

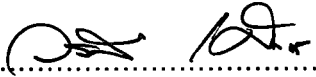
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์  
ในสถานบริการเขตอำเภอพนัสนิคม

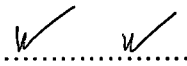
เรณู ศรีสุข

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
สิงหาคม 2559  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

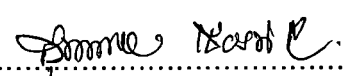
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ เรณู ศรีสุข ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

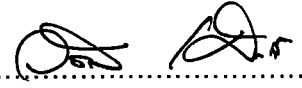
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

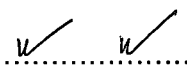
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

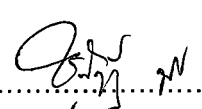
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(รองศาสตราจารย์ วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทราวดี เขียวพิเชฐ)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่... ๑๕ ...เดือน... พฤษภาคม ...พ.ศ. 2559

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิศเรศ เป็นประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ กรรมการควบคุม วิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ กรรมการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุน ให้กำลังใจและเอาใจใส่เป็นอย่างดีแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของ เครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถาม ในการวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ที่อนุญาตให้เก็บ รวบรวมข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือ และขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม นายแพทย์มาโนชญ์ ชากรโกวิท แพทย์หญิงขวัญสุดา เย็นศรี แพทย์หญิงสันทนา ระบบกิจการดี และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย รวมทั้งทีมผู้ช่วยในการทำวิจัยทุกท่าน บุคคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลและที่สำคัญขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่สละเวลาในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณแม่ พี่ น้อง เพื่อน และทุกคนในครอบครัวที่สนับสนุน ช่วยเหลือในหลายๆด้าน คอยให้กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ

เรณู ศรีสุข

52920258: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์ขั้นสูง; พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์/ การฝากครรภ์ครั้งแรก

เรณู ศรีสุข: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนัสนิคม (FACTORS INFLUENCING INITIATION OF ANTENATAL CARE WITHIN THE FIRST 12 WEEKS OF PREGNANCY AMONG PREGNANT WOMEN VISITING ANTENATAL CLINICS IN PHANUT NIKHOM DISTRICT, CHON BURI PROVINCE) อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์: วรณี เดียววิเศษ, PhD., วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, M.N.S, 67 หน้า. ปี พ.ศ. 2559

การฝากครรภ์ครั้งแรกโดยเร็ว ซึ่งช่วงเวลาที่แนะนำคือระยะ 12 สัปดาห์แรก ยังเป็นปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ในหลายแห่งของประเทศไทย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 274 ราย ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ณ สถานบริการรับฝากครรภ์ในอำเภอพนัสนิคม ได้แก่ โรงพยาบาลพนัสนิคม คลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ในอัตราร้อยละ 46 ประสิทธิภาพความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (AOR = 52.17, 95%, CL = 15.33-177.53,  $p < .001$ ) ทักษะคิดที่ดีต่อการฝากครรภ์ (AOR = 52.16, 95%, CL = 10.24-265.57,  $p < .001$ ) การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ (AOR = 22.57, 95%, CL = 3.38-150.86,  $p = .001$ ) ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ((AOR = 4.01, 95%, CL = 1.31-12.27,  $p = .015$ ) และรายได้ของครอบครัวระดับปานกลางกับรายได้ของครอบครัวระดับสูง (AOR = 7.26, 95%, CL = 1.56-33.58,  $p = .011$ , AOR = 13.34, 95%, CL = 2.67-66.77,  $p = .002$  ตามลำดับ) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์

ผลการวิจัยเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ สร้างทัศนคติที่ดีต่อการฝากครรภ์และส่งเสริมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกโดยเร็วภายใน 12 สัปดาห์ให้มากขึ้น

52920258: MAJOR: MIDWIFERY NURSING; M.N.S. (MIDWIFERY NURSING)

KEYWORDS: PREGNANCY WOMEN/ INITIATION OF ANTENATAL CARE

RANU SRISUK: FACTORS INFLUENCING INITIATION OF ANTENATAL CARE WITHIN THE FIRST 12 WEEKS OF PREGNANCY AMONG PREGNANT WOMEN VISITING ANTENATAL CLINICS IN PHANUT NIKHOM DISTRICT, CHON BURI PROVINCE) ADVISORY COMMITTEE: WANNEE DEOISRES, Ph.D., WILAI PHAN SAWATPHANIT, M.N.S., 67 P. 2016.

Early initiation of antenatal care during the first 12 weeks of pregnancy is still problematic for pregnant women in many areas of Thailand. The objectives of this research were to examine the rate of initiation of antenatal care and factors influencing initiation of antenatal care within the first 12 weeks of pregnancy among women visiting antenatal care clinics in Phanut Nikhom District, Chon Buri Province. The research participants were 274 pregnant women who received first antenatal care services at Phanut Nikhom hospital, private medical clinics and health promoting hospitals in Phanut Nikhom District. Multi-stage random sampling technique was used to select the participants. Self-report questionnaires were used for data collection. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-Square test and multiple logistic.

The results showed that 46 percent for pregnant women initiated antenatal care within the first 12 weeks of their pregnancy. History of high risk pregnancy (AOR = 52.17, 95%, CL = 15.33-177.53,  $p < .001$ ) attitude towards antenatal care (AOR = 52.16, 95%, CL = 10.24-265.57,  $p < .001$ ) family support for antenatal care (AOR = 22.57, 95%, CL = 3.38-150.86,  $p = .001$ ) knowledge of antenatal care (AOR = 4.01, 95%, CL = 1.31-12.27,  $p = .015$ ) and having moderate level and high level of family income (AOR = 7.26, 95%, CL = 1.56-33.58,  $p = .011$ , AOR = 13.34, 95%, CL = 2.67-66.77,  $p = .002$  respectively) were found to be significant influencing factors of initiation of antenatal care within the first 12 weeks.

Findings of the study suggested that health care providers should enhance women's knowledge and positive attitude towards antenatal care, and promote family support to increase the rate of antenatal care within the first 12 weeks.

## สารบัญ

|  | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย .....  | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....   | จ    |
| สารบัญ .....   | ฉ    |
| สารบัญตาราง .....  | ช    |
| สารบัญภาพ .....  | ฅ    |
| บทที่  |      |
| 1 บทนำ .....   | 1    |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....                               | 1    |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....                                      | 4    |
| สมมติฐานของการวิจัย .....  | 4    |
| ขอบเขตของการวิจัย .....  | 4    |
| ตัวแปรที่ศึกษา .....   | 5    |
| นิยามศัพท์เฉพาะ .....  | 5    |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย .....   | 6    |
| 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....                      | 9    |
| แนวคิดการฝากครรภ์ .....  | 9    |
| สถานการณ์การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ .....                 | 11   |
| แนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ .....                             | 13   |
| ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ครั้งแรก ภายใน 12 สัปดาห์ ..... | 16   |
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....   | 22   |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....                                      | 22   |
| เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย .....                          | 24   |
| การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....                                | 26   |
| การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....                                 | 27   |
| ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล .....                                 | 27   |
| การวิเคราะห์ข้อมูล .....   | 28   |

## สารบัญ (ต่อ)

| บทที่   | หน้า |
|---|------|
| 4 ผลการวิจัย.....   | 29   |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์.....                            | 29   |
| ส่วนที่ 2 การมาฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์.....  | 31   |
| ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์.....                                    | 31   |
| ส่วนที่ 4 ทักษะต่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์.....  | 32   |
| ส่วนที่ 5 การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์.....                           | 32   |
| ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์<br>ของหญิงตั้งครรภ์..... | 33   |
| 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....  | 37   |
| สรุปผลการวิจัย.....   | 37   |
| อภิปรายผล .....   | 38   |
| ข้อเสนอแนะ.....   | 43   |
| บรรณานุกรม .....  | 45   |
| ภาคผนวก .....   | 50   |
| ภาคผนวก ก .....   | 51   |
| ภาคผนวก ข .....   | 53   |
| ภาคผนวก ค .....   | 55   |
| ภาคผนวก ง.....  | 61   |
| ประวัติย่อของผู้วิจัย .....   | 67   |

## สารบัญตาราง

| ตารางที่ |   | หน้า |
|----------|---|------|
| 1        | ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของสถานบริการฝากครรภ์ในอำเภอพนัสนิคม<br>จังหวัดชลบุรี .....     | 23   |
| 2        | การสุ่มวันที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ในสถานบริการอำเภอพนัสนิคม.....                  | 24   |
| 3        | จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง .....          | 30   |
| 4        | จำนวน และร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ .....                            | 31   |
| 5        | จำนวนร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์.....                | 32   |
| 6        | จำนวนร้อยละและระดับทัศนคติต่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์.....                       | 32   |
| 7        | จำนวนร้อยละ และระดับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์.....                       | 33   |
| 8        | ผลการทดสอบไคสแควร์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการมาฝากครรภ์<br>ครั้งแรก..... | 33   |
| 9        | การเสนอผลวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการมาฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ .....            | 35   |



## สารบัญภาพ

| ภาพที่ |  | หน้า |
|--------|--|------|
| 1      | กรอบแนวคิดในการวิจัย .....               | 8    |
| 2      | แบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ..... | 16   |

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฝากครรภ์เป็นหนึ่งในบริการอนามัยแม่และเด็กเป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาที่จะเกิดกับมารดาช่วยให้ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง มีการเริ่มต้นชีวิตที่ดี (Tariku, Melkamu, & Kebede, 2010) องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครอบคลุมเป็นการป้องกันวินิจฉัยโรคและรักษาทางการแพทย์ทั่วไปได้ทันเวลาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เอชไอวี/ เอ็ดส์ เป็นต้น (Belayneh, Adefris, & Andargie, 2014) ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยด้านการคลอดช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารกคลอดภาวะ Birth ashyxia, Low birth weight และเด็กที่มีปัญหาพร่องโครโมโซมได้รับการแก้ไขอย่างทันเวลา โรคพันธุกรรม ได้แก่ Down's syndrome และ Thalassemia ได้รับการควบคุมป้องกันอันจะส่งผลในการลดจำนวนเด็กเกิดใหม่ที่เป็นโรคดังกล่าวได้ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับธาตุเหล็กและกรดโฟลิกเสริมในช่วงต้นของการตั้งครรภ์ เพื่อลดความเสี่ยงของการมีบุตรที่บกพร่องของท่อประสาท เช่น Anencephaly และ Spina bifida (Tariku et al., 2010)

การฝากครรภ์ทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี ค.ศ. 2007-ปี ค.ศ. 2014 พบสถิติการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง ในหลายประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น ในแถบทวีปอเมริกา ร้อยละ 90 เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 70 ภูมิภาคแอฟริกา และภาคตะวันออกเฉียงเหนือของทะเลเมดิเตอร์เรเนียนเท่ากับ คือ ร้อยละ 48 ซึ่งต่ำสุด ส่วนสมาชิกอาเซียน 5 ประเทศพบว่า ประเทศไทยมีอัตราสูงที่สุด ร้อยละ 93 ในขณะที่ประเทศลาว มีอัตราต่ำสุด ร้อยละ 37 อัตราสูงสุด ประเทศเวียดนาม ร้อยละ 74 ประเทศกัมพูชา ร้อยละ 59 และประเทศพม่า ร้อยละ 43 (World Health Organization [WHO], 2014 a) พบอัตราการตายของมารดาในประเทศที่กำลังพัฒนาแถบแอฟริกา 500 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน และแถบทางตะวันออกเฉียงใต้ในภูมิภาคเอเชียพบอัตราการตายของมารดา 190 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1000,000 คน เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งพบอัตราการตายของมารดาใน 17 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน โดยกลุ่มประเทศในทวีปแอฟริกาจะมีอัตราภาวะการตายของมารดาและทารกแรกเกิดสูงกว่าค่าเฉลี่ยประมาณ 2 เท่า สาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาในประเทศที่กำลังพัฒนา 3 ลำดับแรก

เกิดจากภาวะตกเลือด ภาวะติดเชื้อ และภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมาจากการคลอดก่อนกำหนด ภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย (Sepsis) หรือจากโรคปอดอักเสบ ภาวะขาดอากาศหายใจ (Asphyxia) และทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด ส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้ว อัตราภาวะการตายของมารดาและทารกแรกเกิดจะต่ำเนื่องจากมีระบบการฝากครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ (World Health Organization [WHO], 2014 b) ประเทศไทยพบอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 52.4 ปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 53.7 และปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 55.8 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น และจากข้อมูลศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย จังหวัดชลบุรี สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี นครนายก สระแก้ว จันทบุรี ระยอง และตราด พบอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 43.24 และ ปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 49.01 (ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดชลบุรี, 2558) มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกันและผลการดำเนินงานของหน่วยบริการฝากครรภ์ในเขตอำเภอพนัสนิคม ปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 42.86 ปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 45.41 ปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 48.59 พบอัตราของทารกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 4.50, 3.60 และ 3.80 ตามลำดับ พบอัตราทารกขาดออกซิเจน ร้อยละ 6.50, 8.60 และ 16.90 ตามลำดับ จากสถิติแม้ว่าอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ มีแนวโน้มสูงขึ้นแต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ ร้อยละ 60 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาต้องรีบดำเนินการหรือหาแนวทางในการแก้ไข

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนา พบว่า การฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์เป็นการใช้บริการสุขภาพที่ซับซ้อน มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล โครงสร้างทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงความจำเป็นของบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Andersen's behavioral model of health service use) ของ Andersen (1995) กล่าวว่า บุคคลจะใช้บริการสุขภาพขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factor) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Need factor) การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นปัจจัยที่มีนัยสำคัญกับการฝากครรภ์ครั้งแรก ด้านปัจจัยนำ ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์และทัศนคติต่อการฝากครรภ์ ปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์และรายได้ของครอบครัวและปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ประวัตติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และลำดับการตั้งครรภ์ จากการศึกษาของ Tekelab and Berhanu (2014) พบว่า หญิงตั้งครรภ์

ที่จบมัธยมศึกษาหรือสูงกว่ามาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ระดับการศึกษาต่ำกว่า จากการศึกษาของ Thuong, Deoisres, and Chuahorm (2015) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ระดับดีจะมาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ และการศึกษาของ Nguyen, Deoisres, and Sangin (2013) พบว่าทัศนคติต่อการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จากการศึกษาของ Gross, Alba, Glass, Schellenberg and Obrist (2012) พบว่า การสนับสนุนของสามีหรือคู่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จากการศึกษาของ Tekelab and Berhanu (2014) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จากการศึกษาของ Gross et al. (2012) พบว่า การมีประวัติแท้งบุตรและประวัติทารกตายในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จากการศึกษาของ Onoh et al. (2012) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก จากการศึกษาของ Tekelab and Berhanu (2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ดังนี้ บุญล้น สุขเกษม (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ตำบลโพนง อำเภอมือง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ระดับการศึกษาและลำดับที่ของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ ร้อย 46.2 นอกจากนี้ สายใจ โฉมิตกุลพร (2555) ศึกษาการฝากครรภ์และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 61 จากการศึกษาของ กนกวรรณ ใจพิงค์ (2554) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลลำพูน พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การทราบผลกระทบทของการฝากครรภ์ล่าช้า การมีงานทำและการมีรายได้ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ทราบผลกระทบทของการฝากครรภ์ล่าช้ามีโอกาสมาฝากครรภ์ล่าช้าเป็น 1.8 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบผลกระทบทของการฝากครรภ์ล่าช้าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีงานทำมีโอกาสมาฝากครรภ์ล่าช้าเป็น 1.6 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีงานทำ และหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีรายได้มีโอกาสมาฝากครรภ์ล่าช้าเป็น 1.8 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ พบอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 58.4

แสดงให้เห็นว่า ภาคใต้ของประเทศไทยมีการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 60 รองลงมา คือ ภาคเหนือ ร้อยละ 58.4

ในเขตอำเภอพนัสนิคมมีหน่วยบริการรับฝากครรภ์ ทั้งโรงพยาบาลพนัสนิคม คลินิกแพทย์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เมื่อมาคลอดบุตรหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ มาคลอดที่โรงพยาบาลพนัสนิคม จากการทบทวนวรรณกรรมและจากผลการดำเนินงานของหน่วยบริการฝากครรภ์ในเขตอำเภอพนัสนิคม พบว่า การมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและสังคมที่สำคัญ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามสาเหตุซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการฝากครรภ์เร็วขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนด เพื่อเป็นการพัฒนาสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ส่งผลให้มารดาและทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

### สมมติฐานของการวิจัย

ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ รายได้ของครอบครัวและประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์และลำดับการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี โดยทำการศึกษากับหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่หน่วยรับฝากครรภ์ในอำเภอพนัสนิคมที่โรงพยาบาลพนัสนิคม คลินิกแพทย์ 3 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 5 แห่ง จำนวน 274 ราย ระยะเวลาดำเนินงานตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559

## ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ ลำดับการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ รายได้ของครอบครัว ประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์และลำดับการตั้งครรภ์

ตัวแปรตาม ได้แก่ การมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ของหญิงที่ตั้งครรภ์

## นิยามศัพท์เฉพาะ

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของหญิงตั้งครรภ์ที่สำเร็จการศึกษา ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ไม่ได้เรียน/ ประถมศึกษา 2) มัธยมศึกษา/ ป.ว.ช./ ป.ว.ส. 3) ปริญญาตรีขึ้นไป

ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ หมายถึง ความรู้พื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับข้อมูล การฝากครรภ์หรือความรู้ความเข้าใจที่ผ่านการเรียนรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับความสำคัญของการฝากครรภ์โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับดี

ทัศนคติต่อการฝากครรภ์ หมายถึง ระดับมุมมองเชิงบวกหรือเชิงลบของหญิงตั้งครรภ์ รู้สึกต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติต่อการฝากครรภ์ในระดับต่ำ ระดับปานกลางและระดับดี

การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวต่อการฝากครรภ์ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การสนับสนุนในรูปแบบของการเอาใจใส่ ความรัก และการดูแล การสนับสนุนด้านเครื่องอำนวยความสะดวก หมายถึง สนับสนุนในรูปแบบของการพาไปฝากครรภ์ และการช่วยเหลือทางการเงินและการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การสนับสนุนในรูปแบบของคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การแก้ปัญหาเกี่ยวกับการฝากครรภ์ (House, 1981) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับดี

รายได้ของครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินที่ได้จากการประกอบอาชีพหลัก ของครอบครัวต่อเดือนแบ่งเป็น 3 ระดับ น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน 10,000-20,000 บาทต่อเดือน และมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป

ประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ หมายถึง ภาวะหรือประวัติซึ่งอาจเกิดอันตรายหรือเสี่ยงต่อมารดาและ/ หรือทารกในครรภ์ได้ ทั้งระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด การศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ไม่มีความเสี่ยง และมีความเสี่ยง ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้น

ลำดับการตั้งครรภ์ หมายถึง จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ โดยรวมถึงจำนวนการแท้งบุตรหรือการคลอดบุตรเสียชีวิต รวมครั้งนี้ด้วย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ตั้งครรภ์ครั้งแรกและตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป

การมาฝากครรภ์ครั้งแรก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกขณะที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลพนัสนิคม คลินิกแพทย์ 3 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

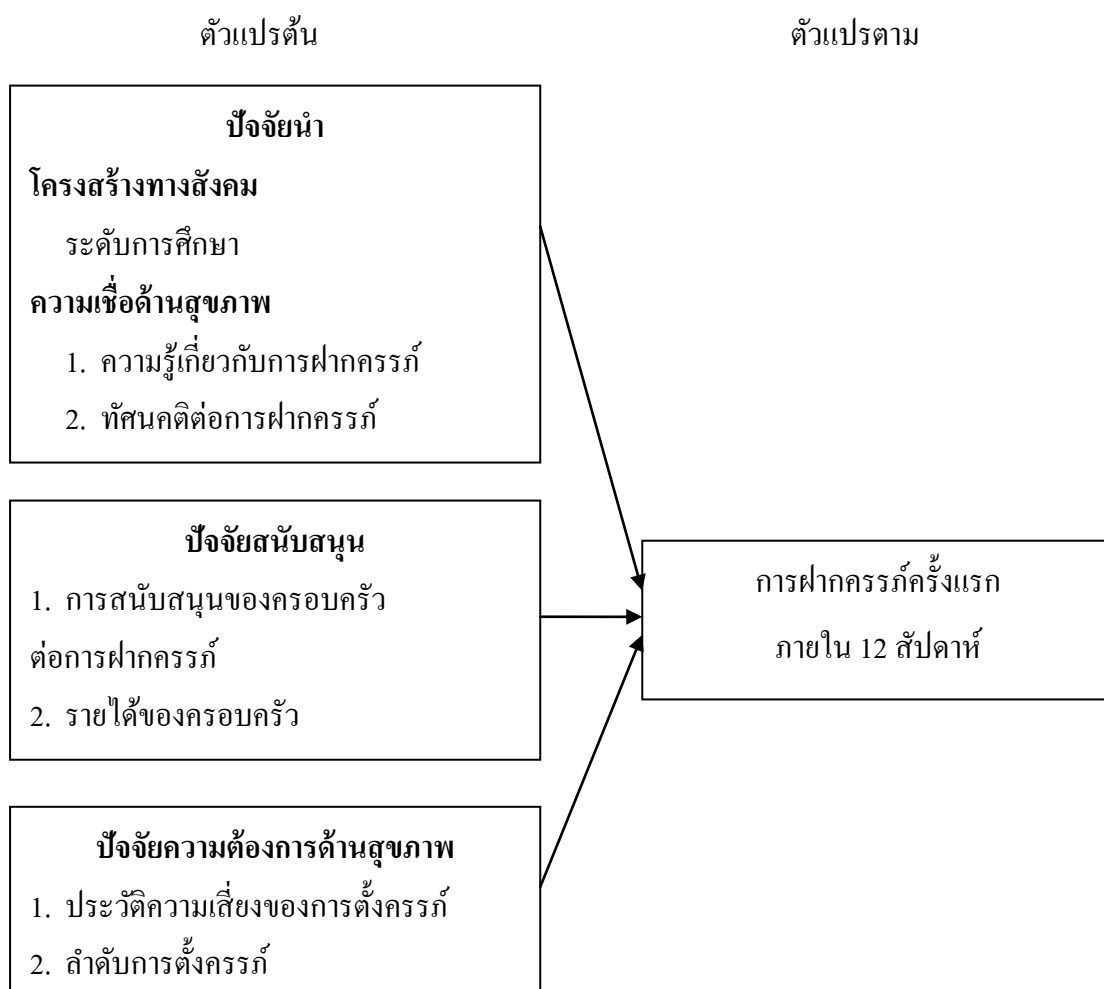
การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Andersen's behavioral model of health service use) ของ Andersen (1995) ซึ่งรูปแบบการใช้บริการสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factor) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Need factor) ซึ่งปัจจัยนำ (Predisposing factor) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย 3 ปัจจัย 1) ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ (Demographic factor) หมายถึง ตัวแทนของลักษณะทางชีวภาพที่มีแนวโน้มจะสร้างเสริมให้บุคคลมีความต้องการบริการสุขภาพ เช่น อายุ และเพศ 2) โครงสร้างทางสังคม (Social structure) หมายถึง ปัจจัยที่กำหนดสถานภาพของบุคคล บ่งบอกถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาและแหล่งสนับสนุนเพื่อแก้ปัญหาได้ เช่น การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ เครือข่ายทางสังคม ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและวัฒนธรรม 3) ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health beliefs) หมายถึง บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่งและมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และจะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ เช่น ทักษะคิด ค่านิยม และความรู้ ส่วนปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น วิธีการและรู้วิธีในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รายได้ ประกันสุขภาพ และความสัมพันธ์ทางสังคม และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Need factor) หมายถึง ปัจจัยที่จำเป็นในการบริการดูแลสุขภาพเกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องสุขภาพของบุคคล เช่น สาเหตุที่ทำให้มาใช้บริการสุขภาพ

แบบไม่คาดคิด อาจเกิดปัญหาจากการทำงานและปัญหาสุขภาพ เมื่อมีการรับรู้ของภาวะสุขภาพที่ดี ทำให้เกิดความต้องการมาใช้บริการสุขภาพเพื่อการดูแลรักษาที่ถูกต้องทันเวลา ซึ่งประกอบด้วย

- 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived) หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อภาพรวมของสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง
- 2) การประเมินของที่มีสุขภาพ (Evaluated needs) หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพเพื่อหาข้อเท็จจริงที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเพื่อตัดสินใจในการดูแลรักษา เช่น อาจมีการนัดหมายเพื่อตรวจประเมินซ้ำ

จากลักษณะปัจจัย 3 ปัจจัยดังกล่าวที่มีผลต่อพฤติกรรมใช้บริการสุขภาพของ Andersen (1995) และจากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยนำ (Predisposing factor) โครงสร้างทางสังคม (Social structure) ได้แก่ ระดับการศึกษาและด้านความเชื่อด้านสุขภาพ (Health beliefs) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์และทัศนคติต่อการฝากครรภ์ศึกษาปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์และรายได้ของครอบครัวและศึกษาปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Need factor) ได้แก่ ประวัติความถี่ของการตั้งครรภ์และลำดับการตั้งครรภ์ ดังภาพที่ 1





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการฝากครรภ์
  - 1.1 ความหมายของการฝากครรภ์
  - 1.2 เป้าหมายของการฝากครรภ์
  - 1.3 แนวปฏิบัติการฝากครรภ์
2. สถานการณ์การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์
3. แนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์

#### แนวคิดการฝากครรภ์

##### ความหมายของการฝากครรภ์

การฝากครรภ์ (Antenatal care or prenatal care) หมายถึง การดูแลสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และปัจจัยทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ของหญิงตั้งครรภ์เป็นส่วนประกอบในการให้การดูแล (WHO, 2007) การฝากครรภ์เป็นการดูแลมารดาและทารกในครรภ์ให้ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (WHO, 2003) องค์การอนามัยโรคกำหนดให้การฝากครรภ์เป็นบทบาทของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพการฝากครรภ์เป็นการดูแลสุขภาพมารดาและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การฝากครรภ์เป็นหนึ่งในการดูแลสุขภาพตั้งครรภ์ที่จำเป็นมาก คัดกรองและค้นหาภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ เช่น โรคโลหิตจาง ครรภ์เป็นพิษความดันโลหิตสูง เป็นต้น และค้นหาความผิดปกติในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การฝากครรภ์ที่เหมาะสมควรมาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นเวลาที่เหมาะสมในการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน และสามารถส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่เหมาะสมในกรณีจำเป็น (WHO, 2006) จุดประสงค์หลัก 3 ประการของการฝากครรภ์ คือ การประเมิน (ซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ) การส่งเสริมสุขภาพและการดูแล (WHO, 2007) ดังนั้น การฝากครรภ์

ตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด เพื่อเป็นการช่วยเหลือและให้ความรู้กับหญิงตั้งครรภ์

สรุปได้ว่า การฝากครรภ์เป็นการดูแลมารดาและทารก โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะระหว่างตั้งครรภ์ ตลอดจนการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก การฝากครรภ์ยังเป็น โอกาสของมารดาที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณอันตรายระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ให้บริการ ทำให้ผลของตั้งครรภ์ดีทั้งมารดาและทารก

### เป้าหมายของการฝากครรภ์

ประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ (United Nation หรือ UN) ได้ตกลงร่วมกันที่จะลดอัตราการตายของผู้หญิงระหว่างตั้งครรภ์และคลอดบุตร รวมไปถึงพยายามให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ให้มากขึ้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพแข็งแรงและลดอัตราการเสียชีวิตลงในที่สุด (Belayneh et al., 2014) หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จะได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ การฝากครรภ์ครั้งแรกถูกกำหนดให้ดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ประเมินอายุครรภ์และวางแผนดูแลต่อเนื่องจนถึงการดูแลการคลอดบุตร (Cunningham et al., 2014) และยังเป็นการเฝ้าระวังหรือตรวจติดตามความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ รวมทั้งการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ โดยมีการนัดตรวจติดตามสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด (กุศลรัศมีเจริญ และคณะ, 2550) ถ้าหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ากว่าไตรมาสแรก อาจพลาดโอกาสที่จะได้รับการดูแลช่วยชีวิตเพราะมีความเป็นไปได้ว่าอาจมีสัญญาณภัยคุกคามชีวิตภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรได้จะนำไปสู่ความล่าช้าในการดูแลรักษาได้อย่างเพียงพอ (Cresswell et al., 2013)

สรุปได้ว่า เป้าหมายของการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ เพื่อสุขภาพที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ลดอัตราการตายระหว่างตั้งครรภ์และคลอดบุตร รวมทั้งทารกแรกเกิดมีชีวิตและสุขภาพแข็งแรง

### แนวปฏิบัติการฝากครรภ์

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2012) แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกช่วง 8-10 สัปดาห์ (ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูก ต้องไปฝากครรภ์ก่อนหน้านั้น) ควรนัดฝากครรภ์ทุก ๆ 4 สัปดาห์ ขณะอายุครรภ์ 28 สัปดาห์แรก และนัดฝากครรภ์ทุก 2-3 สัปดาห์ จนถึงอายุ 36 สัปดาห์และนัดฝากครรภ์ทุกสัปดาห์ หลังอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ เป้าหมายของการฝากครรภ์เพื่อคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลการตั้งครรภ์

การฝากครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลกแนะนำให้คัดมาฝากครรภ์ 4 ครั้ง ระหว่างตั้งครรภ์ และ 1 ครั้ง ระยะเวลาหลังคลอด การมาฝากครรภ์ครั้งแรกควรเกิดขึ้นในไตรมาสแรก (อายุครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์) การฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ควรกำหนดใกล้เคียงกับอายุครรภ์ 26 สัปดาห์ การฝากครรภ์ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ที่ 32 สัปดาห์ การมาฝากครรภ์ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ที่ 36 สัปดาห์ถึง 38 สัปดาห์ และครั้งที่ 5 เป็นระยะหลังคลอด 1 สัปดาห์แรก ส่วนใหญ่ครั้งที่ 5 ไม่ค่อยทำกันในประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 2003) หลักปฏิบัติของการฝากครรภ์ครั้งแรก ควรมีการตรวจประเมินทางกายภาพ เช่น การบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง ค่าความดันโลหิต ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัสสาวะหา และตรวจเลือด ให้ธาตุเหล็กและกรดโฟลิกเสริมให้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกคนและการฉีด Toxoid บาดทะยักเข็มแรก (WHO, 2007)

แนวปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกในประเทศไทย การมาฝากครรภ์ครั้งแรกควรเกิดขึ้นในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ที่ผ่านมาหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง หลักปฏิบัติของการฝากครรภ์ครั้งแรก ควรมีการตรวจประเมินทางกายภาพ เช่น การบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง ค่าความดันโลหิต ตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจปัสสาวะหาน้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ รวมทั้งตรวจเลือด ให้ธาตุเหล็กและกรดโฟลิกเสริมให้กับหญิงตั้งครรภ์ ทุกรายเนื่องจากประเทศไทยพบปัญหาโรคโลหิตจางจากธาตุซีมีเยียมต้องมีการตรวจคัดกรองคู่เสี่ยงตามมาตรฐานการคัดกรองด้วยพร้อม ๆ กันกับการตรวจชนิดของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin typing) เมื่อมีข้อบ่งชี้ และการฉีด Toxoid บาดทะยักเข็มแรก รวมทั้งการคำปรึกษาด้านสุขภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

สรุปว่า แนวปฏิบัติในการฝากครรภ์ทั่วโลกยึดตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก คือ ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ เพื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองและประเมินความเสี่ยง เพื่อสามารถรักษาได้ทันเวลา จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ส่วนใหญ่คัดได้ 4 ครั้ง ครั้งที่ 5 มักทำกันไม่ค่อยได้ ซึ่งยังเป็นปัญหาของประเทศกำลังพัฒนา

## สถานการณ์การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์

### การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ในประเทศทั่วโลก

การฝากครรภ์เพียงพอนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการฝากครรภ์ครั้งแรกและจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ (Cunningham et al., 2014) แนวปฏิบัติในการฝากครรภ์แต่ละประเทศแตกต่างกัน สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา ปฏิบัติตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ (WHO, 2003) ในประเทศไนจีเรียพบว่าหญิงตั้งครรภ์เริ่มฝากครรภ์

ครั้งแรกภายใน 16 สัปดาห์ ถ้าหลังอายุครรภ์ 16 สัปดาห์ ถือว่า เป็นการฝากครรภ์ล่าช้า (Ifenne & Utoo 2012; Kisuule et al., 2013) และประเทศแทนซาเนียมีแนวปฏิบัติการฝากครรภ์เหมือนประเทศไนจีเรีย (Gross et al., 2012) แนวปฏิบัติของประเทศยูกันดา ปี ค.ศ. 2010 มีช่วงการฝากครรภ์ครั้งแรก 10-20 สัปดาห์ (Kisuule et al., 2013) ไม่ว่าประเทศเหล่านั้นจะมีแนวปฏิบัติในการฝากครรภ์หรือไม่ก็ตาม โดยทั่วไปประเทศที่พัฒนาแล้วมีแนวโน้มไปในทางเดียวกัน คือมีการฝากครรภ์ครั้งแรกภายในไตรมาสแรกเท่านั้น ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีการฝากครรภ์ครั้งแรกแตกต่างกันไป คือภายหลังหรือระหว่าง 16-20 สัปดาห์

งานวิจัยล่าสุดของสหราชอาณาจักรของ Cresswell et al. (2013) แสดงให้เห็นว่ามีการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนไตรมาสแรก ร้อยละ 62.5 ฝากครรภ์ระหว่าง 13-20 สัปดาห์ ร้อยละ 25.4 ฝากครรภ์หลัง 20 สัปดาห์ ร้อยละ 2.10 ในประเทศนิวซีแลนด์มีการฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่าไตรมาสแรก เกิน 15 สัปดาห์ ร้อยละ 26.6 เกือบทั้งหมดของหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง จากการวิเคราะห์ด้านประชากรศาสตร์และบริการด้านสุขภาพ จากประเทศกำลังพัฒนา 45 ประเทศ ในปี ค.ศ.1999 แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ในประเทศกำลังพัฒนา เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (WHO, 2003)

จากการศึกษาประเทศกำลังพัฒนาพบว่า การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ยังล่าช้าอยู่ จากการศึกษาของ Kisuule et al. (2013) ประเทศยูกันดา หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ยอายุครรภ์ 27.9 สัปดาห์ (Kisuule et al., 2013) ในทำนองเดียวกันงานวิจัยของ Onoh et al. (2012) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการมาฝากครรภ์ครั้งแรกไตรมาสแรก ร้อยละ 16.95 ไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 83.15 และไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 24.33 จากการศึกษาในประเทศเอธิโอเปียพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในเขตเมืองมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 16 สัปดาห์ ร้อยละ 31 ไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 23.1 หญิงตั้งครรภ์ในชนบท มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 16 สัปดาห์ ร้อยละ 7.7 ไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 63.1 (Belayneh et al., 2014)

โดยรวมพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในประเทศกำลังพัฒนาเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทของประเทศแอฟริกา มีเพียงเล็กน้อยที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์หรือตามกำหนด ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าหรือแม้กระทั่งไม่มาฝากครรภ์เลย ด้วยเหตุนี้จึงพบอัตราการตายของมารดาและทารกในแถบประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนาจำนวนมาก

### **การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ในประเทศไทย**

จากการศึกษางานวิจัยในประเทศ ทั้งภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ยังล่าช้าอยู่

จากการศึกษางานวิจัยทางภาคกลางโดย เตือนเพ็ญ ศิลปอนันต์ (2557) ที่โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พบว่า หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 42.9 จากการศึกษา งานวิจัยทางภาคเหนือศึกษาโดย กนกวรรณ ใจพิงค์ (2554) ที่โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน พบว่าหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 58.4 จากการศึกษา งานวิจัยทางภาคใต้โดย สายใจ โนมิตกุลพร (2555) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60 และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดย นุหัตน์ สุขเกษม (2554) ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่ตำบลโพนข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 46.2 เมื่อเปรียบเทียบการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ ของแต่ละภาคพบว่า ภาคใต้มีการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ บรรลุเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก คือ ร้อยละ 60 ขึ้นไป ส่วนภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง ยังไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ในประเทศไทยยังเป็นปัญหาค่ากว่าเกณฑ์ ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ร้อยละ 60 โดยเฉพาะภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราต่ำสุดประมาณ 2 ใน 5 ของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพของ หญิงตั้งครรภ์ การศึกษาวิจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของ หญิงตั้งครรภ์ จึงมีความสำคัญเป็นการตรวจสอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ และนำผลการวิจัยมาวางแผนสนับสนุนให้มีการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ช่วยให้การวินิจฉัย ป้องกัน และรักษาภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ทันเวลา ลดอัตราตาย อัตราทุพพลภาพต่อทั้งมารดาและทารก (Cunningham, 2005)

## แนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

มีกรอบแนวคิดจำนวนมากถูกนำมาใช้ในการตรวจสอบพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ส่วนใหญ่รูปแบบการให้บริการสุขภาพของ Andersen (1995) เป็นที่รู้จักกันดี ใช้อย่างแพร่หลาย เข้าถึงการดูแล (Radina & Barber, 2004) แนวคิดนี้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพ ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1960 ตั้งแต่นั้นพัฒนาผ่านมาทั้งหมด 6 ระยะ (Andersen, 1995) ระยะแรก ได้พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน โดยเน้นที่กรอบครัว หลังจากใช้ในระยะเวลาหนึ่งได้รับการวิพากษ์

จากผู้เกี่ยวข้องถึงความไม่ครอบคลุมปัจจัยหรือตัวแปรต่าง ๆ ได้มีการปรับแก้ไขรูปแบบซับซ้อนเพิ่มขึ้นในแต่ละระยะ สะท้อนให้เห็นความเคลื่อนไหวในการเปลี่ยนแปลงการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ สำคัญของแนวคิดนี้ อธิบายว่า การใช้บริการสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบของปัจจัยสามารถทำนายการใช้บริการสุขภาพได้ ขณะเดียวกันสามารถอธิบายกระบวนการหรือความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งปัจจัยนำจะเป็นปัจจัยภายนอกโดยเฉพาะปัจจัยด้านประชากร โครงสร้างทางสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนปัจจัยสนับสนุนบางตัวมีความจำเป็นแต่ไม่เพียงพอที่จะอธิบายการใช้บริการสุขภาพได้ต้องใช้ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพด้วย

ปัจจัยนำ (Predisposing factor) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย 3 ปัจจัย 1) ด้านประชากรศาสตร์ (Demographic factor) เช่น อายุ และเพศ จะเป็นตัวแทนของลักษณะทางชีวภาพที่มีแนวโน้มจะสร้างเสริมให้บุคคลมีความต้องการบริการสุขภาพ 2) โครงสร้างทางสังคม (Social structure) หมายถึง ปัจจัยที่กำหนดสถานภาพของบุคคล บ่งบอกถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาและแหล่งสนับสนุนเพื่อแก้ปัญหาได้ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่านิยม เจตคติ และความรู้ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความต้องการและการใช้บริการสุขภาพอีกต่อหนึ่ง 3) ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health beliefs) เป็นตัวอธิบายโครงสร้างทางสังคมว่าจะมีอิทธิพลต่อปัจจัยสนับสนุนการรับรู้ความต้องการและการใช้บริการสุขภาพอย่างไร

ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพ การเดินทาง และระยะเวลาที่รอรับบริการ ปัจจัยนี้จะส่งเสริมให้บุคคลมีการมาใช้บริการสุขภาพมากขึ้น เช่น เมื่อบุคคลมีบัตรประกันสุขภาพหรือสะดวกในการเดินทางจะส่งผลให้บุคคลมาใช้บริการสุขภาพมากขึ้น

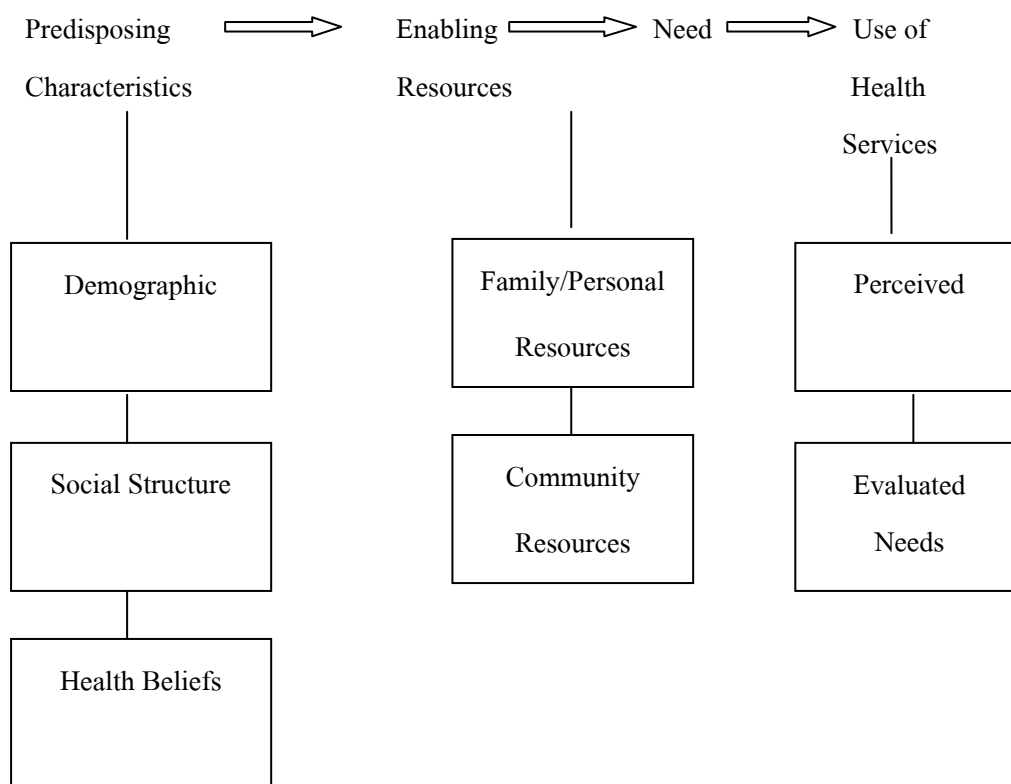
ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Need factor) หมายถึง ปัจจัยที่จำเป็นในการบริการดูแลสุขภาพเกี่ยวข้องกับรับรู้เรื่องสุขภาพของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived) หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อภาพรวมของสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง 2) การประเมินของที่มีสุขภาพ (Evaluated needs) หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพเพื่อหาข้อเท็จจริงที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเพื่อตัดสินใจในการดูแลรักษา เช่น อาจมีการนัดหมายเพื่อตรวจประเมินซ้ำ เช่น

เมื่อบุคคลเจ็บป่วย มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยมากหรือน้อยจึงตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพ และจะถูกประเมินจากทีมสุขภาพโดย แพทย์ และพยาบาล ถ้าต้องการติดตามจะมีการนัดประเมินซ้ำ เป็นต้น

มีการศึกษาจำนวนมากใช้รูปแบบบริการสุขภาพนี้เป็นแนวทางในการตรวจสอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ Tariku et al. (2010) ศึกษาในเมืองแอดดิสอาบาบา ประเทศเอธิโอเปีย จำนวนหญิงตั้งครรภ์ 612 ราย พบว่า ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ลำดับการตั้งครรภ์และการวางแผนในการมีบุตรเกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาของ Belayneh et al. (2014) จำนวนหญิงตั้งครรภ์ 369 ราย ในประเทศเอธิโอเปีย พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการแท้งบุตรเกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญ

สรุปว่า แนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ของ Andersen (1995) ซึ่งให้เห็นว่าบุคคลจะมาใช้บริการสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factor) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย 1) ด้านประชากรศาสตร์ (Demographic factor) 2) โครงสร้างทางสังคม (Social structure) 3) ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health beliefs) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Need factor) ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived) (Evaluated needs) ปัจจัยทั้งหมดนี้จะส่งผลให้บุคคลมาใช้บริการสุขภาพดังภาพที่ 2





ภาพที่ 2 แบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ Andersen (1995)

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์

ในศึกษาวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ด้านโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์และทัศนคติต่อการฝากครรภ์

#### ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นตัวแปรโครงสร้างทางสังคมที่กำหนดสถานะภาพของบุคคลบ่งบอกถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหา (Andersen, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tariku et al. (2010) ศึกษาในเมืองแอดดิสอาบาบา ประเทศเอธิโอเปีย จำนวนหญิงตั้งครรภ์ 612 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 39.5 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 32.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ระดับศึกษามีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช่วง 12 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จากการศึกษาของ Belayneh et al. (2014) จำนวนหญิงตั้งครรภ์ 369 ราย ในประเทศเอธิโอเปีย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาตามระบบการศึกษาจะมีการมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์มากกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถอ่านและเขียนได้ (AOR = 1.06, 95%,

CI = 1.3-7.6) ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของประเทศอื่น ๆ ที่กำลังพัฒนา และจากการศึกษาของ บุหลัน สุขเกษม (2554) ในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 65 ราย เขตตำบล โพนข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาลงมา มีการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 90.9 ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไปมีการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 46.3 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แต่มีการศึกษาของ Gross et al. (2012) ศึกษาในตะวันออกเฉียงใต้ประเทศแทนซาเนีย จำนวน หญิงตั้งครรภ์ 440 ราย ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 55 และที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือเรียนไม่จบการศึกษา ร้อยละ 45 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ( $p > 0.05$ )

สรุปว่า การศึกษาระดับสูงขึ้นไปจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกเร็ว ตามกำหนดภายใน 12 สัปดาห์ มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า เนื่องจากระดับ การศึกษาสูง แสดงถึงการมีความรู้และความสามารถในการแก้ปัญหาได้ (Andersen, 1995)

#### ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์

ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ส่งผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จากแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (1995) พบว่า บุคคลจะต้องมีความรู้ ในระดับหนึ่งและมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและจะต้อง เชื่อว่า การรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tariku et al. (2010) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้า ในเมืองแอดดิสอาบาบา ประเทศเอธิโอเปีย จำนวนหญิงตั้งครรภ์ 612 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับเวลาที่เหมาะสม ในการฝากครรภ์ก่อนมาฝากครรภ์ มีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้ หลัง 12 สัปดาห์ 3 เท่า (AOR = 3.23, 95%, CL = 2.02-5.14,  $p = < .001$ ) จากการศึกษาของ Gross et al. (2012) ศึกษาช่วงการมาฝากครรภ์ของวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ในตะวันออกเฉียงใต้ประเทศ แทนซาเนีย จำนวน 440 ราย หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ต่อการฝากครรภ์ระดับสูง ร้อยละ 22 จะเริ่มมา ฝากครรภ์ครั้งแรกเร็ว เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ กับ การมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

สรุปว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ระดับดีจะส่งผลให้มีการฝากครรภ์ ครั้งแรกเร็วภายใน 12 สัปดาห์ มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ระดับต่ำกว่า เนื่องจากบุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่งและมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย และจะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ (Andersen, 1995)

### ทัศนคติต่อการฝากครรภ์

ทัศนคติส่งผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นปัจจัยนำ ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความรู้ระดับดีจะทำให้มีแรงจูงใจต่อสุขภาพส่งผลให้เกิด ทัศนคติที่ดีต่อการมาใช้บริการสุขภาพ (Andersen, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen et al. (2013) นำทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen and Newman (1973) มาเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยทำนายการมาฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอด เมืองโฮจิมินห์ ประเทศเวียดนาม จำนวน 316 ราย พบว่า ทัศนคติต่อการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการ มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ (B=0.06, Adjust OR 0.94, 95% 0.89, CI=0.98, p-value < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเทศที่กำลังพัฒนา คือ มารดาหลังคลอดที่ทัศนคติเชิงลบ มีการมาฝากครรภ์ไม่ครบมากกว่ามารดาหลังคลอดที่มีทัศนคติที่ดีเชิงบวก จากการศึกษาปัจจัยที่มี ผลต่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ตำบลขาม อำเภอลพบุรีบาง ประเทศลาว จำนวน 310 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติที่ดี มีแนวโน้มมาฝากครรภ์มากเป็น 3 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มี ทัศนคติเชิงลบและอยู่ห่างไกลออกไปจากสถานบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะพบว่า ส่วนใหญ่ทัศนคติต่อการฝากครรภ์ของ หญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช่วง 12 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติต่อการฝากครรภ์ในระดับสูงจะมาฝากครั้งแรกเร็ว

### ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) และการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์

ในศึกษาวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) ได้แก่ การสนับสนุนของ ครอบครัวต่อการฝากครรภ์และรายได้ของครอบครัว

#### การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์

การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ส่งผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จากแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (1995) กล่าวว่า การสนับสนุนของครอบครัวเป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะใช้ แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ สอดคล้องจากการศึกษาของ Gross et al. (2012) ศึกษาช่วงการมาฝากครรภ์ ของวัยรุ่นและวัยรุ่นผู้ใหญ่ในวันออกเสียงได้ประเทศแทนซาเนีย จำนวน 440 ราย พบว่า การสนับสนุนของสามีหรือคู่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ( $p < .05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สายใจ โหมยิตกุลพร (2555) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม

จากสามีและญาติมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $p < .05$ ) จากการศึกษาของ ปรีชา คงเดช (2551) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์โรงพยาบาล นราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 300 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) จากการศึกษาของ พัชรินทร์ ช่างเจรจา (2556) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก จำนวน 35 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.454, p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ สายใจ โฉมิตกุลพร (2555) ศึกษาการมาฝากครรภ์และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัด นครศรีธรรมราช จำนวน 164 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติในระดับมาก เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

สรุปว่า การสนับสนุนของครอบครัวระดับดีจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ ครั้งแรกเร็วตามกำหนดภายใน 12 สัปดาห์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนของครอบครัว ระดับต่ำ การสนับสนุนที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้ ได้แก่ การสนับสนุนในรูปแบบของการเอาใจใส่ ความรัก และการดูแล การสนับสนุนด้านเรื่องอำนวยความสะดวกเป็นสนับสนุนในรูปแบบของการพาไปฝากครรภ์และการช่วยเหลือทางการเงินและการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการสนับสนุนในรูปแบบของคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การแก้ปัญหาเกี่ยวกับการฝากครรภ์ (House, 1981)

#### รายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัวจะส่งผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ รายได้ เป็นสิ่งหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการหรือใช้บริการสุขภาพได้ (Andersen, 1995) รายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น (Orem, 1991) ถ้าบุคคลมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะไม่สามารถปฏิบัติ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen et al. (2013) ศึกษาปัจจัย ทำนายการมาฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอด เมือง โอจิมินห์ ประเทศเวียดนาม จำนวน 316 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยและกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวระดับ ปานกลาง มีการฝากครรภ์น้อยกว่า 3 ครั้ง เพิ่มขึ้น 6.86 เท่า และ 2.93 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีรายได้ของครอบครัวสูง ( $p = 0.04, < 0.01$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tekelab and

Berhanu (2014) ศึกษาทางภาคใต้ของประเทศเอธิโอเปีย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวระดับปานกลางและระดับต่ำมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ มากกว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) เช่น ไม่มีเงินซื้ออาหารที่มีประโยชน์แก่ร่างกาย เจ็บป่วยไม่มีเงินให้คำรักษาพยาบาล ในหญิงตั้งครรภ์ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มากขึ้น ทั้งอาหาร เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ต้องเตรียมสำหรับบุตร ความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งหมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้มากกว่า จะทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen et al. (2013) ศึกษาปัจจัยทำนายการมาฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอด เมือง โอจิมินห์ ประเทศเวียดนาม จำนวน 316 ราย พบว่า รายได้ของครอบครัวสามารถทำนายการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ

สรุปว่า รายได้ของครอบครัวระดับสูงจะส่งผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น (Orem, 1991) เป็นสิ่งหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการหรือใช้บริการสุขภาพได้ (Andersen, 1995)

### **ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Need factors) และการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์**

ในศึกษาวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Need factor) ได้แก่ ประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์และลำดับการตั้งครรภ์

#### **ประวัตความเสี่ยงของการตั้งครรภ์**

ประวัตความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ส่งผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จากแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (1995) ประวัตความเสี่ยงของการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Need factor) ซึ่งจำเป็นในการบริการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้เรื่องสุขภาพของบุคคล ประวัตความเสี่ยงของการตั้งครรภ์เป็นภาวะหรือประวัตซึ่งอาจเกิดอันตรายหรือเสี่ยงต่อมารดาและ/ หรือทารกในครรภ์ได้ ทั้งระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอด เมื่อบุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพและประเมินภาวะสุขภาพตนเองว่ามีอาการมากหรือน้อย จะส่งผลในการใช้บริการสุขภาพและจะได้รับการประเมินจากทีมสุขภาพเพื่อการนัดประเมินซ้ำต่อไป สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Belayneh et al. (2014) จำนวนหญิงตั้งครรภ์ 369 ราย ในประเทศเอธิโอเปีย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการแท้งบุตรมีโอกาสมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติการแท้งบุตร 1 เท่า (AOR = 1.21, 95%

CL = 2.17-7.94) การศึกษาของ Tekelab and Berhanu (2014) ศึกษาทางภาคใต้ของประเทศ เอธิโอเปีย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการเจ็บป่วยมาฝากครรภ์ภายใน 16 สัปดาห์ ร้อยละ 21.2 ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยมาฝากครรภ์ภายใน 16 สัปดาห์ ร้อยละ 9.2

สรุปว่า ประวัตริความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เป็นสัญญาณอันตรายที่หญิงตั้งครรภ์ ต้องมาฝากครรภ์เร็วภายใน 12 สัปดาห์ เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครอบคลุมเป็นการป้องกัน วินิจฉัยโรค และรักษาทางการแพทย์ทั่วไปได้ทันเวลาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงของ ภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เอชไอวี/ เอ็ดส์ เป็นต้น (Belayneh et al., 2014)

### ลำดับของการตั้งครรภ์

ลำดับการตั้งครรภ์ส่งผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จากแนวคิด พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (1995) ลำดับการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยความต้องการ ด้านสุขภาพ (Need factor) เกี่ยวข้องกับการรับรู้เรื่องสุขภาพของบุคคล เมื่อบุคคลรับรู้ถึง ภาวะสุขภาพ รับรู้การตั้งครรภ์และเมื่อได้รับการประเมินจากทีมสุขภาพจะส่งผลให้บุคคล มาใช้บริการสุขภาพ ในทำนองเดียวกันเมื่อหญิงตั้งครรภ์ลำดับที่ 2 ขึ้นไป เคยตั้งครรภ์ เคยผ่าน การคลอดบุตรเมื่อครรภ์แรกมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความเสี่ยง จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ ในภาวะสุขภาพ ประเมินตนเองได้ว่ามีความเสี่ยงเมื่อมาฝากครรภ์เร็วจะได้รับการตรวจประเมินคัด กรองเพื่อป้องกันภาวะอันตรายจึงมาฝากครรภ์เร็วภายใน 12 สัปดาห์ สอดคล้องกับจากการศึกษา ของ นุหัตน์ สุขเกษม (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ ของหญิงตั้งครรภ์ตำบล โพนข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ลำดับที่ 2 ขึ้นไปมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก การศึกษา ในสหราชอาณาจักร โดย Baker and Rajasingam (2012) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้การฝากครรภ์ล่าช้า พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกที่อยู่ในชนบทมาฝากครรภ์ล่าช้า ร้อยละ 59 มีโอกาสน้อยที่จะฝากครรภ์ ภายใน 12 สัปดาห์ (AOR = .411, 95% CL = .238-.758) ขณะที่หญิงตั้งครรภ์ในเมืองแฮมเปย์ ที่มีบุตรหลายคน ฝากครรภ์ล่าช้า ร้อยละ 48 มีโอกาสน้อยที่จะฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์

สรุปว่า ลำดับการตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปส่งผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ การรับรู้เรื่องสุขภาพของบุคคล เมื่อบุคคลรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ รับรู้การตั้งครรภ์ และ เมื่อได้รับการประเมินจากทีมสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลมาใช้บริการสุขภาพ (Andersen, 1995) นอกจากนี้ พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกกับหญิงตั้งครรภ์หลายครั้งในเมืองกับในชนบทมาฝากครรภ์ ไม่แตกต่างกัน

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลพนัสนิคม คลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 1,800 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก ณ โรงพยาบาลพนัสนิคมคลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล
2. เป็นคนไทย สามารถพูดภาษาไทยและฟังภาษาไทยเข้าใจ
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Cochran (1977) ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{P(1-P)}{N}}$$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N คือ ขนาดประชากร

P คือ สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการสุ่ม (ร้อยละ 30 หรือ 0.30)

Z คือ ระดับความมั่นใจที่กำหนด หรือระดับนัยสำคัญทางสถิติ

Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96 (ความเชื่อมั่น 95%)

E คือ ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างระดับความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

$$n = \frac{0.50(1 - 0.30)}{\frac{0.05^2}{1.96^2} + \frac{0.50(1 - 0.30)}{1,800}}$$

$$= 274$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 274 ราย

ผู้วิจัยกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูลจากสถานบริการรับฝากครรภ์ ดังตารางที่ 1 เมื่อเก็บข้อมูลในสถานบริการแต่ละแห่งแล้วติดสติ๊กเกอร์สีเขียวที่มุมบนซ้ายของปกหน้าสมุดฝากครรภ์เป็นสัญลักษณ์ว่ากลุ่มตัวอย่างนี้ทำการเก็บข้อมูลแล้ว

ตารางที่ 1 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของสถานบริการฝากครรภ์ในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

| สถานรับบริการ                                     | จำนวนหญิงตั้งครรภ์<br>ที่มาฝากครรภ์/ปี (n) | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
|---|--|--------------------|
| 1. โรงพยาบาลพนัสนิคม                              | 1,200                                      | 182                |
| 2. คลินิกแพทย์ (5 แห่ง)                           | 300  | 46                 |
| 3. โรงพยาบาลส่งเสริม<br>สุขภาพประจำตำบล (20 แห่ง) | 300  | 46                 |
| รวม   | 1,800                                      | 274                |

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้

1. ผู้วิจัยแบ่งสถานบริการฝากครรภ์ในเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี เป็น 3 กลุ่ม คือ โรงพยาบาลระดับอำเภอ 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 20 แห่ง และคลินิกแพทย์ 5 แห่ง ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายเป็นตัวแทนทั้ง 3 กลุ่ม ได้ โรงพยาบาลพนัสนิคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 5 แห่ง และคลินิกแพทย์อีก 3 แห่ง
2. สุ่มวันที่หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ เพื่อทำการเก็บข้อมูลในแต่ละสถานบริการ โดยการจับฉลากวันที่จะเก็บข้อมูล เพื่อให้วันที่เก็บข้อมูลมีสิทธิ์ได้รับการเลือกเท่า ๆ กัน ดังตาราง 2



ตาราง 2 การสุ่มวันที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ในสถานบริการอำเภอพนัสนิคม

| สถานบริการ                              | วันที่รับฝากครรภ์                      | วันที่เก็บข้อมูล                |
|---|--|---------------------------------|
| 1. โรงพยาบาลพนัสนิคม                    | จันทร์, อังคาร และ<br>พฤหัสบดี (3 วัน) | จันทร์ ถึง ศุกร์<br>(5 วัน)     |
| 2. คลินิกแพทย์                          | ทุกวัน เว้นวันเสาร์<br>(6 วัน)         | พุธ, ศุกร์และอาทิตย์<br>(3 วัน) |
| 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ<br>ประจำตำบล | จันทร์ ถึง ศุกร์ (5 วัน)               | จันทร์, พุธ และศุกร์<br>(3 วัน) |

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ คือ

1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก 2) อาศัยในอำเภอพนัสนิคม 3) เป็นคนไทย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 4) ยินดีเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถาม 1 ฉบับ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลำดับของการตั้งครรภ์ และความถี่ของการตั้งครรภ์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 6 ข้อ และเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ของ นุหัตถ์ สุขเกษม (2554) ซึ่งมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่ศึกษา จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์มี 2 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ

ตอบถูก ให้คะแนน 1

ตอบผิด ให้คะแนน 0

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน และแบ่ง 3 ระดับ พิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1968) ดังนี้

คะแนน (0-5 คะแนน) ต่ำกว่าร้อยละ 60 มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ระดับต่ำ

คะแนน (6-8 คะแนน) ร้อยละ 60-79 มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ระดับปานกลาง

คะแนน (9-10 คะแนน) ร้อยละ 80 ขึ้นไปมีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการฝากครรภ์เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการฝากครรภ์ของ บุหลัน สุขเกษม (2554) ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่ศึกษาจำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามทัศนคติต่อการฝากครรภ์มี 5 ตัวเลือก เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อความในเชิงบวก (Positive statement) 4 ข้อ เป็นข้อความในเชิงลบ (Negative statement) 3 ข้อ โดยมีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

| ข้อความในเชิงบวก (Positive statement) | ข้อความในเชิงลบ (Negative statement)  |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ค่าคะแนน 5    | ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ค่าคะแนน 1    |
| ตอบเห็นด้วย ได้ค่าคะแนน 4             | ตอบเห็นด้วย ได้ค่าคะแนน 2             |
| ตอบไม่แน่ใจ ได้ค่าคะแนน 3             | ตอบไม่แน่ใจ ได้ค่าคะแนน 3             |
| ตอบไม่เห็นด้วย ได้ค่าคะแนน 2          | ตอบไม่เห็นด้วย ได้ค่าคะแนน 4          |
| ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ค่าคะแนน 1 | ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ค่าคะแนน 5 |

งานวิจัยนี้ คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการฝากครรภ์ แบ่งออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์การจัดระดับคะแนน โดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยระดับการวัด ดังนี้

|                       |                              |
|-----------------------|------------------------------|
| คะแนนเฉลี่ย 1.33-2.33 | มีทัศนคติที่ดีในระดับต่ำ     |
| คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 | มีทัศนคติที่ดีในระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 | มีทัศนคติที่ดีในระดับดี      |

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติของ สายใจ โงษิตกุลพร (2555) ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่ลักษณะแบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์มีตัวเลือกเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความในเชิงบวก (Positive statement) 2 ข้อ เป็นข้อความในเชิงลบ (Negative statement) 8 ข้อ โดยมีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เป็นข้อความในเชิงบวก (Positive statement) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) ตามแนวคิดของลิเคอร์ท (Likert) มี 5 ตัวเลือก เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

|                             |
|-----------------------------|
| 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 4 หมายถึง เห็นด้วย          |
| 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ          |

2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

งานวิจัยนี้คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์แบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์การจัดระดับคะแนน โดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยระดับการวัด ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.33-2.33 มีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 มีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 มีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับดี

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือที่นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา คือ 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ 2) แบบสอบถามทัศนคติต่อการฝากครรภ์ 3) แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ โดยผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาความสอดคล้องระหว่างสาระคำถามกับเนื้อหาสิ่งที่ต้องการวัด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และนำค่าที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index: CVI) ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามทัศนคติต่อการฝากครรภ์เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์เท่ากับ 0.93

### 2. ความเชื่อมั่นหรือความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่หาความตรงเชิงเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องศึกษาโรงพยาบาลพนัสนิคม จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ใช่หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติต่อการฝากครรภ์เท่ากับ .89 และแบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์เท่ากับ .94 ส่วนความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์คำนวณโดยใช้สูตร KR-20 (Kuder-richardson) เท่ากับ .81

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และเมื่อผ่านการพิจารณาแล้วจึงดำเนินการศึกษา โดยผู้วิจัยแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยให้สมาชิกครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยว่า การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองและให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยและแจ้งให้ทราบว่าเมื่อเข้าร่วมในโครงการวิจัยแล้วหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากกรวิจัย สามารถกระทำได้อย่างปลอดภัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลที่ได้อาจกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ส่วนการวิเคราะห์ในภาพรวมและข้อมูลที่ได้นั้นจะนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้นและเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

## ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเตรียมทีมผู้ช่วยในการทำวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลพนัสนิคม 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกแพทย์ 3 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 5 คน รวมทั้งหมด 9 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามเพื่อเข้าใจตรงกันและถูกต้อง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับ

1. ผู้วิจัยขออนุมัติความเห็นชอบโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. เมื่อได้รับอนุมัติโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการจาก คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา นำเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพนัสนิคม สาธารณสุขอำเภอพนัสนิคมและคลินิกแพทย์ 3 แห่งเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย
3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพนัสนิคม ผู้วิจัยติดต่อประสานหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพนัสนิคม แพทย์เจ้าของคลินิก 3 แห่ง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 5 แห่ง เพื่อชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัยลักษณะของงานวิจัยและขอความร่วมมือเพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลพนัสนิคม วันจันทร์ วันอังคาร เวลา 8.00 น.-12.00 น. และคลินิกแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูล วันพุธ วันศุกร์ และวันอาทิตย์ เวลา 17.00 น.-20.00 น. ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เก็บรวบรวมข้อมูลวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ เวลา 08.00 น.-12.00 น.

5. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้ทีมผู้ช่วยวิจัยทั้ง 9 เข้าใจเพื่อสามารถอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนได้อย่างเข้าใจ และถูกต้อง

6. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างระหว่างรอรับการตรวจ เพื่อขออนุญาตในการศึกษาและพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของวิจัย และขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แล้วเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้อ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

7. ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามและคิดสถิติเกออร์สียิวที่มุมบนซ้ายของสมุดฝากครรภ์ เพื่อเป็นสัญลักษณ์ว่ากลุ่มตัวอย่างนี้เก็บข้อมูลแล้ว

8. เมื่อสัมภาษณ์เสร็จและกรอกข้อความเสร็จแล้ว ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องที่ละเอียด

9. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสัมภาษณ์มาลงรหัส เพื่อจำแนกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ แล้วนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 274 ชุด แล้วนำข้อมูลบันทึกลงในเครื่องคอมพิวเตอร์แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการฝากครรภ์ ลำดับของการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ต่อการฝากครรภ์ ทักษะการฝากครรภ์และการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และต่ำสุด

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 274 ราย ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 การมาฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 4 ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์

พบว่า 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 20-35 ปี (ร้อยละ 75.9) โดยเฉลี่ยมีอายุ 26.32 ปี ส่วนมากมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. (ร้อยละ 74.4) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,000-20,000 บาท (ร้อยละ 51.8) โดยเฉลี่ยมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 15,000 บาทต่อเดือน ประมาณ 3 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างมีลำดับการตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป (ร้อยละ 62) เกือบทุกคนของกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการมีบุตร (ร้อยละ 96.7) ประมาณ 3 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 61.7) เกือบทุกคนของกลุ่มตัวอย่างเดินทางมาฝากครรภ์สะดวก (ร้อยละ 98.9) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์โดยการศึกษาด้วยตนเอง (ร้อยละ 50) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง  
(n = 274)

| ข้อมูลส่วนบุคคล                                       | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| อายุ (ปี)   |       |        |
| น้อยกว่า 20 ปี  | 37    | 13.50  |
| 20-35 ปี  | 208   | 75.90  |
| มากกว่า 35 ปี   | 29    | 10.60  |
| $\bar{X} = 26.32, SD = 6.0, Max = 40, Min = 15$       |       |        |
| ระดับการศึกษา   |       |        |
| ไม่ได้เรียน/ ประถมศึกษา                               | 18    | 6.50   |
| มัธยม/ ปวช./ ปวส.                                     | 204   | 74.50  |
| ปริญญาตรีขึ้นไป                                       | 52    | 19.0   |
| รายได้ของครอบครัว                                     |       |        |
| น้อยกว่า 10,000 บาท                                   | 49    | 17.90  |
| 10,000-20,000 บาท                                     | 142   | 51.80  |
| มากกว่า 20000 บาท                                     | 83    | 30.30  |
| $\bar{X} = 15000, SD = 6840, Max = 70000, Min = 3500$ |       |        |
| ลำดับของการตั้งครรภ์                                  |       |        |
| ครั้งที่ 1  | 104   | 38.0   |
| ครั้งที่ 2 ขึ้นไป                                     | 170   | 62.0   |
| ความพร้อมในการมีบุตร                                  |       |        |
| ยังไม่พร้อมมีบุตร                                     | 9     | 3.30   |
| พร้อมมีบุตร   | 265   | 96.70  |
| ประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์                      |       |        |
| ไม่มีความเสี่ยง                                       | 169   | 61.70  |
| มีความเสี่ยง  | 105   | 38.30  |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล               | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------|-------|--------|
| ความสะดวกในการมาฝากครรภ์      |       |        |
| ไม่สะดวก                      | 3     | 1.10   |
| สะดวก                         | 271   | 98.90  |
| แหล่งความรู้ในการฝากครรภ์     |       |        |
| ศึกษาด้วยตนเอง                | 137   | 50.0   |
| จากบุคคลอื่น                  | 111   | 40.50  |
| ศึกษาด้วยตนเองและจากบุคคลอื่น | 26    | 9.50   |

## ส่วนที่ 2 การฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์

พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์มีการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 46) และมีการฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 54 ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์เฉลี่ย 14 สัปดาห์ อายุครรภ์ต่ำสุด 6 สัปดาห์ และอายุครรภ์สูงสุด 30 สัปดาห์ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ (n = 274)

| การฝากครรภ์ครั้งแรก                             | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์                  | 126   | 46.0   |
| มากกว่า 12 สัปดาห์                              | 148   | 54.0   |
| $\bar{X} = 13.54, SD = 2.23, Max = 30, Min = 6$ |       |        |

## ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์

พบว่า เกือบ 2 ใน 3 ของหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ระดับดี (ร้อยละ 64.6) และมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.9 คะแนน ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ (n = 274)

| ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์                                 | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ระดับปานกลาง (6-8 คะแนน)                                    | 97    | 35.40  |
| ระดับดี (9-10 คะแนน)  | 177   | 64.60  |
| $\bar{X} = 8.9, SD = 1.11, \text{Max} = 10, \text{Min} = 7$ |       |        |

#### ส่วนที่ 4 ทักษะต่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์

พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของหญิงตั้งครรภ์มีทักษะต่อการฝากครรภ์ระดับดี (ร้อยละ 69.3) และมีทักษะต่อการฝากครรภ์ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.9 คะแนน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนร้อยละและระดับทักษะต่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ (n = 274)

| ทักษะต่อการฝากครรภ์  | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)                                 | 84    | 30.70  |
| ระดับดี (3.67-5.00 คะแนน)                                      | 190   | 69.30  |
| $\bar{X} = 3.9, SD = 0.38, \text{Max} = 4.7, \text{Min} = 2.7$ |       |        |

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ประมาณ 4 ใน 5 ของหญิงตั้งครรภ์ มีการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 79.9) และมีการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.2 คะแนน ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนร้อยละ และระดับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ (n = 274)

| การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------|-------|--------|
| ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)       | 55    | 20.10  |

|  |     |       |
|--|-----|-------|
| ระดับดี (3.67-5.00 คะแนน)                      | 219 | 79.90 |
| $\bar{X} = 4.2, SD = 0.66, Max = 5, Min = 2.6$ |     |       |

### ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของ

**หญิงตั้งครรภ์** พบว่า ลำดับการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $\chi^2 = 2.12, p = .146$ ) ส่วนระดับการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ รายได้ของครอบครัวและประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการทดสอบไคสแควร์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการมาฝากครรภ์ครั้งแรก (n = 274)

| ปัจจัย                  | การฝากครรภ์ครั้งแรก |               | $\chi^2$ | p-value |       |        |
|-------------------------|---------------------|---------------|----------|---------|-------|--------|
|                         | $\leq 12$ weeks     | > 12 weeks    |          |         |       |        |
|                         | (จำนวน = 126)       | (จำนวน = 148) |          |         |       |        |
|                         | จำนวน               | ร้อยละ        | จำนวน    | ร้อยละ  |       |        |
| ลำดับของการตั้งครรภ์    |                     |               |          |         |       |        |
| ครั้งแรก                | 42                  | 33.30         | 62       | 41.90   | 2.12  | .146   |
| ครั้งที่ 2 ขึ้นไป       | 84                  | 66.70         | 86       | 58.10   |       |        |
| ระดับการศึกษา           |                     |               |          |         |       |        |
| ไม่ได้เรียน/ ประถมศึกษา | 5                   | 4.0           | 13       | 8.80    |       |        |
| มัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส.  | 77                  | 61.10         | 127      | 85.80   | 39.22 | < .001 |
| ปริญญาตรีขึ้นไป         | 44                  | 34.90         | 8        | 5.40    |       |        |

ตารางที่ 8 (ต่อ)

| ปัจจัย                      | การฝากครรภ์ครั้งแรก |               | $\chi^2$ | p-value |       |        |
|-----------------------------|---------------------|---------------|----------|---------|-------|--------|
|                             | $\leq 12$ weeks     | > 12 weeks    |          |         |       |        |
|                             | (จำนวน = 126)       | (จำนวน = 148) |          |         |       |        |
|                             | จำนวน               | ร้อยละ        | จำนวน    | ร้อยละ  |       |        |
| ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ |                     |               |          |         | 64.18 | < .001 |

|                                      |     |       |     |       |        |        |
|--------------------------------------|-----|-------|-----|-------|--------|--------|
| ระดับปานกลาง                         | 13  | 10.30 | 84  | 56.80 |        |        |
| ระดับดี                              | 113 | 89.70 | 64  | 43.2  |        |        |
| ทัศนคติต่อการฝากครรภ์                |     |       |     |       | 78.16  | < .001 |
| ระดับปานกลาง                         | 5   | 4.0   | 79  | 53.40 |        |        |
| ระดับดี                              | 121 | 96.0  | 69  | 46.6  |        |        |
| การสนับสนุนของครอบครัว               |     |       |     |       | 47.58* | .146   |
| ระดับปานกลาง                         | 2   | 1.60  | 53  | 35.80 |        |        |
| ระดับดี                              | 124 | 98.4  | 95  | 64.2  |        |        |
| รายได้ของครอบครัว                    |     |       |     |       | 60.39  | < .001 |
| น้อยกว่า 10,000 บาท                  | 6   | 4.70  | 43  | 29.0  |        |        |
| 10,000-20,000 บาท                    | 55  | 43.70 | 87  | 58.80 |        |        |
| มากกว่า 20,000 บาท                   | 65  | 51.60 | 18  | 12.20 |        |        |
| ประวัติความเสี่ยงของ<br>การตั้งครรภ์ |     |       |     |       | 83.80  | < .001 |
| ไม่มีความเสี่ยง                      | 41  | 32.50 | 20  | 86.50 |        |        |
| มีความเสี่ยง                         | 85  | 67.50 | 128 | 13.5  |        |        |

\* Fisher's exact test

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) เพื่อตรวจสอบการทำนายโอกาสมาฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ โดยนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกที่ระดับนัยสำคัญจากการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) จำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทัศนคติต่อการฝากครรภ์ การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ รายได้ของครอบครัว และประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ นำไปเข้าสมการ พบว่า ประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ทัศนคติต่อการฝากครรภ์ การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ และรายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน

12 สัปดาห์ประมาณ 52 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (AOR = 52.17, 95% CL = 15.33-177.53,  $p < .001$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อการฝากครรภ์ระดับดีจะมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติต่อการฝากครรภ์ระดับปานกลางถึง 52 เท่า (AOR = 52.16, 95% CL = 10.24-265.57,  $p < .001$ ) ในทำนองเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ระดับดีจะมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ประมาณ 23 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ระดับปานกลาง (AOR = 22.57, 95% CL = 3.38-150.86,  $p = .001$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ระดับดีจะมีโอกาสมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ประมาณ 4 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ระดับปานกลาง (AOR = 4.01, 95% CL = 1.31-12.27,  $p = .015$ ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000-20,000 บาทต่อเดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีโอกาสที่จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น 7 เท่า (AOR = 7.26, 95% CL = 1.56-33.58,  $p = .011$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีโอกาสที่จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น 13 เท่า (AOR = 13.34, 95% CL = 2.67-66.77,  $p = .002$ ) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การเสนอผลวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการมาฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ ( $n = 274$ )

| ตัวแปร                           | B    | Adjusted OR | 95% CL       | p-value |
|----------------------------------|------|-------------|--------------|---------|
| ประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ |      |             |              |         |
| ไม่มีความเสี่ยง                  | 3.96 | 1.00        | 15.33-177.53 | < .001  |
| มีความเสี่ยง                     |      | 52.17       |              |         |

ตารางที่ 9 (ต่อ)

| ตัวแปร                               | B    | Adjusted OR | 95% CL       | p-value |
|--------------------------------------|------|-------------|--------------|---------|
| ทัศนคติต่อการฝากครรภ์                |      |             |              |         |
| ระดับปานกลาง                         | 3.95 | 1.00        | 10.24-265.57 | < .001  |
| ระดับดี                              |      | 52.16       |              |         |
| การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ |      |             |              |         |

|                             |      |       |             |      |
|-----------------------------|------|-------|-------------|------|
| ระดับปานกลาง                | 3.12 | 1.00  | 3.38-150.86 | .001 |
| ระดับดี                     |      | 22.57 |             |      |
| ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ |      |       |             |      |
| ระดับปานกลาง                | 1.39 | 1.00  | 1.30-12-27  | .015 |
| ระดับดี                     |      | 4.01  |             |      |
| รายได้ของครอบครัว/ เดือน    |      |       |             |      |
| < 10,000 บาท                | 1.98 | 1.00  | 1.56-33.58  | .011 |
| 10,000-20,000 บาท           | 2.59 | 7.26  | 2.67-66.77  | .002 |
| > 20,000 บาท                |      | 13.34 |             |      |
| ระดับการศึกษา               |      |       |             |      |
| ไม่ได้ศึกษา/ ประถมศึกษา     | -.32 | 1.00  | .02-25-97   | .859 |
| มัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส       | 1.82 | .16   | .15-252.29  | .338 |
| ปริญญาตรีขึ้นไป             |      | .12   |             |      |

---

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรก ภายใน 12 สัปดาห์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ได้แก่ โรงพยาบาล พนัสนิคม คลินิกแพทย์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เลือกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ การสุ่มแบบหลายชั้น จำนวน 274 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ แบบสอบถามทัศนคติต่อการฝากครรภ์ และแบบสอบถามการสนับสนุนของ ครอบครัวต่อการฝากครรภ์ แบบสอบถามดังกล่าวมีความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์เท่ากับ 0.81 โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder-richardson) มีความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ทัศนคติต่อการฝากครรภ์เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์เท่ากับ 0.94 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา เพื่ออธิบายกลุ่มตัวอย่างและตัวแปร ทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

#### สรุปผลการวิจัย

1. อัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 46) และมีอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 54 ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์เฉลี่ย 14 สัปดาห์ อายุครรภ์ต่ำสุด 6 สัปดาห์ และอายุครรภ์สูงสุด 30 สัปดาห์

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ทัศนคติต่อการฝากครรภ์ การสนับสนุนของครอบครัว ต่อการฝากครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ และรายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ประมาณ 52 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (AOR = 52.17, 95% CL = 15.33-177.53,  $p < .001$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อการฝากครรภ์

ระดับดีจะมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติต่อการฝากครรภ์ระดับปานกลางถึง 52 เท่า (AOR = 52.16, 95% CL = 10.24-265.57,  $p < .001$ ) ในทำนองเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ระดับดีจะมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ประมาณ 23 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ระดับปานกลาง (AOR = 22.57, 95% CL = 3.38-150.86,  $p = .001$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ระดับดีจะมีโอกาสมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ประมาณ 4 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ระดับปานกลาง (AOR = 4.01, 95% CL = 1.31-12.27,  $p = .015$ ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000-20,000 บาทต่อเดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีโอกาสที่จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น 7 เท่า (AOR = 7.26, 95% CL = 1.56-33.58,  $p = .011$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีโอกาสที่จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น 13 เท่า (AOR = 13.34, 95% CL = 2.67-66.77,  $p = .002$ )

## อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนัสนิคม โดยผู้ศึกษาอภิปรายได้ดังนี้

ในการศึกษาครั้งนี้อัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 46 พบว่าลดลงเมื่อเทียบข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) ประเทศไทยมีอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 55.8 และเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2558 มีอัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 49.01 ลดลงเช่นกัน และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานของหน่วยบริการฝากครรภ์เขตอำเภอพนัสนิคม ปี พ.ศ. 2558 ซึ่งมีอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 48.59 พบว่า ลดลงและสอดคล้องกับการศึกษาของ เดือนเพ็ญ ศิลปอนันต์ (2557) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 42.9 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ ร้อยละ 60 ขึ้นไป นั่นหมายถึง การฝากครรภ์ครั้งแรกยังล่าช้าอยู่และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอยู่ในขณะนี้

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี โดยศึกษา 7 ปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ การสนับสนุนของครอบครัว ต่อการฝากครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ รายได้ของครอบครัว ประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์และลำดับการตั้งครรภ์ พบว่า ประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ และรายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 1. ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ศึกษา/ ประถมศึกษา มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. และมีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป มีการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันอธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยนำด้านโครงสร้างทางสังคมเป็นตัวกำหนดสถานภาพของบุคคล บ่งบอกถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาและแหล่งสนับสนุนเพื่อแก้ปัญหาได้ เมื่อบุคคลมีระดับการศึกษาสูงส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพ (Andersen, 1995) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Blayneh et al. (2014) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาตามระบบการศึกษาจะมีการมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์มากกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถอ่านและเขียนได้ (AOR = 1.06, 95% CI = 1.3-7.6) อธิบายได้ว่า การศึกษานั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญในการใช้บริการสุขภาพแต่อาจแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ เพราะการศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษาในประเทศไทยจะเน้นป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และประโยชน์ของการฝากครรภ์

### 2. ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างมีทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ระดับดีมีโอกาสมารับฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ประมาณ 52 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ระดับปานกลาง (AOR = 52.16, 95% CL = 10.24-265.57,  $p < .001$ ) จากผลการศึกษาพบว่า ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ อธิบายได้ว่า ทักษะคิดซึ่งเป็นปัจจัยนำด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ถ้าบุคคลมีทักษะคิดที่ดีจะส่งผลให้มีการใช้บริการสุขภาพ (Andersen, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ye et al. (2010) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะคิดเชิงบวกมีโอกาสมารับฝากครรภ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะคิดเชิงลบประมาณ 3 เท่า (AOR = 3, 95% CL = 1.3-7.1) สนับสนุนแนวคิดของ Roger (1978, หน้า 208-209) อ้างถึงใน สุรพงษ์



โศชนะเสถียร, 2533, หน้า 122) ได้กล่าวถึงทัศนคติว่า เป็นดัชนีชี้ว่าบุคคลนั้นคิดและรู้สึกอย่างไร กับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อม ตลอดจนสถานการณ์ต่าง ๆ โดยทัศนคติดีมีรากฐานมาจาก ความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคต ทัศนคติจึงเป็นความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และเป็นมิติของการประเมิน เพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่ง ๆ ซึ่งถือเป็นการสื่อสาร ภายในบุคคลที่เป็นผลกระทบมาจากการรับสารอันจะมีผลต่อพฤติกรรมต่อไป

### 3. การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์

กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ในระดับดีมีโอกาสมามากฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ประมาณ 23 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ในระดับปานกลาง (AOR = 22.57, 95% CL = 3.38-150.86,  $p < .01$ ) จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ อธิบายได้ว่า การสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนเป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้ามีการสนับสนุนของครอบครัวระดับดีจะส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพ (Andersen, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gross et al. (2012) พบว่า การสนับสนุนของสามีหรือคู่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ( $p < .05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สายใจ โภษิตกุลพร (2555) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $p < .05$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนของครอบครัวระดับดี เกือบ 4 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 79.9) สอดคล้องกับ House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ ในรูปแบบของการเอาใจใส่ ความรักและการดูแล การสนับสนุนด้านเครื่องอำนวยความสะดวก ในรูปแบบของการพาไปฝากครรภ์และการช่วยเหลือทางการเงิน และการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารในรูปแบบของคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การแก้ปัญหาเกี่ยวกับการฝากครรภ์

### 4. ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ในระดับดีมีโอกาสมามากฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ประมาณ 4 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ในระดับปานกลาง (AOR = 4.01, 95% CL = 1.36-12.27,  $p < .05$ ) จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ อธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยนำด้านความเชื่อด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลส่งผลต่อการมาใช้บริการสุขภาพ (Andersen, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ

Orem (1991) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับดีมีโอกาสมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ประมาณ 6.5 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับต่ำ (AOR = 6.5, 95% CL = 2.4-17.6,  $p < .05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tariku et al. (2010) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับเวลาที่เหมาะสมในการฝากครรภ์ก่อนมาฝากครรภ์ มีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกสูงกว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้หลัง 12 สัปดาห์ 3 เท่า (AOR = 3.23, 95% CL = 2.02-5.14,  $p < .001$ ) อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ในระดับดีมาฝากครรภ์ครั้งแรกเร็วภายใน 12 สัปดาห์ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์ และต้องการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Thuong et al., 2015)

### 5. รายได้ของครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000-20,000 บาทต่อเดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีโอกาสที่จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น 7 เท่า (AOR = 7.26, 95% CL = 1.56-33.58,  $p = .011$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัว มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีโอกาสที่จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น 13 เท่า (AOR = 13.34, 95% CL = 2.67-66.77,  $p = .0002$ ) จากการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ อธิบายได้ว่า รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยสนับสนุนเป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ ส่งผลต่อการมาใช้บริการสุขภาพ ถ้าบุคคลมีรายได้ระดับสูงจะมาใช้บริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (Andersen, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen et al. (2013) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวน้อย และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวระดับปานกลาง มีการฝากครรภ์น้อยกว่า 3 ครั้ง เพิ่มขึ้น 6.86 เท่า และ 2.93 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวสูง ( $p = 0.04$ ,  $p < 0.01$  ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tekelab at al. (2014) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวระดับปานกลางและระดับต่ำมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น 3.29 เท่า และ 7.01 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวสูง ( $p < .05$ ) อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะไม่สามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ เช่น ไม่มีเงินซื้ออาหารที่มีประโยชน์แก่ร่างกาย เจ็บป่วยไม่มีเงินให้คำรักษาพยาบาล เมื่อตั้งครรภ์ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มากขึ้น ทั้งอาหาร เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ต้องเตรียมสำหรับบุตร เมื่อรายได้ต่ำ มีปัญหาทางเศรษฐกิจจึงเป็นปัญหาเฉพาะหน้าที่ต้องแก้ไข การให้ความสำคัญกับสุขภาพตนเองจึงต่ำลง จึงมาฝากครรภ์ช้ากว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูง

## 6. ประสิทธิภาพของการตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างที่มีประสิทธิภาพของการตั้งครรภ์มีโอกาสมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ประมาณ 52 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (AOR = 52.17, 95% C = 15.33-177.53,  $p < .001$ ) จากการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของการตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ อธิบายได้ว่า ประสิทธิภาพของการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพซึ่งจำเป็นในการบริการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้เรื่องสุขภาพของบุคคล เมื่อบุคคลรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ มีการประเมินตนเอง หรือได้รับการประเมินจากทีมสุขภาพจะส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพ (Andersen, 1995) กลุ่มตัวอย่างที่มีประสิทธิภาพของการตั้งครรภ์จึงมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Belayneh et al. (2014) จำนวนหญิงตั้งครรภ์ 369 ราย ในประเทศเอธิโอเปีย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการแท้งบุตรมี โอกาสมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติการแท้งบุตร 1 เท่า (AOR = 1.21, 95%, CL = 2.17-7.94) อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพของการตั้งครรภ์รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและบุตรในครรภ์ที่จะได้รับอันตรายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน เมื่อรับรู้ว่าจะตั้งครรภ์จึงมาฝากครรภ์เร็วภายใน 12 สัปดาห์ เพื่อจะได้รับการตรวจคัดกรอง อย่างครอบคลุม เป็นการป้องกัน วินิจฉัย โรคและรักษาทางการแพทย์ทั่วไปได้ทันเวลา เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เอชไอวี/ เอคส์ เป็นต้น (Belayneh et al., 2014)

## 7. ลำดับการตั้งครรภ์

ลำดับการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สายใจ โฆษิตกุลพร (2555) ศึกษา การฝากครรภ์และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ลำดับการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์ ลำดับที่ 2 ขึ้นไป มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์แรก และกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์ลำดับที่ 2 ขึ้นไป มาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์เทียบกับการมา ฝากครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์นั้น ไม่แตกต่างกัน คือ ร้อยละ 66.7 และ 58.1 ตามลำดับ จากแนวคิด พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (1995) กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพ มีการประเมินตนเองและส่งผลให้ไปใช้บริการสุขภาพและจะได้รับการประเมินจากทีมสุขภาพ

มีการนัดตรวจวินิจฉัยประเมินซ้ำต่อไป อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปมาฝากครรภ์ครั้งแรก ภายใน 12 สัปดาห์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก อาจเป็นไปได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการตั้งครรภ์ และคลอดบุตรมาก่อนรับรู้ประสบการณ์ว่าเมื่อตั้งครรภ์และมาฝากครรภ์เร็วทำให้ตนเองได้รับการตรวจประเมิน การวินิจฉัยจากทีมสุขภาพ ทำให้ปลอดภัยตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอดบุตร ส่วนหญิงตั้งครรภ์แรกไม่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรจึงไม่เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกเร็วภายใน 12 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ บูหลัน สุขเกษม (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ ของหญิงตั้งครรภ์ตำบลโพนขา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ลำดับที่ 2 ขึ้นไป มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ควรมีการรณรงค์เสริมสร้างความรู้ที่ดีเกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะที่ดีต่อการฝากครรภ์และส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีการสนับสนุนที่ดีต่อการฝากครรภ์ให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ครั้งแรกเร็วตามกำหนดภายใน 12 สัปดาห์ โดยการสร้างแกนนำในชุมชนจัดให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ข้อดีของการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ เพื่อสามารถไปให้ความรู้กับครอบครัวได้ มีการจัดทำประชาสัมพันธ์เชิงรุกอย่างต่อเนื่อง เช่น จัดทำเอกสาร แผ่นพับ ออกเสียงตามสายในหมู่บ้านหรือเข้าไปให้ความรู้ในโรงเรียนกับนักเรียนมัธยมศึกษา

2. พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ควรมีการจัดโปรแกรมเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์ให้หญิงวัยเจริญพันธุ์และครอบครัวมีส่วนร่วม เช่น พ่อ แม่ พี่สาว และสามี เป็นต้น เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ประโยชน์ของการฝากครรภ์ ข้อดีของการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะดีต่อการฝากครรภ์ และการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ไปส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัว และหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้เล็งเห็นถึงประโยชน์และความสำคัญของการฝากครรภ์ ส่งผลให้มีการฝากครรภ์ครั้งแรกเร็วภายใน 12 สัปดาห์ ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

2. ควรมีการศึกษาในครั้งต่อไป ในระยะยาวประมาณ 1 ปี ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างน้อยและศึกษาระยะสั้น ๆ เพียง 3 เดือน เนื่องจากการฝากครรภ์ครั้งแรกยังเป็นปัญหาอยู่ มีการมาฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนดภายใน 12 สัปดาห์ไม่ผ่านเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ ร้อยละ 60 เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายกับมารดาและทารกในครรภ์

## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ใจพิงค์. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 4(2), 125-140.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือการดำเนินงาน ประจำปี 2558*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กุศล รัศมีเจริญ, มนศักดิ์ ชูโชติรส, และมณี รัตนไชยานนท์. (2550). การดูแลสตรีตั้งครรภ์บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์. ใน *ชาญชัย วันทนาศิริ, วิทยา ถิฐาพันธ์, ปราโมทย์ ไพรสุวรรณ, สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์*. เวชศาสตร์ปริกำเนิด. กรุงเทพฯ: ยูเนียนศรีเอชเอ็น.
- เดือนเพ็ญ ศิลปอนันต์. (2557). ทำไมจึงฝากครรภ์: ทศนะของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 4(2), 125-134.
- นรินทรชัย พัฒนพงศา. (2542). *ความรู้ ทศนคติ*. กรุงเทพฯ: ทำปกเจริญ.
- บุหลัน สุขเกษม. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ ตำบลโพนข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- ปรีชา คงเดช. (2551). *พฤติกรรมและการดูแลตนเองของหญิงที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์*. นราธิวาส: โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์.
- พัชรินทร์ ช่างเจรจา. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2551). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์*. กรุงเทพฯ: วี.พรีนท์ (1991).
- ศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล. (2548). *การฝากครรภ์*. ใน *มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, และ ประเสริฐ ศันสนียวิทย์กุล (บรรณาธิการ)*. *สูติศาสตร์*. (หน้า 59-64). กรุงเทพฯ: พีเอลิฟวิ่ง.
- ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช. (2556). *รายงานการฝากครรภ์ พ.ศ. 2554-2556*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. (2554). *คู่มือการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่*. ขอนแก่น: เพ็ญพรินดี.
- ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดชลบุรี. (2558). *รายงานการฝากครรภ์ พ.ศ. 2557-2558*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สายใจ โนมิตกุลพร. (2555). *การฝากครรภ์และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช*.  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาวดี จันทะภาด. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากคู่สมรสและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ประเภทผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช*.  
วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุรพงษ์ โสชนะเสถียร. (2533). *การสื่อสารกับสังคม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอี่ยมพร ราชภูติ. (2554). *การวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลระนอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาผดุงครรภ์ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2012). *Guidelines for perinatal care summary of ACOG guidelines for perinatal care*. Retrieved from  
[http://www.uhccommunityplan.com/content/dam/  
communityplan/healthcareprofessionals/clinicalguidelines/ACOG\\_Perinatal\\_  
Care\\_Guideline\\_Summary\\_7th\\_Edition.pdf](http://www.uhccommunityplan.com/content/dam/communityplan/healthcareprofessionals/clinicalguidelines/ACOG_Perinatal_Care_Guideline_Summary_7th_Edition.pdf)
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Andersen, R. M., & Newman, J. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Journal of Health and Society*, 51(1), 95-124.
- Baker, E. C., & Rajasingam, D. (2012). Using trust databases to identify predictors of late booking for antenatal care within the UK. *Journal of Public Health*, 126(2), 112-116.
- Belayneh, T., Adefris, M., & Andargie, G. (2014). Previous early antenatal service utilization improves timely booking: Cross-sectional study at university of Gondar hospital, Northwest Ethiopia. *Journal of Pregnancy*, 3, 1-7.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons.

- Cresswell, J. A., Yu, G., Hatherall, B., Morris, J., Jamal, F., Harden, A., & Renton, A. (2013). Predictors of the timing of initiation of antenatal care in an ethnically diverse urban cohort in the UK. *Journal of BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 13(103), 1-8.
- Cunningham, F. G. (2005). *Williams obstetrics* (22<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Deshe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Dhirga, S. S., Zack, M., Strine, T., Pearson, W. S., & Balluz, L. (2014). Determining prevalence and correlates of psychiatric treatment with Andersen's behavioral model of health services use. *Psychiatric Services*, 61(5), 524-528.
- Dickason, E. J., Silverman, B., V., & Schult, M. O. (1994). *Maternal-infant nursing care*. St. Louis: Von Hoffmann Press.
- Gross, K., Alba, S., Glass, T. R., Schellenberg, J. A., & Obrist, B. (2012). Timing of antenatal care for adolescent and adult pregnant women in South-Eastern Tanzania. *Journal of BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 12(16), 1-12.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Ifenne, D. I., & Utoo, B. T. (2012). Gestational age at booking for antenatal care in a tertiary health facility in north-central, Nigeria. *Nigerian Medical Journal*, 53(4), 236-239.
- Nguyen, N. T., Deoisres, W., & Sangin, S. (2013). Factors predicting antenatal care utilization among postpartum women in Tu Du Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam. *The Journal of Science, Technology, and Humanities*, 11(1), 49-54.
- Onoh, R. C., Umeora, O. U. J., Agwu, U. M., Ezegwui, H. U., Ezeonu, P. O., & Onyebuchi, A. K. (2012). Pattern and determinants of antenatal booking at Abakaliki Southeast Nigeria. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 2(2), 169-175.
- Orem, D. E. 1991. *Nursing concepts of practice* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Mc Graw Hill Book.
- Radina, M. E., & Barber, C. E. (2004). Utilization of formal support services among Hispanic Americans caring for aging parents. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(2), 5-23.



- Kisuule, I., Kaye, D. K., Najjuka, F., Ssematimba, S. K., Arinda, A., Nakitende, G., & Otim, L. (2013). Timing and reasons for coming late for the first antenatal care visit by pregnant women at Mulago Hospital, Kampala Uganda. *Journal of BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, *13*(121), 1-7.
- Schellenberg, J. A., & Obrist, B. (2012). Timing of antenatal care for adolescent and adult pregnant women in south-eastern Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*, *21*(12), 12-16.
- Tariku, A., Melkamu, Y., & Kebede, Z. (2010). Previous utilization of service does not improve timely booking in antenatal care: Cross sectional study on timing of antenatal care booking at public health facilities in Addis Ababa. *Ethiopian Journal of Health Development*, *24*(3), 226-233.
- Tekelab, T., & Berhanu, B. (2014). Factors associated with late initiation of antenatal care among pregnant Women Attending Antenatal Clinic at Public Health Centers in Kembata Tembaro Zone. *Southern Ethiopia*, *3*(2), 108-115.
- Thuong, N. T. L., Deoisres, W., & Chuahorm, U. (2015). Factors predicting timely initiation of antenatal care among pregnant women in Binh Dinh Province, Vietnam. *Journal of Nursing Science and Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University*, *38*(4), 123-136.
- World Health Organization [WHO]. (2003). *Antenatal care in developing countries promises, achievements and missed opportunities: An analysis of trends, levels, and differentials*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Neonatal and perinatal mortality: Country, regional, and global estimates*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2007). *Integrated management of pregnancy and childbirth: Standards for maternal and neonatal care*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2014 a). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the world bank and the united nations population division*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2014 b). *World blood donor day*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/en/>

World Health Organization [WHO]. (2014 c). *World health statistic 2014: Part I Health-related millennium development goals*. Geneva: World Health Organization.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์พิริยา สุขศรี ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์  
ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา-ทารก  
และการผดุงครรภ์  
มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา-ทารก  
และการผดุงครรภ์  
มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ ตำแหน่ง อาจารย์  
ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา-ทารก  
และการผดุงครรภ์  
มหาวิทยาลัยบูรพา
4. ดร.สุมลา พรหมมา ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงานห้องคลอด  
ประจำโรงพยาบาลบางปะกง
5. นายแพทย์ทศพล เจียมตน ตำแหน่ง สูติแพทย์  
ประจำโรงพยาบาลพนัสนิคม

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในเขตอำเภอพนสนธิคม  
Factors Influences Initiation of Antenatal Care within the First 12 Weeks of Pregnancy among Women District,  
Chonburi Province

ชื่อนิติ นางสาวเรณู ศรีสุข

รหัสประจำตัวนิติ 52920258      หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชา การผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 11 - 02 - 2559  
โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย  
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 274 ราย สถานที่เก็บ  
รวบรวมข้อมูลคือ โรงพยาบาลพนสนธิคม คลินิกแพทย์ขวัญสุดา คลินิกแพทย์สำเนา คลินิกแพทย์โมนิษฐ์ โรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวถนน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระสี่เหลี่ยม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนากริก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโบสถ์
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ  
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน  
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 4 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล



แบบสอบถามเลขที่..... วันที่.....

### **แบบสอบถามข้อมูล**

คำชี้แจง: แบบสอบถามข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์  
ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการฝากครรภ์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องสี่เหลี่ยม  และเติมคำในช่องว่าง ..... หน้าข้อความ  
ที่ตรงกับความเป็นจริง

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา
 

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา  |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น   | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.                             |
| <input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ ปวส.    | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี |
3. รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
4. ลำดับของการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (รวมการแท้งที่ผ่านมามีด้วย)
 

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ครรภ์แรก    | <input type="checkbox"/> ครรภ์ที่สอง       |
| <input type="checkbox"/> ครรภ์ที่สาม | <input type="checkbox"/> ครรภ์ที่สี่ขึ้นไป |
5. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่.....คน
6. ความพร้อมในการมีบุตรในการตั้งครรภ์ครั้งนี้
 

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ยังไม่พร้อมในการมีบุตร | <input type="checkbox"/> มีความพร้อมในการมีบุตร |
|---|---|
7. มีความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ หรือการตั้งครรภ์ครั้งนี้มีภาวะแทรกซ้อน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> มีได้แก่                             |   |
| <input type="checkbox"/> เคยแท้งบุตร                          | <input type="checkbox"/> เคยคลอดก่อนกำหนด     |
| <input type="checkbox"/> เคยตกเลือดหลังคลอด                   | <input type="checkbox"/> เคยคลอดบุตรเสียชีวิต |
| <input type="checkbox"/> เคยมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ |   |
| <input type="checkbox"/> เคยมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์         | <input type="checkbox"/> มีอาการแพ้ท้องมา     |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....                     |   |
| <input type="checkbox"/> ไม่มี                                |   |
8. อายุครรภ์ของการมาฝากครรภ์ครั้งแรก..... สัปดาห์
9. ความสะดวกในการมาฝากครรภ์ครั้งนี้
 

|                                |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สะดวก | <input type="checkbox"/> ไม่สะดวก |
|--------------------------------|-----------------------------------|
10. ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ได้มาจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ศึกษาด้วยตนเองจาก | <input type="checkbox"/> หนังสือ/ ตำรา   |
| <input type="checkbox"/> อินเทอร์เน็ต      | <input type="checkbox"/> จากการบอกคนอื่น |
| <input type="checkbox"/> บิดา มารดา        | <input type="checkbox"/> สามี            |

เพื่อน อื่น ๆ (ระบุ).....

## ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ท่านคิดว่า ถูกต้อง

| ข้อความ  | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. หญิงตั้งครรภ์ควรเริ่มมาฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์                             |     |        |
| 2. หญิงตั้งครรภ์ที่สุขภาพแข็งแรง ควรมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อรู้สึกว่ามีทารกในครรภ์คืบ                     |     |        |
| 3. การมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ จะช่วยลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ได้ |     |        |
| 4. การฝากครรภ์ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จะมีประโยชน์ต่อสุขภาพมารดาและทารก                                    |     |        |
| 5. การตรวจเลือดเมื่อมาฝากครรภ์ จะตรวจช่วงอายุครรภ์เท่าใดก็ได้ ไม่มีข้อกำหนด                              |     |        |
| 6. การฝากครรภ์ ท่านได้รับการฉีดวัคซีนซึ่งทำให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยจากโรคบาดทะยัก                           |     |        |
| 7. การฝากครรภ์ท่านจะได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ซึ่งจะช่วยให้ท่านและทารกในครรภ์แข็งแรง    |     |        |
| 8. การฝากครรภ์จะทำให้ทราบว่ามีความเสี่ยงหรือความผิดปกติอะไร และได้รับการดูแลแก้ไขได้ทันเวลา              |     |        |
| 9. เมื่อมาฝากครรภ์ท่านจะได้รับยาบำรุงและวิตามินที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์                              |     |        |
| 10. หญิงตั้งครรภ์ไม่จำเป็นต้องไปตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้งก็ได้   |     |        |

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการฝากครรภ์

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้อง

| ทัศนคติต่อการฝากครรภ์  | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
|--|-------------------|----------|----------|-------------|----------------------|
| 1. หญิงตั้งครรภ์ที่สุขภาพแข็งแรง ไม่จำเป็นต้องฝากครรภ์   |                   |          |          |             |                      |
| 2. การฝากครรภ์ เป็นการจองสถานที่คลอดไว้ เพื่อสะดวกในการมาคลอดเท่านั้น  |                   |          |          |             |                      |
| 3. การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ไม่มีความสำคัญและไม่เป็นประโยชน์                                      |                   |          |          |             |                      |
| 4. หญิงตั้งครรภ์ หากได้รับการฝากครรภ์ จะช่วยให้ทารกในครรภ์ปลอดภัย จากภาวะเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน ขณะตั้งครรภ์ |                   |          |          |             |                      |
| 5. การไปตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้ง เป็นสิ่งจำเป็น   |                   |          |          |             |                      |
| 6. การไปรับบริการฝากครรภ์ทุกครั้ง มีประโยชน์   |                   |          |          |             |                      |
| 7. ท่านรู้สึกมั่นใจว่าท่านและบุตรในครรภ์ ได้รับการดูแลอย่างดีเมื่อมาฝากครรภ์                                 |                   |          |          |             |                      |

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ท่านคิดว่า ถูกต้อง

| การสนับสนุนของครอบครัว<br>ต่อการฝากครรภ์  | ระดับความคิดเห็น      |              |              |                 |                              |
|---|-----------------------|--------------|--------------|-----------------|------------------------------|
|   | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | เห็น<br>ด้วย | ไม่<br>แน่ใจ | ไม่เห็น<br>ด้วย | ไม่เห็น<br>ด้วย<br>อย่างยิ่ง |
| 1. การตั้งครรภ์ครั้งนี้ท่านไม่ได้โดดเดี่ยว<br>เพราะมีครอบครัวอยู่เคียงข้าง                                  |                       |              |              |                 |                              |
| 2. ท่านมีคนในครอบครัวเป็นกำลังใจ<br>ทำให้ท่านมาฝากครรภ์ตามนัด   |                       |              |              |                 |                              |
| 3. คนในครอบครัวช่วยหาข้อมูล เกี่ยวกับ<br>การดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์และ<br>การฝากครรภ์ให้ท่าน                 |                       |              |              |                 |                              |
| 4. ท่านรู้สึกมั่นใจต่อการฝากครรภ์ครั้งนี้<br>มากอยู่ในความดูแลของครอบครัว                                   |                       |              |              |                 |                              |
| 5. ท่านมีคนในครอบครัวคอยเตือน<br>ให้รับประทานยาบำรุงเลือดและอาหาร<br>ที่มีประโยชน์ เป็นประจำทุกวัน          |                       |              |              |                 |                              |
| 6. ท่านมีคนในครอบครัวช่วยเหลือ<br>ด้านการเงินเพื่อมาฝากครรภ์  |                       |              |              |                 |                              |
| 7. ท่านมีคนในครอบครัวช่วยกระตุ้น<br>เตือนให้มาฝากครรภ์  |                       |              |              |                 |                              |
| 8. ท่านมีคนคอยช่วยเหลือสนับสนุน<br>ในการเดินทางไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล<br>ได้อย่างสะดวกทุกครั้งตามที่ต้องการ |                       |              |              |                 |                              |
| 9. คนในครอบครัวเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับ<br>การตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ได้                                      |                       |              |              |                 |                              |

**ภาคผนวก ง**  
**คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ**



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์  
ที่มารับบริการในเขตอำเภอพนัสนิคม

รหัสจริยธรรมการวิจัย 11-02-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเรณู ศรีสุข

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาอัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์  
ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับ  
บริการในเขตอำเภอพนัสนิคม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถาม

ตามความเป็นจริงทุกประการทุกข้อไม่เว้นข้อใดข้อหนึ่ง

ประโยชน์ที่จะได้รับ อาจไม่เป็นประโยชน์ทางตรงแก่ท่านแต่จะเป็นประโยชน์ต่อสังคม  
ส่วนรวม โดยนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาหรือวางแผนสนับสนุนช่วยเหลือให้หญิง  
วัยเจริญพันธุ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกได้เร็วภายใน 12 สัปดาห์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับ  
มารดาและทารกในครรภ์

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยให้ท่านหรือผู้แทน  
โดยชอบธรรมเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง ให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยและแจ้งให้ทราบ  
ว่าเมื่อเข้าร่วมในโครงการวิจัยแล้ว หากท่านต้องการถอนตัวออกจากการศึกษา สามารถกระทำ  
ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลที่ได้จากท่านจะถือเป็นความลับและในการรวบรวม  
ข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของท่าน โดยจะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น  
ส่วนการวิเคราะห์ในภาพรวมและข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น เมื่อท่านยินดีให้  
ความร่วมมือในการวิจัย จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย  
ในวันทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่

นางสาวเรณู ศรีสุข หมายเลขโทรศัพท์ 081-354-9245 หรือที่รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ  
เดียวิศเรศ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 082-993-3483

นางสาวเรณู ศรีสุข  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ฯ ทราบได้ที่เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรม ฯ ฝ่ายวิจัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823





## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในเขตอำเภอพนัสนิคม

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้า มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะเก็บข้อมูลทั้งหมดนี้เป็นความลับ

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย  
(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงนาม.....พยาน  
(.....)

ลงนาม.....พยาน  
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย  
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะเก็บข้อมูลทั้งหมดนี้เป็นความลับ

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย  
(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ ผู้แทนโดยชอบธรรม  
(.....)

ลงนาม.....พยาน  
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย  
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะเก็บข้อมูลทั้งหมดนี้เป็นความลับ

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย  
(.....)