอ เพราะฉะนั้นผู้บริหารจึงควรเล็งเห็นปัญหาและแนวทางแก้ไขเร่งด่วนด้วย

2.3 อาจารย์พยาบาลที่รับผิดชอบ ในการนำนักศึกษาชั้นฝึกปฏิบัติงานที่หน่วยฝากครรภ์ ควรส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีจิตสำนึกและตระหนักถึงการพัฒนาคูณภาพชีวิตแก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อที่จะได้ผลผลิตที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย นอกจากนี้สิ่งที่ขาดมิได้คือการสอดแทรกเรื่องของจริยธรรม

ให้นักศึกษาเป็นประจำอีกด้วย เพราะพบว่าปัจจุบันนี้นิสิตนักศึกษาจำนวนมาก ยังขาดจริยธรรม การปฏิบัติทางด้านการพยาบาลหรือในด้านอื่น ๆ ที่จะให้ประสบความสำเร็จได้นั้น ถ้าบุคคลผู้นั้นไม่มีจริยธรรม ก็คงจะประสบความสำเร็จได้ยากมาก การนิเทศการสอนนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้นักศึกษา พยาบาลนำมาสอนหญิงตั้งครรภ์ต่อนั้น ควรมีเทคนิควิธีการเรียนการสอนที่ กันสมัยและเหมาะสม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ และนักศึกษา สามารถนำวิธีการสอนมาให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ ได้อย่างถูกต้องและมี ประสิทธิภาพ

2.4 หน่วยฝากครรภ์ทุกโรงพยาบาลที่ขึ้นโดยตรงกับสำนักงาน- แพทย์ กรุงเทพมหานคร ควรมีสิ่งดึงดูดใจ ในการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ จะโดยการติดโปสเตอร์รูปภาพต่าง ๆ ที่สวยงาม หรือทำแผ่นพับเรื่องต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ รวมไปถึงการให้บริการที่ดีให้หญิงตั้งครรภ์ เกิดความประทับใจในทุก ๆ ครั้งที่มาตรวจครรภ์ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วย เป็นแรงจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามแพทย์นัดทุกครั้ง เพื่อสนองรับ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 - 2534) ที่ว่าร้อยละ 70 ของหญิงมีครรภ์ควรได้ รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้งหรือควรได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้งนั่นเอง

3. ด้านอื่น ๆ เช่น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรปฏิบัติดังนี้

3.1 หอผู้ป่วยหลังคลอด ควรให้ความรู้แก่หญิงที่มาคลอดในการ ฝากครรภ์ครั้งต่อไป โดยให้หญิงหลังคลอดได้ตระหนักถึงความสำคัญของการ ฝากครรภ์ให้มาก

3.2 หอผู้ป่วยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น หอผู้ป่วยสูติกรรมติดเชื้อ หน่วยวางแผนครอบครัว ควรช่วยกันให้คำแนะนำ เรื่องการฝากครรภ์เมื่อ ตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ศึกษาเรื่องเดียวกันกับการศึกษารั้งนี้ ในกลุ่มประชากรที่มีการคลอดผิดปกติและประชากรหลังคลอดที่นอนพักฟื้นในห้องพิเศษ เพื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษารั้งนี้

2. ศึกษาถึงปัจจัยของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ให้ ลึกซึ้งลงไปโดยเพิ่มตัวแปรให้มากกว่าการศึกษารั้งนี้ เช่น เพิ่มบริการที่ได้ รับการดูแลก่อนคลอดครั้งก่อนรวมทั้งค่าบริการ ความคิดเห็นต่อค่าบริการ ความพึงพอใจต่อบริการ ตลอดจนความสะดวกในการมารับบริการ เช่น ลักษณะการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทาง หรือจะศึกษาเฉพาะกรณี หญิงที่ไม่มาฝากครรภ์แต่มาคลอด ณ โรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง

3. ศึกษาถึงแรงจูงใจที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์

4. ศึกษาต่อไปถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจ หลังคลอด

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนธีร์ สังขวาสี, พ.ต. "จำนวนครั้งการฝากครรภ์กับปัญหาในระหว่างการคลอด," เวชสารแพทย์ทหารบก. 42 : 95-100 ; กรกฎาคม-กันยายน 2532.
- กมลรัตน์ หล้าสว่างษ์. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหามงกุฎราชวิทยาลัย, 2522.
- กรรณิการ์ กันธะรักษา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- กรองกาญจน์ ศิริภักดี. การศึกษาภาวะเสี่ยงและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เจตคติกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ในหญิงที่ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- กลาง, โรงพยาบาล. สถิติห้องคลอดประจำปี พ.ศ.2535-2537. กรุงเทพฯ : สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2538.
- กาญจนา เอปิชฌาย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายของการรกปริกำเนิดครรภ์เดียวของจังหวัดแพร่ ปี 2533-2535. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 ปี พ.ศ.2525-2529. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์, 2524.
- _____. แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ปี พ.ศ.2530-2534. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2530.

คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. แผนพัฒนา
การสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7
พ.ศ.2535-2539. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึก, 2535.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคมคาย นาคะปัท. รายงานการวิจัยเรื่องลักษณะ
มารดาไทยที่ทำให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อย. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาล-
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และพาณี ยงใจยุทธ. ผล
ของการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่บิดาต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของ
มารดาและทารก. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2534.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอุดม คมพยัคฆ์. อนามัยแม่-เด็กและการวางแผน
ครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม,
2525.

จารุวรรณ รั้วไพบูลย์. ผลของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพของมารดาและทารก
แรกเกิดในวชิรพยาบาล พ.ศ.2529. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

จินตนา บ้านแก่ง พาณี ยงใจยุทธ และสุนทราวดี เขียวพิเชฐ. การสำรวจ
พฤติกรรมด้านการอนามัยแม่และเด็กของมารดาชาวเขาเผ่าเข้า
และเผ่าอีกออ ณ ศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขาอำเภอแม่จัน
จังหวัดเชียงราย. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2524.

เจริญกรุงประชารักษ์, โรงพยาบาล. สถิติห้องคลอดประจำปี พ.ศ.2535-
2537. กรุงเทพฯ : สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2538.

ชินโอสถ หัสบำเรอ. "สุขภาพจิตในการทำงานและพฤติกรรมของมนุษย์,"
สารกองพยาบาล. 16 ; ธันวาคม 2525.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์เจริญผล, 2533.

- ดวงพร จิตนโนทัยถาวร. พฤติกรรมการฝากครรภ์กับสุขภาพมารดาและสุขภาพทารก. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ตากสิน, โรงพยาบาล, สถิติห้องคลอดประจำปี พ.ศ.2535-2537.
กรุงเทพฯ : สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2538.
- ทัสสนี นุชประยูร และคนอื่น ๆ. "ปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่ทำให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย," จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 31 : 775-783 ; ตุลาคม 2530.
- เทพณรงค์ จารุพาณิชย์ และสมพงษ์ บุญสืบชาติ. ลักษณะการฝากครรภ์ของหญิงที่คลอดในโรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523. อัดสำเนา.
- เทวี วัฒนา และคณะ. "ปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชนชนบทแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา," จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 12 ; พฤษภาคม 2524.
- นนุช บุญเกียรติ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524. อัดสำเนา.
- นิตดา สุขพินิจ. งานสังคมสงเคราะห์กับงานอนามัยแม่และเด็กในชนบทศึกษาเฉพาะกรณีในหมู่บ้านดินเป็ด ตำบลศาลาขาว อำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2521. อัดสำเนา.
- นันทา อ่วมกุล ศิริกุล ศิรานุรักษ์ และ พรสิณี อมรวิเศษฐ. รายงานเบื้องต้นเรื่องการฝากครรภ์. กรุงเทพฯ : กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2526.
- เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. การศึกษาอบรมเลี้ยงดูเด็กทารกของมารดาไทย ตำบลศิริราช และตำบลบ้านช้างหล่อ อำเภอบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521. อัดสำเนา.

เนาวรัตน์ พลาายน้อย และศุภวัณย์ พลาายน้อย. เอกสารการสอนวิชาสารศึกษา

ประชากรและประชากรศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาศึกษาศาสตร์
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

น้ำเพชร อาภากร ณ อยุธยา และคนอื่น ๆ. ปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์
ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัด
ฉะเชิงเทรา. กรุงเทพฯ : โครงการสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาสังคมศาสตร์ การแพทย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2520. อัดสำเนา.

บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :
สุวีริยาสาส์น. 2535.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข," เอกสารการสอน
ชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. หน่วยที่ 9-15
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,
นนทบุรี : ชวนพิมพ์, 2528.

บุญสม ชีระพิบูลย์. โรคเอดส์ในแม่และเด็ก. กรุงเทพฯ : กองอนามัยครอบครัว
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2534.

บุษกร เพชรวิวรรณ. สหสัมพันธ์ ประเภทและวิธีการ. กรุงเทพฯ : สำนัก
ทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2523.

ประกอบ ตูจินดา. สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ 2543. กรุงเทพฯ : สหประชา-
พาณิชย์. 2524.

ประเจตน์ เกตุน้อย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของประชากร
ในเขตชุมชนแออัดที่ปรับปรุงแล้ว. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติการวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.
กรุงเทพฯ : พีระพัทธนา, 2520.

ประมวญ สุนากร. ระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของการก้น้ำหนักน้อยและ
การพิการแต่กำเนิดในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : หจก.โพรแอคต์,
2531.

ปราณีต สวัสดิรักษา และมลฤดี สุขราตรี. การพยาบาลสูติศาสตร์:การตั้ง
ครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2525.

ปรีดา แจ้งประดิษฐ์. การเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ระหว่างมารดาตั้ง
ครรภ์มีภาวะเสี่ยงสูงและมารดาตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงต่ำใน
โรงพยาบาลสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์,
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2533.

พรพจน์ หอสุวรรณศักดิ์. "การศึกษาการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง และ
ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลภูมิพล-
อดุลยเดช," แพทย์สารทหารอากาศ. 26(3) : 117-128 ; 2533.

พรวณี ชูชัย. จิตวิทยาการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :
บริษัทวรรณการพิมพ์จำกัด, 2520.

พันธ์ทิพย์ เพชรมีศรี. ผลของการฝากครรภ์ต่อน้ำหนักและสุขภาพทารกแรก
คลอดในมารดาที่มีเกณฑ์เสี่ยงภัยต่างกันโรงพยาบาลราชวิถี.
วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
อัดสำเนา.

ไพศาล หวังพานิช. การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

ภัสสร ลิมานนท์ และเพ็ญพร ชีระสวัสดิ์. การย้ายถิ่นกับการพัฒนา.

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.

ภาณี แสนเจริญ. การปรับตัวของผู้ย้ายถิ่นในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสมใจ เสรีจรกิจเจริญ. รายงานการประเมินผล
สถานะอนามัยครอบครัวในโครงการสงขลา. กรุงเทพฯ : ภาควิชา
ชีวสถิติ คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา.

พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2536.

วชิรพยาบาล, โรงพยาบาล. สถิติห้องคลอดประจำปี พ.ศ.2535-2537.

กรุงเทพฯ : สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2538.

วชิรา กลีโกศล. การวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย-เกษตรศาสตร์, 2521. อัดสำเนา.

วัชร วัชรมัย. ลักษณะการฝากครรภ์ ผู้ทำคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของสตรีมีครรภ์ในชนบท : ศึกษากรณีอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.

พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2524.

_____. "คำเกี่ยวกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้," ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 9 ; กุมภาพันธ์-มีนาคม 2538.

วิไล เลิศธรรมเทวี. "การพยาบาลทารกที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูง,"

ในกรณีกาญจนา วิจิตรสุนันท์ และดารณี สายะวัน (บรรณาธิการ).

การพยาบาลทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แม็ค. 2528.

สดสวย คณาวัชรากุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยแม่ในชุมชนแออัด

ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. ปรินติ้ง,

2536.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคนอื่น ๆ. การสำรวจพฤติกรรมการวางแผนครอบครัว
การโฆษณาและการอนามัยแม่และเด็กของสตรีวัยเจริญพันธุ์ใน
ชุมชนแออัดกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

สมใจ เสรีจักรกิจเจริญ. การศึกษาเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติการ
วางแผนครอบครัวของสตรีไทยและสตรีมุสลิมในอำเภอจะนะ
จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์-
มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.

สมพล พงศ์ไทย และอชิป สรวงสมบูรณ์. "การบริบาลสตรีตั้งครรภ์,"
สูติศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์, 2530.

สถิตินแห่งชาติ, สำนักงานสำนัคนายกรัฐมนตรี. รายงานผลการสำรวจแรงงาน
(การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร) ที่ว่าราชอาณาจักร
รอบที่ 1 กุมภาพันธ์ 2535. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ รสพ., 2535.

สรีดา วรรณวงศ์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

สาธารณสุข, กระทรวง. กระทรวงสาธารณสุขกับการพัฒนาสุขภาพอนามัย.
กรุงเทพฯ : กองแผนงานสาธารณสุข, 2535.

———. ผลการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2533.
กรุงเทพฯ : กองแผนงานสาธารณสุข, 2534.

———. รายงานสถิติการเกิด-ตายในโรงพยาบาลของรัฐ
พ.ศ.2528-2532. กองสถิติสาธารณสุข กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2533.

———. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2535. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและ
แผนสาธารณสุข, 2535.

สุโขทัยธรรมมาธิราช, ทบวง. เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยแม่และเด็กและ
การวางแผนครอบครัว. นนทบุรี : ฝ่ายการพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัย-
ธรรมมาธิราช, 2528.

สุดา ภูทอง. การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์และไม่
ฝากครรภ์ : การศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัย
แม่และเด็กเขต 9 ยะลา. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

สุดารัตน์ สุวารี. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์และ
จิตสังคมของมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
อัดสำเนา.

สุนันทา สุวรรณโณม อรพินท์ บุนนาค และเนตรนภิส นาควัชร. การวิจัย
เบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้พื้นที่รอบเขตนครหลวงและการเปลี่ยนสภาพ
การใช้พื้นที่รวมถึงผลของการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อสภาพเศรษฐกิจ
สังคม จิตวิทยา ของผู้ใช้พื้นที่เหล่านั้นในปัจจุบันและภาวะการ
ย้ายถิ่นในเขต. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2520.

สุนรรณีย์ จันพิทศ. พฤติกรรมการฝากครรภ์ของสตรีในชุมชนไทย. วิทยานิพนธ์
ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

สุมาลี อารีเอื้อ. ปัจจัยอันตรายที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักแรกเกิดของทารก.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
อัดสำเนา.

โสภา ชูพิกุลชัย. จิตวิทยาสังคมประยุกต์. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช,
2522.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร
พ.ศ.2528-2529. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2531.

อรรถัย รวยอาจิน และคนอื่น ๆ. สุขภาพและการวางแผนครอบครัวในเขต
ชานเมืองกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

อังคณา นวลสง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

Arias, F. High-Risk Pregnancy and Delivery. Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1984.

Arthur. B. Elster. "The Effect of Maternal Age, Parity and Prenatal Care on Perinatal Outcome in Adolescent Mothers," Am.J.Obstet.Gynecol. 15 : 845-847 ; August, 1984.

Aumann, G.M.E., and Baird, M.M. Screening for the high-risk Pregnancy. In R.A.Knuppel, and J.E.Drukker (Eds) High-Risk Pregnancy : A Team Approach. Philadelphia : W.B.Saunders Co., 1986.

Best, John W. Research in Education. New Delhi : Prentic Inc., 1970.

Bhattacharya R. Tandon J. Indian Journal of Public Health. 35(4) : 113-6 ; October-December, 1991.

Bloom, B.S., Madaus, G.F., and Hastings, J.T. Evaluation to improve learning. New York : Mc Graw-Hill Book Co., 1971.

Burroughs, A. Bleier's Maternity Nursing. 5 th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1986.

Cauchi, M.N., Gillbert, G.L., and Brown, J.B. The Clinical Pathology of Pregnancy and The Newborn Infant. London : Edevard Arnold, 1984.

- Donaldson, P.J., Billy, J.O.G. "The Impact of Prenatal Care on Birth Weight," Medical Care. 22 : 177-188 ; February, 1984.
- Fanaroff, A.A. and Martin, R.J. Neonatal-Perinatal Medicine. 4 th ed. Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1987.
- Fishbein, M. Reading and Attitude theory and Measurement. New York : John Wiley and Sons, Inc., 1967.
- Georg, M. Ryan, Jr. Patrick, J. Sweeney and Abisdom. S. Solola. "Prenatal Care and Pregnancy Outcomes," Am.J.Obstet.Gynecol. 15 : 876-881 ; August, 1980.
- Gillbert, E.S., and Harmon, J.S. High-Risk Pregnancy and Delivery Nursing Perspectives. Saint Louis : The C.V.Mosby Co., 1986.
- Goldberg, J.D., Jornsay, D.L., and Hausknecht, R.U. "Diabetes In Pregnancy. In S.H.Cherry, R.L. Berkowitz and N.G. Kase (Eds.)," Medical Surgical and Gynecologic Complications of Pregnancy. 3 rd ed. Baltimore : Williams and Wilkins, 1985.
- Good, C.V.Dictionary of Education. New York : McGraw Hill-Book Co., 1973.
- Gortmaker SL. "The Effect of Prenatal Care Upon the Health of the Newborn," Am.J.Public.Health. 69 : 653-7 ; 1987.
- Grant, Jame P. The State of the wold's Childre 1989. OXford : OXford University Press, 1989.

- Hacker, N.F. and Moore, J.G. Essentials of Obstetrics and Gynecology. Philadelphia : W.B.Saunders. Co., 1986.
- Hall, M.H. Is "Antenatal Care Really Necessary," The Practice Tioner. 1263-1265 ; September, 1981.
- Heins, H., Miller, J., Sear, A., Goodyear, N., Gardner, S.
"Benefits of a Statewide High-Risk Perinatal Program," Obstet. Gynecol. 62 : 294-296 ; 1983.
- Hill, L. and Smith, N. Self-Care Nursing. New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1985.
- Hillbert, G.A. "Spouse support and myocardial infarction Patient compliance," Nursing Research. 34 : 217-220 ; July-August, 1985.
- Jacorbson, Margaret D. "Effective and Ineffective Behavior of Teacher of Nursing as Determined by their student," Nursing Research. 15 : 218 : March, 1966.
- Jalowice, A. and Power, M.J. "Stress and coping in hypertensive and emergency room patients," Nursing Research. 30 : 10-15 ; January-February, 1981.
- Jensen, M.D., Benson, R.C., and Bobak, I.M. Maternity care the Nurse and the Family. 2 nd ed. Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1981.
- Kasl, S. and Cobb, S. Health behavior, illness behavior and sick role behavior," Achieves Environmental of Health. December, 1966.

- Lerch, C. Maternity Nursing. 2 nd ed. Saint Louis : The C.V. Mosby, 1974.
- McCarthy BI, Schultz KF, Terry JS. "Identifying Neonatal Risk Factors and Predicting Neonatal Death in Georgia," Am.J.Obstet.Gynecol. 142 : 557-61 ; 1982.
- Milton Terris and Marvin Glasser. "A Life Table Analysis of the Relation of Prenatal Care to Prematurity," Am.J.P.H. 64 : 869-875 ; September, 1974.
- Moore, Mary L. Realities in Childbearing. Philadelphia : W.B. Saunders, 1983.
- Neeson, J.D., and May, A.K. Comprehensive Maternity Nursing. Philadelphia : L.B.Lippin Cott Co., 1986.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of Practice. 3 rd ed. New York : McGraw-Hill Book Co., 1985.
- Panzarine Susan, Elster Arthur and Mcanarny R.Elizabeth, "A System Approach to Adolescent Pregnancy," J O G N Nursing. 10 : 287-289 ; July-August, 1981.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. 2 nd ed. California Appleton & lange, 1987.
- Pichit Pitaktepsombati and Kua Wongboonsin. "Maternal Health Care Recent Trends, Differentials and Correlate," Health and Population Studies Based on 1987 Thailand Demographic and Health Survey. Institute of Population Studies Chulalongkorn University, 1989.

- Pillitteri, Adele. Maternal-Newborn Nursing : Care of the Growing Family. 2 nd ed. Boston : Little. Brown and Co., 1981.
- Prema, B. and Indira, M. Prenatal Care in Pregnancy Outcomes. Asien.J.Med. 9 : 88-92 ; 1973.
- Pritchard, J.A., and Mac Donal, P.B. Williams Obstetrics. 16 th ed. International Students ed. New York : Appleton Century-Crofts, 1980.
- Reading, A.E. and others. "Health Beliefs, and Health Care Behavior in Pregnancy", Obstetrical and Gynecological Survey. 38 : 140-142 : March, 1983.
- Rokeach, M. Beliefs Attitudes and Values. San Francisco : Jossey Bass Inc. Publishers. 1970.
- Smith. T.C.G. Obstetrics. The Practitioner. 1338-1341 ; September, 1981.
- The Lexicon Webster Dictionary (Encyclopedia edition).
The United States of America : The English Language institute of America Inc., 1977.
- Triandis, H.C. Attitude and Attitude Change. New York : John Wiley and Sons, Inc., 1971.
- William, C.D. Baumslag, N., and Jellife, D.B. Maternal and Child Health Delivering the Services. 2 nd ed. London : Oxford University Press, 1985.
- Wren, B.G. Handbook of Obstetrics and Gynecology. 12 nd ed. London : Chapman and Hall, 1985.
- Yamane, Taro. Statistics an Introductory Analysis. 2 nd ed. New York, Harper, 1967. 919 p.
- Ziegel, E. and Cranley, M.S. Obstetric Nursing. 8 th ed. New York : Macmillan Publishing Co., 1984.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญ
หนังสือขอความอนุเคราะห์

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

1. แพทย์หญิงสันทนา เจริญกุล
หัวหน้าภาควิชาสูตินรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตรและคณะแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานคร
2. แพทย์หญิงกิงกาญจน์ ศรีสวัสดิ์
นายแพทย์ 9 กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
3. อาจารย์ปิยธิดา นิลศรี
หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล
เกื้อการุณย์ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร
4. อาจารย์ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร
5. อาจารย์สุภาวดี เครือโชติกุล
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร



ที่ ทม 1007/1913

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

11 เมษายน 2539

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอรทัย บุญเลิศ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้า
เพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ของ
หญิงที่คลอดในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธาน

ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ แพทย์หญิงสันทนา เจริญกุลและ
แพทย์หญิงกิงกาญจน์ ศรีสวัสดิ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งขอเก็บ
ข้อมูลกับหญิงหลังคลอดที่คลอดปกติและนอนพักฟื้นที่ตึกหลังคลอดสามัญ จำนวน
128 คน ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 2539 เพื่อเป็น
ข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้
และขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119



ที่ ทม 1007/1908

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

11 เมษายน 2539

เรื่อง ขออนุมัติ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอรทัย บุญเลิศ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า
เพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ของ
หญิงที่คลอดในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ. จุฑามาศ	เทพชัยศรี	ประธาน
ผศ. วินัส	ปัทมภาสพงษ์	กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ อ.ปิยธิดา นิลศรี อ.ประไพวรรณ
ด้านประดิษฐ์ และ อ.สุภาวดี เครือโชติกุล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้
และขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119



ที่ ทม 1007/2079

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

29 เมษายน 2539

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอรทัย บุญเลิศ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้า
เพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ของ
หญิงที่คลอดในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ. จุฑามาศ	เทพชัยศรี	ประธาน
ผศ. วินัส	ปัทมภาสพงษ์	กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเก็บข้อมูลกับโรงพยาบาลวิฑูรยาภิบาล
จำนวน 128 คน โรงพยาบาลกลาง จำนวน 41 คน โรงพยาบาลตากสิน
จำนวน 111 คน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 113 คน
โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ โดยให้หญิงหลังคลอดที่คลอดปกติและนอน
พักฟื้นที่ตึกหลังคลอด ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 2539
เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้
และขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 กรกฎาคม 2539

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

ด้วยข้าพเจ้า นางอรทัย บุญเลิศ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาการศึกษา
มหาบัณฑิต กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการ
ฝากครรภ์ของหญิงที่คลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร"
ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือ
ในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง
ในการปรับปรุงและพัฒนาทางการพยาบาลให้ดีขึ้น

ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านคงให้ความร่วมมือในการตอบแบบ
สอบถามดังกล่าว และขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้

(นางอรทัย บุญเลิศ)

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ของหญิงที่คลอดใน
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
แบบสอบถามทั้งหมดมี 2 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม
ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว

2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของ
ร่างกาย และจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน
ระยะตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์

2.3 แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลส่วนตัว ความรู้
เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะ
ตั้งครรภ์ การปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ของหญิง
ตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

อรรถัย บุญเลิศ

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามความจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุเท่าใด

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| () อายุต่ำกว่า 20 ปี | () อายุ 20 - 30 ปี |
| () อายุ 31 - 40 ปี | () อายุมากกว่า 40 ปี |

2. สถานภาพการสมรสของท่านในปัจจุบัน

- () ไม่ได้จดทะเบียนสมรส แยกกันอยู่ หรือ หย่า, หม้าย
- () ไม่ได้จดทะเบียนสมรส อยู่ด้วยกัน
- () จดทะเบียนสมรส แยกกันอยู่
- () จดทะเบียนสมรส อยู่ด้วยกัน

3. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร

- | | |
|----------------------------------|---------------|
| () แม่บ้าน | () รับจ้าง |
| () ค้าขาย | () เกษตรกรรม |
| () รับราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัท | |

4. ปัจจุบันสามีท่านประกอบอาชีพอะไร

- | | |
|------------------------|---------------|
| () ว่างงาน | () รับจ้าง |
| () ค้าขาย | () เกษตรกรรม |
| () รัฐวิสาหกิจ บริษัท | () รับราชการ |

5. ท่านสำเร็จการศึกษาระดับใด

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| () ไม่ได้รับการศึกษา | () เรียนไม่จบระดับประถมศึกษา |
| () จบการศึกษาระดับประถมศึกษา | () จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา |
| () จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา | |

6. สามีของท่านสำเร็จการศึกษาระดับใด

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| () ไม่ได้รับการศึกษา | () เรียนไม่จบระดับประถมศึกษา |
| () จบการศึกษาระดับประถมศึกษา | () จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา |
| () จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา | |

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามข้อที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด
เพียงข้อเดียว

1. การที่หญิงตั้งครรภ์จำวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายได้จะช่วยให้เกิดประโยชน์อย่างไร
 - () ก. ช่วยแพทย์ในการกำหนดวันคลอดได้
 - () ข. ช่วยแพทย์ทราบขนาดของมดลูกที่ควรจะเป็น
 - () ค. ช่วยแพทย์ในการคำนวณอายุของทารกในครรภ์ได้
 - () ง. ถูกทุกข้อ
2. การฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีประโยชน์ที่สำคัญที่สุดคืออะไร
 - () ก. เตรียมสถานที่เพื่อการคลอดบุตร
 - () ข. ทำให้ได้รับความสะดวกสบายเมื่อมาคลอด
 - () ค. สามารถเลือกแพทย์ทำคลอดได้ตามความพอใจ
 - () ง. เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์
3. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนจำเป็นต้องเจาะเลือดเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อวินิจฉัยโรคอะไรบ้าง
 - () ก. โรคเอดส์ โรคซิฟิลิส
 - () ข. โรคโลหิตจาง
 - () ค. โรคไวรัสตับอักเสบบี
 - () ง. ถูกทุกข้อ
4. หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับสารอาหารประเภทใดเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษ เพื่อให้ทารกในครรภ์แข็งแรงและป้องกันโรคโลหิตจาง
 - () ก. ผัก ผลไม้
 - () ข. วิตามิน ไขมัน
 - () ค. เนื้อสัตว์ นม ไข่
 - () ง. ข้าว ธัญพืช ถั่วเหลือง

5. หญิงตั้งครรภ์ควรหลับพักผ่อนในเวลากลางวัน วันละประมาณกี่ชั่วโมง
 () ก. ครึ่ง - 1 ชั่วโมง () ข. 1 - 2 ชั่วโมง
 () ค. 2 - 3 ชั่วโมง () ง. 3 - 4 ชั่วโมง
6. หญิงตั้งครรภ์ควรนอนหลับในเวลากลางคืน เฉลี่ยคืนละกี่ชั่วโมง
 () ก. 4 - 5 ชั่วโมง () ข. 5 - 6 ชั่วโมง
 () ค. 6 - 7 ชั่วโมง () ง. 8 ชั่วโมงหรือมากกว่า
7. ควรใส่เสื้อผ้าอย่างไรในระหว่างตั้งครรภ์
 () ก. ใส่เสื้อผ้าหลวม ๆ เนื้อผ้าบางเบา
 () ข. ใส่เสื้อผ้าหนา ๆ เพื่อรักษาความอบอุ่น
 () ค. ใส่เสื้อผ้าเข้ารูปตามส่วนเว้าส่วนนูน เพื่อให้ดูสวยงาม
 () ง. ใส่เสื้อผ้าตามฤดูกาลไม่ใส่ยกทรงเพราะจะทำให้อึดอัด
8. เหตุใดหญิงตั้งครรภ์ จึงควรใส่รองเท้าส้นเตี้ย
 () ก. เดินได้สะดวก () ข. ป้องกันการหกล้ม
 () ค. ป้องกันการปวดหลัง () ง. ถูกทุกข้อ
9. หญิงตั้งครรภ์ไม่ควรอาบน้ำในแม่น้ำลำคลองเพราะเหตุใด
 () ก. การแช่ตัวในแม่น้ำลำคลองจะทำให้ทารกได้รับอันตราย
 () ข. การแช่ตัวในแม่น้ำลำคลองจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เป็นหวัดได้ง่าย
 () ค. การแช่ตัวในแม่น้ำลำคลองทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายทางช่องคลอด
 () ง. การแช่ตัวในแม่น้ำลำคลองจะทำให้เกิดการคั่งของน้ำ ทำให้เกิดการบวมได้
10. อาการเกร็งของกล้ามเนื้อ หรือตะคริวที่ขาเป็นเพราะขาดสารอาหารที่อยู่ในอาหารประเภทใด
 () ก. นม เนื้อสัตว์ () ข. ปลาเล็กปลาน้อย
 () ค. ข้าว ผักสีเหลือง () ง. ขนมหวาน มัน เนย

11. หญิงตั้งครรภ์ที่น้ำหนักตัวเพิ่มมากเกินไปในระหว่างตั้งครรภ์จะมีผลอย่างไร
- () ก. จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพไม่แข็งแรง
 - () ข. จะทำให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพไม่แข็งแรง
 - () ค. อาจเกิดการบวมแสดงถึงภาวะครรภ์เป็นพิษได้
 - () ง. ทำให้หญิงตั้งครรภ์เคลื่อนไหวลำบากดูไม่สวยงาม
12. อาการที่บอกให้ทราบว่า เป็นโรคพิษแห่งครรภ์คือข้อใด
- () ก. มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน
 - () ข. มีไข้ ปวดศีรษะ หนาวสั่น
 - () ค. ปัสสาวะแสบขัด ตกดาวมีกลิ่นเหม็น
 - () ง. ปวดศีรษะ บวม ปัสสาวะขุ่น ตาขาว
13. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ที่ถูกต้องที่สุดคือข้อใด
- () ก. การดื่มนมพร่องมันเนยเป็นประจำ
 - () ข. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกถั่ว
 - () ค. รับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว
 - () ง. ควรรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์และลดอาหารรสเค็ม
14. ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากแพ้ท้องควรปฏิบัติอย่างไร
- () ก. รับประทานอาหารแก้อาเจียน
 - () ข. รับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว
 - () ค. ดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนลุกจากเตียง
 - () ง. ไม่รับประทานอาหารอะไรเลยเพราะจะทำให้อาเจียนมากขึ้น
15. เมื่อมีอาการท้องผูกในระหว่างตั้งครรภ์ ควรปฏิบัติอย่างไร
- () ก. ดื่มน้ำมาก ๆ
 - () ข. ออกกำลังกายทุกวัน
 - () ค. รับประทานอาหารผักและผลไม้ทุกวัน
 - () ง. ถูกทุกข้อ

16. หญิงตั้งครรภ์ถ่ายปัสสาวะบ่อย เพราะเหตุใด
- () ก. มดลูกอยู่ระดับเดียวกับกระเพาะปัสสาวะในระยะแรกของการตั้งครรภ์
 - () ข. ร่างกายมีการเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ขณะตั้งครรภ์
 - () ค. ส่วนนำของเด็กเคลื่อนต่ำลง และกดกระเพาะปัสสาวะในระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์
 - () ง. ถูกทุกข้อ
17. เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์จะได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคอะไร
- () ก. ไวรัสตับอักเสบบ
 - () ข. ไทฟอยด์
 - () ค. หัดเยอรมัน
 - () ง. บาดทะยัก
18. เมื่อตั้งครรภ์ครบกำหนด จะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากเดิมเท่าใด
- () ก. 6 - 8 กิโลกรัม
 - () ข. 8 - 10 กิโลกรัม
 - () ค. 10 - 12 กิโลกรัม
 - () ง. 12 - 16 กิโลกรัม
19. อาการที่แสดงในระยะใกล้คลอดที่สำคัญซึ่งหญิงตั้งครรภ์ควรทราบคืออะไร
- () ก. เจ็บนาน ๆ ครั้ง
 - () ข. เจ็บถี่บ้างห่างบ้าง
 - () ค. มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด
 - () ง. เจ็บบริเวณเหนือหัวหน้าวสม่าเสมอ
20. หญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอดควรพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการอย่างไร
- () ก. มีตกขาวมาก
 - () ข. เจ็บถ่วงบริเวณหัวหน้า
 - () ค. มีอาการปวดหลังมาก
 - () ง. มีน้ำใส ๆ คล้ายปัสสาวะไหลออก

2.3 แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์

คำชี้แจง โปรดอ่านคำถามทีละข้อและเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องต่าง ๆ
ตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. ฉันคิดว่าควรมาฝากครรภ์ทันทีที่รู้ว่า เริ่มตั้งครรภ์.....					
2. ฉันคิดว่าจำเป็นอย่างไรที่จะต้อง ปฏิบัติตามคำแนะนำในด้านต่างๆ ขณะตั้งครรภ์จากแพทย์และพยาบาล.....					
3. ฉันพยายามหาความรู้เกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์.....					
4. ฉันรู้สึกว่าการตั้งครรภ์เป็นเรื่อง ของธรรมชาติจะไม่มีสิ่งร้ายแรง อะไรเกิดขึ้น.....					
5. ถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นขณะตั้ง ครรภ์ฉันจะรีบไปปรึกษาแพทย์ที่ โรงพยาบาลทันที.....					
6. ในระหว่างตั้งครรภ์ฉันคิดว่าควร รับประทานอาหารทุกอย่างให้น้อย ลงเพื่อรักษารูปร่างให้สวยงาม...					
7. ฉันคิดว่าฉันต้องรับประทานอาหาร ที่มีประโยชน์ต่อลูกในครรภ์ตาม คำแนะนำของแพทย์และพยาบาล...					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
8. ขณะตั้งครรภ์ฉันไม่อยากออกนอก บ้านเพราะรูปร่างน่าเกลียด.....					
9. การมีบุตรเป็นการเพิ่มภาระให้กับ ฉัน.....					
10. ฉันรู้สึกว่าการตั้งครรภ์ทำให้จิตใจ ฉันไม่สบายตลอดเวลา.....					
11. ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ในระหว่าง ตั้งครรภ์ทำให้ฉันรำคาญมาก.....					
12. การตั้งครรภ์ทำให้ฉันและสามี เข้าใจกันดียิ่งขึ้น.....					
13. ฉันรู้สึกว่าการตั้งครรภ์ทำให้เพื่อน สนิทและญาติ ๆ ห่างเหินฉันไป...					
14. การตั้งครรภ์ทำให้ฉันมีความสุข...					
15. บุตรในครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ฉัน.....					
16. ฉันได้ตั้งชื่อลูกของฉันไว้แล้ว.....					
17. ก่อนคลอดฉันได้เตรียมของใช้ สำหรับลูกของฉันไว้แล้ว.....					
18. ฉันภูมิใจที่จะได้เลี้ยงลูกคนนี้.....					
19. ฉันรู้สึกภูมิใจที่จะได้เป็นแม่.....					
20. ฉันรู้สึกว่าการเป็นแม่ทำให้ฉัน ลำบากและยุ่งยาก.....					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
21. ฉันไม่เคยนึกถึงลูกในครรภ์ว่าจะ เป็นเพศหญิงหรือเพศชาย.....					
22. ไม่ว่าลูกคนนี้จะ เป็นเพศหญิงหรือ เพศชายฉันก็จะรักลูกของฉัน.....					
23. ฉันคิดว่าลูกคนนี้จะ เป็นเด็กที่ เลี้ยงง่าย.....					
24. ฉันเชื่อว่าลูกคนนี้เป็นผู้นำไทยมาสู่ ครอบครัวของฉัน.....					

ภาคผนวก ค

คุณภาพของเครื่องมือ

**ค่าความเที่ยงตรง ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก
และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม**

ตาราง 27 ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาในดุลยพินิจผู้เชี่ยวชาญของ
คะแนนความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และเจตคติต่อการตั้งครรภ์

ข้อ	ความรู้	เจตคติ
	ค่าความเที่ยงตรง	ค่าความเที่ยงตรง
1.	0.8	1.0
2.	1.0	1.0
3.	0.8	0.8
4.	1.0	1.0
5.	1.0	0.8
6.	1.0	1.0
7.	1.0	1.0
8.	1.0	1.0
9.	1.0	1.0
10.	1.0	1.0
11.	1.0	1.0
12.	1.0	1.0
13.	1.0	1.0
14.	1.0	1.0
15.	1.0	1.0
16.	1.0	1.0
17.	1.0	1.0
18.	1.0	1.0
19.	1.0	1.0
20.	1.0	1.0
21.		1.0
22.		1.0
23.		1.0
24.		1.0

ตาราง 28 ค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

ข้อ	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
1.	0.72	0.41
2.	0.80	0.37
3.	0.80	0.22
4.	0.70	0.20
5.	0.38	0.33
6.	0.75	0.26
7.	0.80	0.22
8.	0.70	0.37
9.	0.80	0.22
10.	0.29	0.30
11.	0.66	0.33
12.	0.54	0.48
13.	0.72	0.26
14.	0.39	0.55
15.	0.70	0.37
16.	0.68	0.33
17.	0.68	0.20
18.	0.29	0.20
19.	0.57	0.20
20.	0.79	0.37

ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามด้านความรู้ = 0.70

ตาราง 29 ค่าอำนาจจำแนกด้านเจตคติต่อการตั้งครรภ์

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกด้านเจตคติ	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกด้านเจตคติ
1.	2.89	13.	3.28
2.	5.05	14.	4.32
3.	5.38	15.	5.22
4.	1.93	16.	3.47
5.	3.80	17.	3.45
6.	3.21	18.	4.56
7.	3.62	19.	4.93
8.	2.44	20.	2.03
9.	2.40	21.	2.26
10.	2.46	22.	2.93
11.	3.63	23.	3.94
12.	2.87	24.	3.44

ค่าความเชื่อมั่นด้านเจตคติ = 0.89

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางอรทัย	ชื่อสกุล	บุญเลิศ
เกิดวันที่	11 เดือน	กรกฎาคม	พุทธศักราช 2493
สถานที่เกิด	จังหวัดอำนาจเจริญ		
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	223/93 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี		
ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์ 2 ระดับ 7 ประจำภาควิชา การพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์		
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร		

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2512	มัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ (แผนกวิทยาศาสตร์)
พ.ศ. 2516	ประกาศนียบัตรพยาบาล ผดุงครรภ์ และอนามัย วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ.ศ. 2526	พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารก มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2540	การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร