

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา
ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด



นางสาวชลดา ณะธง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาประชากรศาสตร์

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

DETERMINANTS OF POSITIVE HEALTH BEHAVIOR
DURING PREGNANCY AND POSTPARTUM CARE



Miss Chonlada Phathong

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Arts Program in Demography

College of Population Studies

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของ
มารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

โดย

นางสาวชลดา ณะธง

สาขาวิชา

ประชากรศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราภรณ์ โพธิศิริ

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

.....คณบดีวิทยาลัยประชากรศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราภรณ์ โพธิศิริ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญานิศวรรค์ กุศลรัตนมณีพร)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชลดดา ณะชง : ปัจจยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด. (DETERMINANTS OF POSITIVE HEALTH BEHAVIOR DURING PREGNANCY AND POSTPARTUM CARE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.วิราภรณ์ โพธิศิริ, 73 หน้า.

สุขภาพของมารดาตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลจาก “โครงการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ สตรีที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี และให้กำเนิดบุตรภายใน 1 ปีก่อนวันสำรวจที่ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง จำนวนทั้งสิ้น 2,300 ราย และการศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค (Binary Logistic Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดมีเพียงร้อยละ 40.83 และพบว่าอายุมารดา ระดับการศึกษา ความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน อายุสามี และการมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำดูแลและบุตรมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของมารดาแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 นอกจากนี้ภายหลังการควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ พบว่า จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ ความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และการมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำดูแลและบุตรเท่านั้นที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา โดยมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก มีความต้องการตั้งครรภ์ในครั้งนั้น ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันหรือจากนายจ้าง มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และสามีเคยมีส่วนร่วมรับคำแนะนำดูแลและบุตรมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

สาขาวิชา ประชากรศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิติต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5486852351 : MAJOR DEMOGRAPHY

KEYWORDS: HEALTH BEHAVIOR / MATERNAL CARE / PREGNANCY / POSTPARTUM

CHONLADA PHATHONG: DETERMINANTS OF POSITIVE HEALTH BEHAVIOR DURING PREGNANCY AND POSTPARTUM CARE. ADVISOR: ASST. PROF. WIRAPORN POTHISIRI, Ph.D., 73 pp.

Maternal health during pregnancy and postpartum periods indicates the quality of life of population. The purposes of this study are (1) to assess the positive health behavior of Thai mothers and (2) to determine factors affecting their positive health behavior from prenatal through postpartum period. The data used are drawn from the 2009 Reproductive Health Survey conducted by Thailand National Statistics Office (total sample=2,300). The analyzed sample is confined to any female respondents aged 15 to 49 years who reported to have given birth in the past 12 months before the survey and responded to the questionnaire by themselves. The binary logistic regression is performed for data analysis.

The results suggest that 40.83 percent of Thai women have positive health behavior during pregnancy and postpartum periods and it is found that maternal age, educational level, desire for pregnancy, receiving any health welfare, household economic status, husband's age, and husband's participation in prenatal counseling are positively associated with the health behavior of the mothers at a statistical significance level of 0.05. In addition, after other independent variables are controlled for it is show that only the number of pregnancies, desire for pregnancy, receiving any health welfare, household economic status, and husband's participation in prenatal counseling affect the positive health behavior of the mothers. The mothers who were primigravida, had desired for a pregnancy, received health welfare from private health insurance, resided in high economic status households, and whose husband ever participated in the prenatal counseling are more likely to have positive health behavior during pregnancy and postpartum periods compared with other groups.

Field of Study: Demography

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราภรณ์ โปธิศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางการศึกษา และการเขียนงานวิชาการ รวมทั้งสละเวลาในการตรวจแก้ไข และช่วยเหลือในการปรับแก้วิทยานิพนธ์นี้จนสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชฎานิศวรร กุศลตันมณีพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์นี้ให้มีคุณค่ามากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา หัวหน้าโครงการ ปฏิสัมพันธ์ของพลวัตทางประชากรกับความมั่นคงของมนุษย์ในสังคมไทย คลัสเตอร์ความมั่นคงของมนุษย์ โครงการมหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้อนุมัติทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลโครงการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์จากวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนและให้ความรู้แก่ผู้ศึกษาจนสำเร็จการศึกษา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่วิทยาลัยประชากรศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

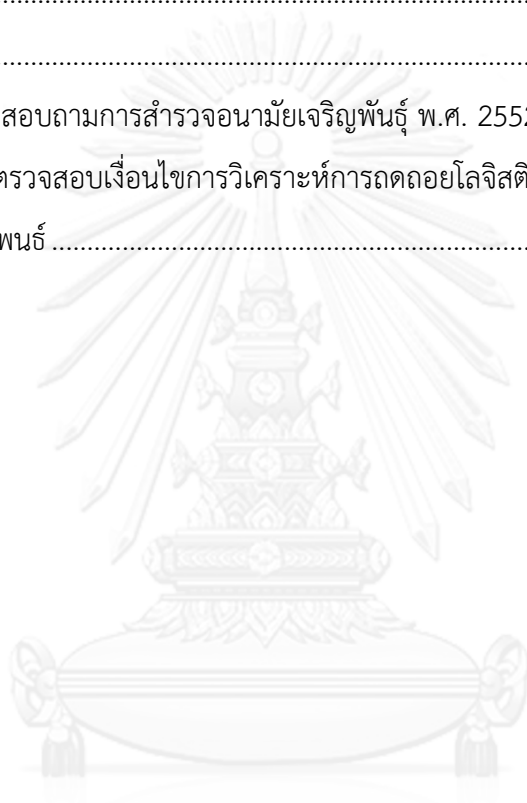
และท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่เป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	4
1.3 ขอบเขตของการศึกษา.....	4
1.4 สมมติฐานของการศึกษา.....	4
1.5 ประโยชน์ของการศึกษา.....	5
บทที่ 2 การทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	6
2.1 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ.....	6
2.2 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด.....	8
2.3 แนวคิดปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์.....	12
2.4 ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
2.5 กรอบแนวคิดของการศึกษา.....	24
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	25
3.1 ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา.....	25
3.2 ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา.....	27
3.3 ข้อจำกัดของการศึกษา.....	27
3.4 นิยามและการวัดตัวแปร.....	28
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูล.....	33
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	35
4.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง.....	35
4.2 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา.....	40

4.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา.....	42
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ.....	57
5.1 สรุปผลการศึกษา.....	57
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	59
รายการอ้างอิง.....	62
ภาคผนวก.....	66
ภาคผนวก ก แบบสอบถามการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552.....	67
ภาคผนวก ข การตรวจสอบเงื่อนไขการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ.....	72
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	73



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การกระจายความถี่จำนวนชมรมอาคาร/หมู่บ้านจำแนกตามภาคและเขตการปกครอง .	26
ตารางที่ 2 การกระจายความถี่จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างจำแนกตามภาคและเขตการปกครอง	26
ตารางที่ 3 การกระจายอัตราร้อยละจำแนกตามลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง.....	37
ตารางที่ 4 การกระจายอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด จำแนก ตามพฤติกรรมสุขภาพของมารดา.....	41
ตารางที่ 5 อัตราส่วนโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาด้วยการวิเคราะห์ การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย	44
ตารางที่ 6 อัตราส่วนโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาด้วยการวิเคราะห์ การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ.....	53

สารบัญภาพ

หน้า

รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด	24
---	----



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดของมารดาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตายของมารดาและทารก ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร สถิติจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าในปี พ.ศ. 2553 อัตราตายมารดาและทารกอยู่ในระดับสูงในกลุ่มประเทศที่มีการพัฒนาน้อยที่สุด เช่น กัมพูชา พม่า เอธิโอเปีย ซึ่งมีอัตราตายมารดา 250, 200, 350 คนต่อการเกิดมีชีพแสนคน และอัตราตายทารก 43, 50, 55 คนต่อการเกิดมีชีพพันคนตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มประเทศพัฒนาแล้วอัตราตายมารดาและทารกอยู่ในระดับต่ำมาก เช่น ญี่ปุ่นและสิงคโปร์ที่มีอัตราตายมารดา 5 และ 3 คนต่อการเกิดมีชีพแสนคน และอัตราตายทารก 2 คนต่อการเกิดมีชีพพันคน (World Health Organization, 2012: 53-76)

สำหรับประเทศไทยพบว่า อัตราตายมารดาและทารกลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2547 อัตราตายมารดาเท่ากับ 13.3 คนต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2550 ลดลงเหลือ 12.2 คนต่อการเกิดมีชีพแสนคน และในปี พ.ศ. 2554 มีอัตราตายมารดาเหลือเพียง 8.9 คนต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ (18 คนต่อการเกิดมีชีพแสนคน) สาเหตุการตายของมารดาไทยส่วนใหญ่เกิดจากการตกเลือด พิษแห่งครรภ์ ติดเชื้อ และโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง โรคตับอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ส่วนอัตราตายของทารกนั้นก็ลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน จากปี พ.ศ. 2488 ที่อัตราตายทารกสูงเกินกว่า 100 คนต่อการเกิดมีชีพพันคน มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2547 พบว่ามีอัตราตายทารก 7.5 คนต่อการเกิดมีชีพพันคน ในปี พ.ศ. 2550 ลดลงเหลือ 7.2 คนต่อการเกิดมีชีพพันคน และในปี พ.ศ. 2554 มีอัตราตายทารกเหลือเพียง 6.6 คนต่อการเกิดมีชีพพันคน ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (15 คนต่อการเกิดมีชีพพันคน) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554: 33) สำหรับสาเหตุการตายที่สำคัญของทารกส่วนใหญ่เกิดจากการตายเปื่อยยู่ ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด และความพิการแต่กำเนิด ทั้งนี้การลดลงของอัตราตายมารดาและทารกส่วนหนึ่งเกิดจากความสำเร็จของนโยบายการวางแผนครอบครัว ความก้าวหน้าทางการแพทย์ และนโยบายของรัฐที่มุ่งลดอัตราตายของมารดาและทารกอย่างจริงจัง

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการแพทย์และสาธารณสุขของไทยจะก้าวหน้าไปมาก สามารถลดอัตราตายของมารดาและทารกได้อย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่ามีมารดาที่เสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดอีกประมาณ 400 รายต่อปีหรือโดยเฉลี่ยวันละ 1 คน ในขณะที่จำนวนทารกเสียชีวิตไม่ต่ำกว่า 10,000 รายต่อปีหรือเฉลี่ย 28 คนต่อวัน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553a: 7-8) นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพหรือภาวะแทรกซ้อนของมารดาที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของทารก จากรายงานสถานการณ์สุขภาพอนามัยแม่และเด็กปี พ.ศ. 2548-2552 พบว่า อัตราป่วยของมารดาที่เกิดจากโรคแทรกซ้อนจาก

การตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด หลังคลอด และภาวะอื่นๆ ทางสูติกรรมจัดว่าเป็นกลุ่มโรคที่พบบ่อยและจัดอยู่ในลำดับต้นๆ ของทุกปี และพบว่าอัตราป่วยของมารดาจากโรคแทรกซ้อนดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 818.6 คนต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2548 เป็น 914.3 คนต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2550 และ 946.5 คนต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2552 และในปี พ.ศ. 2554 พบว่าอัตราป่วยของมารดาเพิ่มสูงขึ้นอีกเป็น 994.9 คนต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554: 10) สาเหตุการป่วยของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการแท้ง ภาวะครรภ์เป็นพิษ รกติดขณะคลอด น้ำคร่ำเป็นพิษ และการตกเลือดหลังคลอด รวมถึงเกิดจากสาเหตุทางอ้อม เช่น โรคโลหิตจาง โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อการเจ็บป่วยของทารกในระยะปริกำเนิดหรือระหว่างการคลอด ภาวะโตช้าของทารกในครรภ์ ภาวะหายใจผิดปกติในระยะปริกำเนิด เป็นต้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554: 27) ทั้งนี้จริงแล้วสาเหตุการตายและโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้สามารถป้องกันได้หากมารดามีการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม

ทั้งนี้เพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก และเพื่อให้สภาวะการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดเป็นไปอย่างราบรื่น อันจะส่งผลให้มารดาและทารกมีสุขภาพที่ดี องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้มารดาตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ และได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น โรคโลหิตจาง โรคมาลาเรีย และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางควรรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 1 เม็ด ขนาด 60 มิลลิกรัม เป็นเวลาติดต่อกัน 100 วันและหลีกเลี่ยงการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กร่วมกับชาหรือกาแฟ สำหรับระยะคลอด มารดาตั้งครรภ์ควรคำนึงถึงความสะอาดด้านร่างกายของตนเอง และผู้ทำคลอดสามารถทำคลอด ตัดฝีเย็บ หรือซ่อมแซมฝีเย็บอย่างสะอาดและปลอดภัย เพราะความสะอาดในระยะนี้จะมีผลต่อการติดเชื้อหลังคลอดได้ ส่วนระยะหลังคลอด มารดาหลังคลอดควรได้รับการตรวจหลังคลอดภายในสัปดาห์แรกหลังคลอดและภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด เพื่อตรวจโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังคลอด เช่น ความดันโลหิตสูง การตกเลือด และการติดเชื้อหลังคลอด นอกจากนี้ยังแนะนำให้มีการให้นมบุตรด้วยนมมารดาควรเริ่มภายในชั่วโมงแรกหลังคลอด (World Health Organization, 1996: 21; 2009: 75)

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการภายใต้โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว โดยแนะนำให้มารดาไทยได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้งตลอดการตั้งครรภ์ในรายปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล หรือผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรม โดยตรวจครรภ์ครั้งที่ 1 ในช่วงอายุครรภ์ 1-6 เดือน ครั้งที่ 2 ในช่วงอายุครรภ์ 7 เดือน ครั้งที่ 3 ในช่วงอายุครรภ์ 8 เดือน และครั้งที่ 4 ในช่วงอายุครรภ์ 9 เดือน ควรฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ เพื่อสามารถประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในมารดาตั้งครรภ์ปกติ และควรรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กขนาด 60 มิลลิกรัมวันละครั้งตั้งแต่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึง 3 เดือนหลังคลอดหรือตลอดระยะเวลาให้นมบุตร ส่วนมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางควรรับประทานวันละ 2 ครั้ง รวมทั้งพบแพทย์หาสาเหตุของภาวะโลหิตจางเพื่อให้การรักษาเฉพาะเหตุต่อไป (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2545: 31) การฝากครรภ์ของมารดาจะทำให้มารดามีน้ำหนักขณะตั้งครรภ์และความเข้มข้นของโลหิตสูงกว่ามารดาที่ไม่ฝากครรภ์และสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์

และการคลอดลงได้ จากการศึกษาของ Vintzileos และคณะ (2002: 483-489) ในสหรัฐอเมริกา พบว่าพฤติกรมสุขภาพของมารดาที่ไม่ฝากครรภ์จะเพิ่มอัตราความเสี่ยงให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคโลหิตจาง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต เป็นต้น สำหรับในระยะหลังคลอด มารดาหลังคลอดควรไปรับการตรวจหลังคลอด 2 ครั้งตามมาตรฐานกรมอนามัยคือ ครั้งที่ 1 ภายใน 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด และครั้งที่ 2 ภายใน 4-6 สัปดาห์หลังคลอด เพื่อตรวจดูการคืนสภาพของ ปากมดลูกและอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานและหาความผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น มะเร็งปากมดลูก เพื่อป้องกันและสามารถแก้ไขได้ทันที่รวมทั้งจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การให้นมบุตรและการออกกำลังกาย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554: 6-14) สำหรับอนามัยทั่วไป มารดาควรได้รับการพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน ควรได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ โดยรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายของมารดาและทารกในครรภ์ ควรรับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก การตรวจครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ตลอดการตั้งครรภ์ เพราะการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์จะส่งผลต่อการเดินของหัวใจและการทำงานของสมองของทารก ทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย และก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการแท้ง ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกตายในครรภ์ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555: 57) จากผลการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1992: 48-49) พบว่า มารดาตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน ทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากและเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูก การคลอดก่อนกำหนด การแท้ง และโรคไหลตายในเด็ก (Sudden Infant Death Syndrome: SIDS) และจากการศึกษาของ Wilcox (1993: 1099-1101) ในรัฐมิชิซูรี ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์อย่างน้อย 20 มวนต่อวัน จะมีน้ำหนักน้อยกว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ยประมาณ 320 กรัม

สุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดจึงเป็นเป้าหมายที่จะพัฒนาสุขภาพของมารดาให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้น การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของมารดาหรือการได้รับการดูแลที่ดีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้อัตราการตายของมารดาและทารกลดลง และสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดได้อย่างไรก็ตามจากรายงานสถานการณ์เฉพาะกิจของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า มีมารดาตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์มีเพียงร้อยละ 41.50 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ค่อนข้างมาก และพบว่า มีมารดาที่คลอดผิดปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.95 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 35.64 ในปี พ.ศ. 2555 และพบว่าภาวะโลหิตจางในมารดาตั้งครรภ์ลดลงจากร้อยละ 12.9 ในปี พ.ศ. 2540 เหลือร้อยละ 9.72 ในปี พ.ศ. 2555 แต่ยังคงถือว่าต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขเพียงเล็กน้อย ซึ่งกำหนดไว้ว่า ต้องน้อยกว่าร้อยละ 10 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555: ออนไลน์) นอกจากนี้ยังพบว่า แม้มารดาตั้งครรภ์ร้อยละ 90 จะฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ แต่สำหรับการตรวจหลังคลอดพบว่า มีมารดาได้รับการตรวจหลังคลอดครบ 2 ครั้งตามเกณฑ์ร้อยละ 65.5 ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553b: 25)

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในหลายๆ ด้าน ยังมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา ในด้านการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ การตรวจครรภ์ครบ 4 ครั้ง การกินยาบำรุงเลือด การไม่สูบบุหรี่ การทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุข และการตรวจหลังคลอดของมารดา และสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ตลอดการตั้งครรภ์และหลังคลอด และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่จะเกิดขึ้นกับมารดาและทารกต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1.2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด
- 1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะ ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึง หลังคลอด มีขอบเขตการศึกษาเฉพาะปัจจัยทางประชากรของมารดา ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามีที่มีผลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี และให้กำเนิดบุตรภายใน 1 ปีก่อนวันสำรวจ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีประชากรตัวอย่างที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์สำหรับการ ศึกษาครั้งนี้จำนวน 2,300 คน

1.4 สมมติฐานของการศึกษา

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอด ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการศึกษาค้างไว้ดังนี้

1.4.1 สมมติฐานหลัก

มารดาที่มีปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับสามีที่แตกต่างกันน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด แตกต่างกัน

1.4.2 สมมติฐานรอง

- 1) มารดาที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สูงกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า
- 2) มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า

- 3) มารดาที่ไม่ทำงานน่าจะจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ทำงาน
- 4) มารดาที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่าน่าจะจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า
- 5) มารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกน่าจะจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งที่สองหรือมากกว่า
- 6) มารดาที่ต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายน่าจะจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ไม่ต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย
- 7) มารดาที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครน่าจะจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ที่ไม่ใช่กรุงเทพมหานคร
- 8) มารดาที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลน่าจะจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล
- 9) มารดาที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากรัฐบาลและจากแหล่งอื่นน่าจะจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
- 10) มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าน่าจะจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า
- 11) มารดาที่มีสามีอายุมากกว่าน่าจะจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีสามีอายุน้อยกว่า
- 12) มารดาที่มีสามีเคยมีส่วนร่วมในการรับคำแนะนำน่าจะจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีสามีไม่เคยมีส่วนร่วม

1.5 ประโยชน์ของการศึกษา

เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด และทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด โดยหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนนโยบายในการพัฒนาระบบการให้บริการทางด้านอนามัยแม่และเด็กให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก

บทที่ 2

การทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัย บทความ และวิทยานิพนธ์ส่วนใหญ่มาจากฐานข้อมูลของ Chulalinet และ ScienceDirect โดยมีคำค้นหาที่สำคัญ เช่น พฤติกรรมสุขภาพ สตรีมีครรภ์ การฝากครรภ์ การตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด เป็นต้น โดยกำหนดแนวคิด 3 แนวคิดมาประยุกต์ใช้ในการอธิบาย ได้แก่ 1) แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ 2) แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด และ 3) แนวคิดปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมทั้งผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดในการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

2.1 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้เกิดการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติ เพื่อป้องกันความเจ็บป่วยหรือส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (Martin, 1978: 3; เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541: 17)

2.1.1 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008: 12) ดังนี้

1) พฤติกรรมการป้องกัน (Preventive behavior) เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลซึ่งมีความเชื่อว่าตนเองจะมีสุขภาพที่ดี โดยมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่กระทำในขณะที่การเจ็บป่วยนั้นยังไม่เกิดขึ้นเพื่อคงความมีสุขภาพที่ดี

2) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคล ซึ่งได้รับความเจ็บป่วยหรือรับรู้ว่าจะตนเองเจ็บป่วย เพื่อกำหนดสถานะสุขภาพและค้นหาวิธีการรักษาที่เหมาะสม

3) พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick-role behavior) เป็นพฤติกรรม การปฏิบัติของบุคคลหลังจากที่ทราบว่าตนเองเจ็บป่วย รวมทั้งการได้รับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้การเจ็บป่วยนั้นหายไปและมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพจึงเกิดขึ้นจากการรับรู้เกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของตนเอง รวมถึง การเรียนรู้และทัศนคติของแต่ละบุคคลที่จะนำไปสู่พฤติกรรมปฏิบัติที่ก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี

2.1.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ส่วน (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541: 17-18) ดังนี้

1) พฤติกรรมด้านความรู้หรือพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) เป็นการแสดงออกทางความคิดของบุคคลที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ หรือการใช้วิจารณญาณประกอบในการตัดสินใจ

2) พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม และความรู้สึก (Affective Domain) เป็นความพร้อมของบุคคลทางด้านจิตใจเกี่ยวกับสุขภาพ โดยอาศัยความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ หรือการให้คุณค่าของพฤติกรรมในแต่ละด้านที่จะส่งผลต่อสุขภาพ

3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นการแสดงออกด้วยการปฏิบัติของบุคคล โดยอาศัยความสามารถทางร่างกาย และเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย หรือการพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพจึงประกอบด้วยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิมหรือสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดไป

2.1.3 ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541: 18) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2) พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบ (Negative Health Behavior) เป็นพฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคแทรกซ้อนตามมา ทั้งนี้จึงต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อปรับเปลี่ยนให้บุคคลมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีทั้งพฤติกรรมที่ดีและพฤติกรรมที่ไม่ดี ซึ่งการที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมก็จะทำให้มีสุขภาพที่ดี แต่หากบุคคลมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงแบ่งกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพของมารดาตามลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์

2.2 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เป็นพฤติกรรมที่มารดาปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองและทารก เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้ปฏิบัติต่อไปและควรปฏิบัติให้ดีขึ้น เพื่อให้ตนเองและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งเริ่มตั้งแต่มีการปฏิสนธิจนกระทั่งคลอด (ธนพร ศนิบุตร, 2543: 77) ดังนั้นมารดาควรได้รับการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

2.2.1 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์ เป็นพฤติกรรมที่มารดาตั้งครรภ์ควรปฏิบัติขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ พฤติกรรมการฝากครรภ์ พฤติกรรมการตรวจครรภ์ และพฤติกรรมอนามัยทั่วไป โดยพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยให้มารดาตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพดี ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) พฤติกรรมการฝากครรภ์

การฝากครรภ์ หมายถึง การตรวจหาภาวะผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หากมีความผิดปกติเกิดขึ้นสามารถแก้ไขหรือรักษาตั้งแต่เริ่มต้น อีกทั้งยังเป็นการสร้างเสริมส่วนที่จำเป็นสำหรับการตั้งครรภ์ เช่น การฉีดวัคซีน การให้อาหารเสริม การแนะนำในการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น (สายฝน สุวรรณ, 2554: 15) โดยใช้ความรู้ทางการผดุงครรภ์ การพยาบาล การแพทย์ และจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของมารดาตั้งครรภ์มาเป็นองค์ประกอบในการดูแลขณะนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในการใช้ความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและเฝ้าระวังโรค ตลอดจนสนับสนุนให้การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นปกติที่สุด (จันทร์รัตน์ เจริญสันติ, 2554: 221)

การฝากครรภ์จึงเป็นพฤติกรรมอันดับแรกๆ ที่มารดาตั้งครรภ์ควรปฏิบัติ เนื่องจาก การฝากครรภ์จะทำให้มารดาตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอดและหลังคลอด ตลอดจนได้รับการตรวจร่างกายและวินิจฉัยโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์นั้นมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย เช่น โรคโลหิตจาง โรคครรภ์เป็นพิษ โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของ Vintzileos และคณะ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การไม่ฝากครรภ์สามารถเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคโลหิตจาง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ และโรคไต และยังพบอัตราการตายของทารกหลังคลอดสูงขึ้นอีกด้วย (Vintzileos et al., 2002: 483-489) นอกจากนี้การฝากครรภ์ยังเป็นการพิจารณาท่าของทารกในครรภ์ หากเกิดความผิดปกติจะสามารถป้องกันและแก้ไขหรือเตรียมการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ทั้งนี้เพื่อเป็นการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดอันตรายขณะตั้งครรภ์ และป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ และลดอันตรายจากการตั้งครรภ์ได้ เช่น การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด การตายของทารกปริกำเนิด หรือการติดเชื้อ เป็นต้น (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2535b: 18)

ดังนั้นการฝากครรภ์ควรเริ่มตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ โดยฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์หรือ 3 เดือน จึงถือว่ามีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพที่ดีของมารดาตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ อีกทั้งยังสามารถลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาตลอดการตั้งครรภ์

2) พฤติกรรมการตรวจครรภ์

การมาตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมารดาตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และหากเกิดความผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จะได้รับการดูแลช่วยเหลือและแก้ไขความผิดปกติได้ทันเวลาที่ รวมทั้งการมาตรวจครรภ์ตามนัด ยังได้รับความรู้ คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรด้วย ปัจจุบันสถานบริการสุขภาพได้ปรับตามกระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้กำหนดการฝากครรภ์ครบคุณภาพตามเกณฑ์ตามแนวนโยบายขององค์การอนามัยโลก โดยจัดให้มีการนัดตรวจครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้งในรายตั้งครรภ์ปกติ โดยจะต้องรับบริการตรวจครรภ์ครั้งที่ 1 อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงอายุครรภ์ 1-27 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 ได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงอายุครรภ์ 28-31 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 ได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงอายุครรภ์ 32-35 สัปดาห์ และครั้งที่ 4 ได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์จนกระทั่งคลอด (อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา, 2554: 262)

3) พฤติกรรมอนามัยทั่วไป

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างและอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ทำให้มารดาตั้งครรภ์ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม เพราะต้องใช้ระยะเวลามากในการจัดสรรกิจกรรมที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ ดังนั้นพฤติกรรมอนามัยทั่วไปที่มารดาควรปฏิบัติในระยะตั้งครรภ์ (อติวุทธ กุมุทมาศ, 2546: 146) มีดังนี้

3.1) การแต่งกาย ควรสวมเสื้อผ้าที่สวมสบาย หลีกเลี่ยงการสวมใส่เสื้อผ้าที่แน่นหรือกระชับเกินไป และไม่ควรสวมรองเท้าส้นสูง

3.2) การพักผ่อนและการออกกำลังกาย มารดาตั้งครรภ์ควรพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง ส่วนการออกกำลังกายไม่ควรหักโหมจนเกินไป และควรได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง

3.3) การทำงาน มารดาตั้งครรภ์สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่ควรระมัดระวังงานที่เสี่ยงอันตราย งานที่ได้รับสารพิษ งานที่ต้องใช้แรงมาก หรืองานที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งงานลักษณะนี้อาจส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักน้อยหรือคลอดก่อนกำหนด (สุกัญญา ประจุศิลป์, 2548: 27)

3.4) สุขภาพฟัน มารดาตั้งครรภ์ควรแปรงฟันอย่างถูกวิธีอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร และควรได้รับการตรวจฟันตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ เพราะการมีฟันอักเสบเรื้อรัง อาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อจากช่องปากเข้าสู่ส่วนอื่นๆ ภายในร่างกาย (สุกัญญา ประจุศิลป์, 2548: 25)

3.5) การเดินทาง สำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถเดินทางได้ตามปกติ แต่ควรมีการเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ ไม่ควรนั่งติดต่อกันนานๆ เพราะทำให้เมื่อยลำได้ง่าย

3.6) การมีเพศสัมพันธ์ สำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีประวัติ การแท้งบ่อยหรือคลอดก่อนกำหนด สามารถร่วมเพศได้ตามปกติ แต่ควรระมัดระวังหรืออาจงดการมี เพศสัมพันธ์ใน 4 สัปดาห์ก่อนคลอด

3.7) การดื่มแอลกอฮอล์ในขณะตั้งครรภ์ส่งผลต่อการเกิดอันตรายและความรุนแรง ซึ่งขึ้นอยู่กับปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มและช่วงระยะเวลาของการตั้งครรภ์โดยเฉพาะช่วง 3 เดือนแรก ของการตั้งครรภ์ซึ่งถือว่าเป็นช่วงที่อันตรายที่สุด เพราะเป็นช่วงของการสร้างเซลล์ประสาทและสมอง รวมทั้งการสร้างอวัยวะต่างๆ ของทารก ทำให้เกิดความผิดปกติกับทารก เช่น ทารกมีน้ำหนักน้อย สมองมีการเจริญเติบโตช้า รูปร่างหน้าและหัวใจผิดปกติ ริมฝีปากบนบาง ปลายจมูกชี้ และเกิดความพิการ (อรัทัย วลีวงศ์, 2554: ออนไลน์) จากการศึกษาของ Sokol และคณะ ในรัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของมารดาส่งผลต่อความผิดปกติของทารกในครรภ์ โดยมารดาที่ ดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์จะทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่ดื่ม แอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ประมาณ 190 กรัม (Sokol, Miller, & Reed, 1980: 138-139)

3.8) การสูบบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ ทำให้สารนิโคตินในบุหรี่สามารถผ่านรกไปยัง ทารกและเข้าไปก่อกการทำงานของสมองและการเต้นของหัวใจ และสารคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่ มีผลต่อทารกในครรภ์ ทำให้ภาวะเลือดมีออกซิเจนน้อย มารดาตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 10 มวน ต่อวัน มีโอกาสแท้งลูกหรือคลอดก่อนกำหนดมากกว่ามารดาตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่และถึงแม้จะคลอด ตามกำหนด ทารกอาจจะมีรูปร่างเล็กกว่าปกติ น้ำหนักน้อยกว่าทารกปกติประมาณ 170-200 กรัม และอาจจะมีอาการชักได้ง่าย รวมทั้งมีความพิการสูงกว่ามารดาตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ (Jarvis, 1994: 415-416; Royal College of Physicians of London, 1977: 92-95) พิษของบุหรี่ยังเป็นเหตุทำให้ การเติบโตของกระดูกทารกในครรภ์ไม่ดีเท่าที่ควร และเมื่อทารกโตขึ้นอาจจะประสบปัญหากระดูกพรุน และกระดูกแตกหักง่ายขึ้น (พนิตย์ จิระนนทประวัติ, 2553: 76) นอกจากนี้การศึกษาปัญหาโรคเบาหวาน แทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา ยังพบว่าในกลุ่มมารดาที่สูบบุหรี่จะเกิดโรคเบาหวานแทรกซ้อน ระหว่างตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่สูบบุหรี่ในอัตราส่วนประมาณ 2:1 แสดงว่าประมาณครึ่งหนึ่ง ของโรคเบาหวานแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์เกิดจากบุหรี่ (พนิตย์ จิระนนทประวัติ, 2553: 271) ดังนั้น สุขภาพอนามัยของมารดาตั้งครรภ์ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ โดยเฉพาะ พฤติกรรมเสี่ยงทั้งการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของมารดาตั้งครรภ์ ถือเป็นพฤติกรรมทางลบ ที่จะส่งผลกระทบต่อทารก ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการแท้งหรือความผิดปกติทางร่างกายของทารกได้

นอกจากนี้การรับประทานแร่ธาตุเสริมยังเป็นส่วนประกอบสำคัญที่มารดาตั้งครรภ์ ควรได้รับในปริมาณที่เหมาะสม เช่น แคลเซียมและฟอสฟอรัส ไอโอดีน วิตามิน ธาตุเหล็ก เป็นต้น โดยเฉพาะธาตุเหล็กหรือยาบำรุงเลือดซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของเม็ดเลือดแดง เนื่องจากในระหว่าง ตั้งครรภ์มารดามีความต้องการธาตุเหล็กสูงกว่าปกติเพื่อใช้ในการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มตามอัตรา การเพิ่มขึ้นของพลาสมา เพื่อการเจริญเติบโตของทารก และเพื่อการให้นมบุตรในระยะหลังคลอด ซึ่งความต้องการใช้ธาตุเหล็กในระหว่างตั้งครรภ์จะเพิ่มขึ้นประมาณ 750-1,200 มิลลิกรัมหรือประมาณ 7 มิลลิกรัมต่อวัน โดยธาตุเหล็กประมาณ 300 มิลลิกรัมจะถูกนำไปให้ทารกและรก และอีกประมาณ 500 มิลลิกรัมสำหรับการเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดแดงของมารดาตั้งครรภ์เอง ในขณะที่อาหารที่มารดา ตั้งครรภ์บริโภคจะให้ธาตุเหล็กเพียงประมาณ 1 มิลลิกรัมต่อวัน ฉะนั้นมารดาตั้งครรภ์ควรได้รับ

ธาตุเหล็ก 30-60 มิลลิกรัมต่อวัน จึงจำเป็นและเพียงพอต่อการตั้งครรภ์ (Institute of Medicine, 1992: 110-112) สำหรับในประเทศไทยพบอัตราชุกของโรคโลหิตจางในมารดาตั้งครรภ์ร้อยละ 12.9 ในปี พ.ศ. 2540 ลดลงเหลือร้อยละ 9.72 ในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งจะพบมากที่สุด ในภาคใต้ โดยเฉพาะจังหวัด นราธิวาส ปัตตานี และยะลา ที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2554 มีมารดาตั้งครรภ์เป็นโรคโลหิตจางสูงถึงร้อยละ 33.19, 31.58, 20.02 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้มาก (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555: ออนไลน์) ซึ่งภาวะโลหิตจางที่เกิดขึ้นเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก ระหว่างตั้งครรภ์ เนื่องจากการขาดธาตุเหล็กเป็นชาวไทยมุสลิมจึงไม่นิยมรับประทานยาบำรุงเลือดซึ่งมีความเชื่อว่าการรับประทานยาบำรุงเลือดในระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้ทารกมีขนาดตัวใหญ่ทำให้คลอดยาก (สุภารัตน์ ธีระวร et al., 2552) ประกอบกับวัฒนธรรมการรับประทานเครื่องดื่มประเภทชาหรือกาแฟ ร่วมกับอาหารเช้า (ยามีละ มุซอ, 2551) ซึ่งเครื่องดื่มประเภทนี้ส่งผลต่อการขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ในร่างกาย จึงทำให้มารดาตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางสูง ซึ่งอาจส่งผลให้มารดา เกิดภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตสูง หรือการติดเชื้อได้ง่ายและอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อย ดังนั้นมารดาตั้งครรภ์ควรรับประทานยาบำรุงเลือดตามแพทย์สั่ง ทุกครั้ง เพราะการรับประทานยาบำรุงเลือดจะเป็นการเสริมสร้างภาวะโภชนาการของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและสามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

2.2.2 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะคลอด

เนื่องจากการเสียชีวิตของมารดาและทารกจำนวนไม่น้อยเกิดขึ้นในขณะคลอด ด้วยอาการแทรกซ้อนต่างๆ เช่น สายสะดือย้อย ความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก มดลูกแตก คลอดติดไหล่หรือติดหัว รกค้าง เป็นต้น ระยะคลอดจึงนับเป็นช่วงเวลาหนึ่งที่มีมารดาและทารกต้องเสี่ยงอันตราย ฉะนั้นเพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยในระยะนี้ การได้รับความช่วยเหลือขณะคลอด จากผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญจึงเป็นเรื่องสำคัญ มารดาจึงควรคลอดในสถานบริการที่มีความพร้อม ในด้านเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการคลอด เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล หรือศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้มารดาที่มีความรู้สึกอุ่นใจและปลอดภัยในขณะคลอด หากมารดาไม่สะดวกมากคลอดในสถานบริการดังกล่าวอาจจะคลอดที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรม ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, มปป: 14)

2.2.3 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะหลังคลอด

หลังคลอด (Postpartum) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ทารกคลอดจนถึง 6 สัปดาห์ หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่มีการปรับตัวทั้งด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการคลอดและภาวะจิตใจให้กลับคืนสู่สภาพเดิม นอกจากนี้ยังรวมถึงการปรับตัวด้านบทบาทของความเป็นมารดา และการคงบทบาทของการเป็นภรรยา (จีโลพรธ สวัสดิ์พาณิชย์, 2554: 2) ระยะหลังคลอดจึงเป็นภาวะสำคัญที่สุดช่วงหนึ่งของมารดาที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต เพราะมารดาในระยะหลังคลอดต้องเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และความเจ็บปวดที่ได้รับ

ทั้งนี้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มารดาควรได้รับการตรวจหลังคลอดตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยเน้นการตรวจหลังคลอดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ซึ่งการตรวจหลังคลอดครั้งที่ 1 คือการตรวจตั้งแต่ 1-15 วันหลังคลอดและการตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2 คือการตรวจตั้งแต่ 16-42 วันหลังคลอด เพื่อตรวจสภาพร่างกายทั่วไปว่ากลับเข้าสู่สภาวะปกติหรือไม่ ตรวจภายใน และตรวจมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว นอกจากนี้มารดาหลังคลอดควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อไม่ให้เกิดภาวะซีดหรือขาดสารอาหาร และรักษาความสะอาดของร่างกายเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายตามมา นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้มารดาระยะหลังคลอดประสบความสำเร็จเมื่อเผชิญกับความเครียดคือ การช่วยเหลือสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะสามี เครือญาติ เพื่อนหรือบุคลากรทางสาธารณสุขในหน่วยหลังคลอด เพื่อช่วยให้เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาระยะหลังคลอดและบุตร ทำให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ (ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2540: 12-13)

2.3 แนวคิดปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ความหลากหลายของปัจจัยสามารถอธิบายถึงความแตกต่างทางพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่อาจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องมีนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพได้พยายามอธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพไว้หลากหลายแนวทางดังนี้

Conner and Norman (1996: 2-5) ได้เสนอถึงปัจจัยสำคัญที่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางอารมณ์ การรับรู้ของอาการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยทางความคิด ดังนี้

1) ปัจจัยทางประชากร

ปัจจัยทางประชากรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการแสดงออกพฤติกรรมทางสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เชื้อชาติ ศาสนา และระดับการศึกษา ดังเช่นอายุจะแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงเส้นโค้งกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่มีโอกาสสูงที่จะเกิดขึ้นในเยาวชน แต่มีโอกาสดำที่จะเกิดขึ้นในเด็กและผู้สูงอายุ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วบุคคลที่อายุน้อยมีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีการศึกษาสูง มีสุขภาพจิตที่ดี และได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง มักมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในขณะที่บุคคลที่มีความเครียดสูงจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

2) ปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพในช่วงแรกของชีวิต เช่น รูปแบบการเลี้ยงดู ค่านิยมทางวัฒนธรรม เป็นต้น

3) ปัจจัยทางอารมณ์

ปัจจัยทางอารมณ์มีบทบาทสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง เช่น การรับประทานอาหารปริมาณมากจะเชื่อมโยงถึงความเครียดซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดโรคอ้วน และการตระหนักถึงคุณค่าในตนเองยังมีอิทธิพลสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วย

4) การรับรู้ของอาการ

เมื่อบุคคลมีการรับรู้อาการผิดปกติทางสุขภาพจะทำให้บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองเมื่อเกิดอาการไอหรือรู้สึกเจ็บคอ เป็นต้น

5) ปัจจัยทางความคิด

ปัจจัยทางความคิดมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละบุคคล ได้แก่ ความรู้ในการเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมกับสุขภาพหรือการรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดทางเลือกในการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี รวมถึงการรับรู้จากแรงกระตุ้นทางสังคมหรือความเชื่อทางสุขภาพที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้น หากบุคคลเชื่อว่าพฤติกรรมบางอย่างสามารถช่วยยับยั้งความเจ็บป่วยได้ก็จะทำให้เกิดการมีพฤติกรรมนั้น

Green และคณะ (1980: 70-76) กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่อยู่ภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนี้

1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)

ปัจจัยนำเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลแสดงออกทางพฤติกรรม และเป็นความพอใจส่วนบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้และอาจนำไปสู่การส่งเสริมหรือยับยั้งการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ซึ่งได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ รวมถึงปัจจัยอื่นๆ เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม อายุ เพศ การศึกษา และขนาดของครอบครัว

2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)

ปัจจัยเอื้อคือปัจจัยสนับสนุนซึ่งเป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและชุมชน รวมทั้งทักษะและความสามารถส่วนบุคคลในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่าย เวลา ระยะทาง การเดินทาง ชั่วโมงการให้บริการ และอื่นๆ ที่จะช่วยอำนวยความสะดวกให้การแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)

ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่แสดงถึงการสนับสนุนให้บุคคลแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรืออาจช่วยยับยั้งพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยการให้รางวัล ให้การยอมรับ หรือการลงโทษ ซึ่งปัจจัยเสริมเหล่านี้ ได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุข ครอบครัว คู่สมรส เพื่อน หรือบุคคลแวดล้อมอื่นๆ ที่อาจจะมีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งลักษณะของปัจจัยเสริมนี้จะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคล

นอกจากนี้วัฒนา ศรีพจนารถ (2543: 33-36) กล่าวว่า มารดาตั้งครรภ์จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้มากหรือน้อยย่อมเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการดังนี้

1) ปัจจัยทางประชากรของมารดา

1.1) อายุ มารดาตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นการตั้งครรภ์วัยรุ่น (Teenage Pregnancy) มักจะมีปัญหาต่อการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ในกรณีที่ไม่มีพร้อมตั้งครรภ์มักจะมีผลต่อการเอาใจใส่สุขภาพขณะตั้งครรภ์ เช่น การได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อ

ความต้องการของร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ส่วนมารดาตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุมากกว่า 35 ปี มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับช่องทางคลอดไม่มีความยืดหยุ่น และเกิดปัญหาการคลอดบุตรพิการ

1.2) ระดับการศึกษา หากมารดาตั้งครรภ์มีระดับการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองได้ดี เนื่องจากการศึกษาทำให้บุคคลมีโอกาใช้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองถูกต้องเหมาะสมมากกว่ามารดาตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

1.3) ภาวะสุขภาพของมารดาตั้งครรภ์ทั้งก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ การเจ็บป่วยหรือการผ่าตัดในอดีต อาจมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์หรือขณะคลอดบุตรได้ เช่น โรคหัวใจ โรคธัยรอยด์ โรคไต เป็นต้น นอกจากนี้การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้ทารกมีความพิการทางหูและเป็นโรคหัวใจ และการตั้งครรภ์ที่เว้นระยะห่างน้อยกว่า 1 ปี จะมีผลให้มารดาตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางและการคลอดหลายครั้งอาจทำให้เกิดภาวะรกเกาะต่ำและตกเลือดในระยะหลังคลอดได้

1.4) การสนับสนุนทางสังคม เป็นการแสดงออกของบุคคล โดยการแสดงความรัก ความห่วงใย ช่วยเหลือให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องจากบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อมารดาตั้งครรภ์ เพื่อช่วยให้มารดาตั้งครรภ์สามารถเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นด้านต่างๆ (House, 1981; อ้างใน วัฒนา ศรีพจนารถ, 2543: 34) ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ

2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของมารดา

โดยปกติแล้วการตั้งครรภ์จะต้องมีภาระด้านค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น มารดาตั้งครรภ์ที่มีปัญหาทางด้านรายได้ของครอบครัวลดลงหรือมีปัญหาสามีทอดทิ้งหรือชอบเล่นการพนัน ย่อมทำให้มารดาตั้งครรภ์มีความเครียดสูง ซึ่งมีผลกระทบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมด้านอารมณ์ของทารกในครรภ์ นอกจากนี้หากเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมและครอบครัว อาจทำให้มารดาตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลและมีปัญหาการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจตลอดการตั้งครรภ์ จึงไม่สามารถเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้

3) ปัจจัยด้านพันธุกรรมของมารดา

สำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่มีประวัติการแท้ง การตายของทารกในครรภ์ และการคลอดทารกที่มีความพิการหรือมีความผิดปกติแต่กำเนิด และการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มักพบว่าทารกในครรภ์จะมีความผิดปกติสูง ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีการให้คำปรึกษาก่อนการสมรสและตรวจวินิจฉัยเพื่อหาความผิดปกติของโรคทางกรรมพันธุ์ ซึ่งนับว่ามีประโยชน์มากในการลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรค

4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของมารดา

การเจริญเติบโตของทารกจะดำเนินไปอย่างสมบูรณ์จำเป็นต้องมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโต โดยเฉพาะในระยะแรกของการตั้งครรภ์ การได้รับสารเคมี ได้แก่ ยาต่างๆ รังสี บุหรี่ สารเสพติด ฯลฯ หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย ย่อมมีผลต่อการสร้างและการทำหน้าที่ของ

อวัยวะต่างๆ ของทารก เช่น การได้รับรังสีโดยไม่ทราบว่ามี การตั้งครรรค์อาจส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ได้ การใช้ยาขับประจำเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือการทำงานในสถานที่ที่มีสารพิษ เช่น ตะกั่ว สารปรอท ยาปราบศัตรูพืช สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกทั้งสิ้น

5) ปัจจัยด้านความเชื่อและวัฒนธรรมของมารดา

ความเชื่อและวัฒนธรรมของมารดาตั้งครรรค์และครอบครัวยุคใหม่ในแต่ละชุมชนย่อมส่งผลกระทบต่อกรรมพฤติกกรรมที่แตกต่างกันตามค่านิยมหรือความเชื่อของแต่ละสังคม ซึ่งความเชื่อบางอย่างไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพของมารดาตั้งครรรค์ เช่น การไม่เตรียมของใช้ก่อนคลอด เป็นต้น

2.4 ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรรค์จนถึงหลังคลอด เพื่อเป็นแนวทางการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามในการกำหนดตัวแปรแต่ละตัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาตั้งครรรค์

2.4.1 อายุมารดา

อายุแสดงถึงความแตกต่างในด้านวุฒิภาวะและประสบการณ์ ระดับพัฒนาการทางร่างกายที่สมบูรณ์และความพร้อมในการตั้งครรรค์ อายุจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพได้เป็นอย่างดี

จากการศึกษาของมณีรัตน์ พรหมณี (2554: 52) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังคลอดที่มาคลอดในโรงพยาบาลชยันนาท จังหวัดชยันนาท พบว่า อายุมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Raghupathy (1996: 463-466) ได้ศึกษาการใช้บริการสุขภาพของมารดาตั้งครรรค์ในประเทศไทย ด้วยการสำรวจสุขภาพประชากรระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2531 พบว่า อายุมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับบริการฝากครรรค์และการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมารดาที่มีอายุมากกว่าจะมารับบริการฝากครรรค์และการคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูงกว่ามารดาที่มีอายุต่ำกว่า โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Maharjan (1995: 78) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรรค์ในหมู่บ้านมานิเคิล ประเทศเนปาล พบว่า อายุมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการฝากครรรค์ของมารดาตั้งครรรค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมารดาที่มีอายุมากกว่าจะเข้ารับบริการฝากครรรค์น้อย อาจเป็นเพราะรู้สึกมั่นใจกับประสบการณ์ที่ผ่านมาจากการตั้งครรรค์ที่เป็นปกติก่อนหน้านี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ HtaKhin (2011: 43-47) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรรค์ การคลอด และการดูแลสุขภาพหลังคลอดในกลุ่มมารดาที่รับบริการสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์แบบเคลื่อนที่ในเขตชุมชนเมืองย่างกุ้ง ประเทศพม่า พบว่า อายุมารดาตั้งครรรค์มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในทางตรงกันข้ามจากการศึกษาของนาตยา อารินทร์ (2553: 62) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการมาฝากครรรค์ครั้งแรกอายุครรรค์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ของมารดาตั้งครรรค์ในเขตรับผิดชอบของอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า อายุของมารดาตั้งครรรค์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมาฝากครรรค์ครั้งแรกอายุครรรค์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยสอดคล้องกับ

การศึกษาของปวีณา ลิ้มป้ากาญจนวัฒน์ (2553: 59) ได้ศึกษาการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์ของมารดาตั้งครรภ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มารดาตั้งครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกัน จะพิจารณาตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา พิศพลาด (2551: 85) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการดูแลหลังคลอดเมื่อครบ 6 สัปดาห์ของมารดาหลังคลอดในสถานบริการสุขภาพพิเศษมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัยข้างต้นพบว่า อายุมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่แตกต่างกัน แต่ผู้วิจัยเห็นว่า มารดาที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์ สามารถปรับตัว และมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า จึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้คือมารดาที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า

2.4.2 ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ทำให้สามารถเข้าใจภาวะสุขภาพได้ดี ซึ่งจะเอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง ดังนั้นระดับของการศึกษาจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

จากการศึกษาของนาตยา อารินทร์ (2553: 62) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารดาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ของมารดาตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบของอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารดาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของปวีณา ลิ้มป้ากาญจนวัฒน์ (2553: 65-67) ที่ศึกษาการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์ของมารดาตั้งครรภ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือสูงกว่ามีการพิจารณาตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา โดยสอดคล้องกับการศึกษาของสกาวรัตน์ เทพรัักษ์ (2534: 131) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการดูแลหลังคลอดของสตรีในเขตอำเภอเมืองที่คลอดในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการดูแลหลังคลอดโดยมารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมารับบริการหลังคลอดสูงกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของ Maharjan (1995: 79) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ในหมู่บ้านมานิเคล ประเทศเนปาล พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมรับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ HtaKhin (2011: 43-47) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลสุขภาพหลังคลอดในกลุ่มมารดาที่รับบริการบริการสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์แบบเคลื่อนที่

ในเขตชุมชนเมืองอย่างกรุงเทพฯ ประเทศพม่า พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับการคลอดและการดูแลสุขภาพหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของอรุณี พึ่งแพง (2544: 84) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ของมารดาตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ของมารดาตั้งครรภ์ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวรจักร พรหมมา (2548: 54) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการตรวจหลังคลอดไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยข้างต้นพบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่แตกต่างกัน แต่ผู้วิจัยเห็นว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายและหลากหลาย จึงทำให้มีความรู้ แนวทาง และทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่ดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ ดังนั้นการตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

2.4.3 สถานภาพการทำงาน

สถานภาพการทำงานสามารถบ่งบอกถึงลักษณะการทำงานหรือสถานภาพทางสังคมซึ่งทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านเวลาที่อาจส่งผลต่อการตัดสินใจต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพได้

จากการศึกษาของอรุณี พึ่งแพง (2544: 84) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ในมารดาตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า สถานภาพการทำงานมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ของมารดาตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมารดาที่มีสถานภาพการทำงานเป็นพนักงานบริษัทส่วนใหญ่จะมาฝากครรภ์สูงกว่ามารดาที่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย และมารดาที่เป็นแม่บ้าน ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของปวีณา ลิ้มปัทมาญจนวัฒน์ (2553: 61-63) ได้ศึกษาการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์ของมารดาตั้งครรภ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สถานภาพการทำงานของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ามารดาที่มีสถานภาพการทำงานเป็นพนักงานบริษัทเอกชนมีการพิจารณาตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์มากกว่ามารดาที่มีสถานภาพการทำงานอื่นๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา พิศฉลาด (2551: 85) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการดูแลหลังคลอดเมื่อครบ 6 สัปดาห์ของมารดาหลังคลอดในสถานบริการสุขภาพพิเศษมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มารดามีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการหลังคลอดร้อยละ 88.3 และพบว่า สถานภาพการทำงานของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของนาตยา อารินทร์ (2553: 62) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการมาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ของมารดาตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบของอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า สถานภาพการทำงานของมารดาตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ HtaKhin (2011: 43-47) ศึกษาปัจจัย

ที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลสุขภาพหลังคลอดในกลุ่มมารดาที่รับบริการสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์แบบเคลื่อนที่ในเขตชุมชนเมืองอย่างกึ่ง ประเทศพม่า พบว่า สถานภาพการทำงานของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลสุขภาพหลังคลอด

จากผลการวิจัยข้างต้นพบว่าไม่เป็นทิศทางเดียวกัน แต่ผู้วิจัยเห็นว่า มารดาที่ไม่ได้ทำงานจะมีความเป็นอิสระกระทำสิ่งต่างๆ ตามความต้องการได้อย่างเต็มที่ เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้นตลอดการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ดังนั้นการตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาที่ไม่ทำงานน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ทำงาน

2.4.4 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนสามารถบ่งบอกถึงลักษณะของครอบครัวหรือจำนวนสมาชิกในครอบครัวว่ามีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยายที่มารดาจะได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือหรือได้รับการดูแลจากครอบครัวตลอดการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดมากน้อยเพียงใด

การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือญาติจะช่วยให้มารดามีการปรับตัวที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจในช่วงระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด (Sherwen, Scoloveno, & Weigarten, 1999: 840) จากการศึกษาของวัชร แก้วสา (2544: 101) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของมารดาตั้งครรภ์ กรณีศึกษามารดาตั้งครรภ์ในอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย พบว่า ลักษณะของครอบครัวของมารดาตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของมารดาตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมารดาที่มีลักษณะครอบครัวขยายมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ามารดาที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญสำหรับมารดาตั้งครรภ์ในการให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น การเงิน การให้ความช่วยเหลือ และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของมารดาตั้งครรภ์ จึงทำให้มารดาที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมีโอกาสขาดความช่วยเหลือด้านต่างๆ มากกว่ามารดาที่มีลักษณะครอบครัวขยาย แต่ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของ Maharjan (1995: 80) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ในหมู่บ้านมานิเคล ประเทศเนปาล พบว่า ลักษณะของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมรับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมารดาที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวจะมีการเข้ารับบริการฝากครรภ์สูงกว่ามารดาที่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (เปรียบเทียบร้อยละ 61.9 และร้อยละ 38.1)

จากผลการวิจัยข้างต้นพบว่าไม่เป็นทิศทางเดียวกัน แต่ผู้วิจัยเห็นว่า มารดาที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่าน่าจะทำให้มารดาเกิดความรู้สึกอุ่นใจที่มีผู้มีประสบการณ์คอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำ จึงอาจส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ยิ่งขึ้น ดังนั้นการตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่าน่าจะจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า

2.4.5 จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์

จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์แสดงถึงประสบการณ์ของมารดาที่ผ่านการตั้งครรภ์มาแล้วหรือไม่ ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

จากการศึกษาของ HtaKhin (2011: 43) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลสุขภาพหลังคลอดในกลุ่มมารดาที่รับบริการสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ แบบเคลื่อนที่ในเขตชุมชนเมืองอย่างกึ่ง ประเทศพม่า พบว่า จำนวนการตั้งครรภ์ของมารดามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัตน์ พรหมณี (2554: 52) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด พบว่า จำนวนครั้งของการคลอดบุตร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Raghupathy (1996: 463-466) ได้ศึกษาการใช้บริการสุขภาพของมารดาตั้งครรภ์ในประเทศไทย ด้วยการสำรวจสุขภาพประชากรระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2531 พบว่า จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์และการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกจะมารับบริการฝากครรภ์และคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูงกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งหลัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Celik and Hotchkiss (2000: 1797-1806) ได้ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของมารดาตั้งครรภ์ที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพในประเทศตุรกี ซึ่งใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรของประเทศตุรกี พ.ศ. 2536 พบว่า มารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกมีโอกาสที่จะมารับบริการฝากครรภ์สูงกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ในทางตรงกันข้ามจากการศึกษาของนาตยา อารินทร์ (2553: 62) ศึกษาปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการมาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ของมารดาตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบของอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของปวีณา ลิ้มปัทมาญจนวัฒน์ (2553: 76) ที่ศึกษา การตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์ของมารดาตั้งครรภ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า จำนวนการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์

จากผลการวิจัยข้างต้นพบว่าไม่เป็นทิศทางเดียวกัน แต่ผู้วิจัยเห็นว่า มารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกนั้นไม่เคยมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อนอาจเกิดความรู้สึกกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จึงทำให้มีความระมัดระวังในการปฏิบัติตัวมากขึ้น ดังนั้นการตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่สองหรือมากกว่า

2.4.6 ความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย

ความต้องการบุตรแสดงถึงความคาดหวังที่จะให้บุตรมีสุขภาพดีหลังจากการคลอด ซึ่งหากมารดามีความต้องการบุตรจะทำให้มีการเตรียมความพร้อมและการปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ได้ดียิ่งขึ้นและอาจพยายามเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง และเปิดรับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดมากขึ้น

จากการศึกษาของ Erci (2003: 271-272) ศึกษาการใช้บริการฝากครรภ์ในประเทศตุรกี ระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ. 2545 โดยการสัมภาษณ์มารดาคลอดบุตรที่ยังรักษาตัว

อยู่ในโรงพยาบาลในรัฐเออร์ซุม ประเทศตุรกี จำนวน 446 ราย พบว่า ความต้องการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมารดาที่ต้องการตั้งครรภ์บุตรเริ่มฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์มีสัดส่วนสูงกว่ามารดาที่ไม่ต้องการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 36.6 เปรียบเทียบกับร้อยละ 27.7) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Paredes และคณะ (2005: 168-172) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของมารดาในประเทศเอกวาดอร์ โดยการสัมภาษณ์มารดาคลอดบุตรจำนวน 1,016 รายระหว่างเดือนกันยายนถึงตุลาคม พ.ศ. 2546 พบว่า มารดาที่ต้องการตั้งครรภ์บุตรมีพฤติกรรมการฝากครรภ์ที่เหมาะสมสูงกว่ามารดาที่ไม่ต้องการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับการตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาที่ต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ไม่ต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย เนื่องจากมารดาที่มีความต้องการตั้งครรภ์บุตรแสดงให้เห็นถึงความพร้อมในการตั้งครรภ์จึงอาจเป็นสาเหตุให้มารดามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

2.4.7 ภาคที่อยู่อาศัย

เนื่องจากแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ทัศนคติ ซึ่งเป็นสิ่งที่ยึดถือเป็นธรรมเนียมปฏิบัติสืบทอดกันมา และแสดงถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจที่ต่างกันอย่างใดก็ตามแม้ว่าการทบทวนงานวิจัยจะพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนี้ไม่มากนัก แต่จากการศึกษาของ Celik and Hotchkiss (2000: 1797-1806) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของมารดาตั้งครรภ์ที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพในประเทศตุรกี ซึ่งใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรของประเทศตุรกี ในปีพ.ศ. 2536 พบว่า ภาคที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมารดาที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันตก ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคเหนือจะมารับบริการฝากครรภ์สูงกว่ามารดาที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออก โดยเฉพาะมารดาที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันตกมีโอกาสที่จะมารับบริการฝากครรภ์สูงเกือบ 5 เท่าของมารดาที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในแต่ละภูมิภาค สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยเห็นว่า กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางความเจริญของประเทศทั้งความเป็นสังคมอุตสาหกรรม สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ และความทันสมัยของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถทำให้บุคคลที่อาศัยอยู่ในท่ามกลางความเจริญเหล่านี้มีโอกาสและมีทางเลือกมากขึ้นในการตัดสินใจในดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ที่ไม่ใช่กรุงเทพมหานคร

2.4.8 เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยแบ่งออกเป็นพื้นที่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ซึ่งแสดงถึงความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคมในชุมชนที่อาศัยอยู่ สภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และสาธารณูปโภคแตกต่างกัน ซึ่งสามารถกำหนดแนวทางในการดำเนินชีวิตของบุคคลที่อาศัยอยู่ได้

จากการศึกษาของสุมาต สว่างเนตรเพชร (2541: 69) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ของมารดา กรณีศึกษาในโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า เขตที่อยู่อาศัยของมารดามีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพในขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสกาวิรัตน์ เทพรักษ (2534: 127) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการดูแลหลังคลอดของมารดาในเขตอำเภอเมืองที่คลอดในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 จังหวัดราชบุรี พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการดูแลหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Raghupathy (1996: 463-466) ที่ได้ศึกษาการใช้บริการสุขภาพของมารดาตั้งครรภ์ในประเทศไทยด้วยการสำรวจสุขภาพประชากรระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2531 พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์และการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Onah และคณะ (2006: 1870-1878) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของมารดาในเมืองเอนูกุ ประเทศไนจีเรีย ระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2547 พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการการคลอดในสถานพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมารดาที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะมารับบริการฝากครรภ์และการคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูงกว่ามารดาที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

ดังนั้นการตั้งสมมติฐานในการศึกษาคั้งนี้คือ มารดาที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล เนื่องจากในเขตเทศบาลมีความเจริญทางเศรษฐกิจสูงกว่านอกเขตเทศบาล ทำให้มารดาที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลอาจมีทางเลือกในการใช้บริการสุขภาพได้อย่างเต็มที่และมีความสะดวกในการเดินทาง ซึ่งน่าจะมีโอกาสที่เกิดพฤติกรรมที่ดีต่อตนเองและทารก

2.4.9 การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

การได้รับสวัสดิการทั้งจากภาครัฐหรือจากแหล่งอื่นๆ เป็นตัวบ่งชี้ถึงการสนับสนุนและการได้รับความช่วยเหลือในด้านค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ซึ่งอาจมีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดของมารดา

จากการศึกษาของปวีณา ลิ้มปกาญจนวัฒน์ (2553: 73-75) ศึกษาการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์ของมารดาตั้งครรภ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การได้รับสวัสดิการ (สวัสดิการข้าราชการ ประกันชีวิต ประกันสังคม และอื่นๆ) มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของนิภา ทองรักษาติ (2543: 225) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การเข้าถึงบริการของรัฐและการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของมารดาตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมารดาตั้งครรภ์ที่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐและการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐดีจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Celik and Hotchkiss (2000: 1797-1806) ได้ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของมารดาตั้งครรภ์ที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพในประเทศตุรกี ซึ่งใช้ข้อมูลจาก

การสำรวจสุขภาพประชากรของประเทศตุรกี พ.ศ. 2536 พบว่า การมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลทำให้มารดามีโอกาสที่จะมารับบริการฝากครรภ์สูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับสวัสดิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้นการตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลจากรัฐบาลและจากแหล่งอื่นน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล เนื่องจากการได้รับสวัสดิการไม่ว่าจากรัฐบาลหรือจากแหล่งอื่น โดยเฉพาะสวัสดิการการรักษาพยาบาลถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพและเป็นการสนับสนุนให้มารดามีการส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

2.4.10 ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนแสดงถึงรายได้หรือความพร้อมทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ซึ่งสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานและอาจมีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดได้

จากการศึกษาของสกาเวรัตน์ เทพรัักษ์ (2534: 133) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการดูแลหลังคลอดของสตรีในเขตอำเภอเมืองที่คลอดในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี พบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการดูแลหลังคลอด โดยมารดาที่มีรายได้ครอบครัวสูงกว่าจะมารับบริการหลังคลอดสูงกว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาอรุณี พึ่งแพง (2544: 88) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ในมารดาตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Raghupathy (1996: 463-466) ที่ได้ศึกษาการใช้บริการสุขภาพของมารดาตั้งครรภ์ในประเทศไทยด้วยการสำรวจสุขภาพประชากรระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2531 พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับบริการฝากครรภ์และการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Abor และคณะ (2011: 628-648) ได้ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพของมารดาตั้งครรภ์ในประเทศกานา โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรของประเทศกานา ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2546 พบว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าจะมารับบริการฝากครรภ์ ตรวจครรภ์ และคลอดในสถานพยาบาลสูงกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า

ดังนั้นการตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนสูงแสดงถึงความเพียงพอต่อการใช้จ่าย ซึ่งจะทำให้มารดาสามารถเลือกสรรสิ่งต่างๆ ในทางด้านโภชนาการรวมถึงสิ่งของเครื่องใช้อื่นๆ ที่มีประโยชน์ที่จะสามารถอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตและส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

2.4.11 อายุสามปี

สามปีถือว่าเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนช่วยเหลือภรรยาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดได้มากที่สุด จากประสบการณ์ที่ได้รับการเลี้ยงดูในวัยเด็ก รวมถึงวุฒิภาวะหรืออายุของสามปีขณะมีบุตรจะทำให้สามปีตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทของตนเองมากขึ้น (Sherwen et al., 1999: 845-846) ดังนั้นอายุจึงแสดงถึงความแตกต่างในด้านวุฒิภาวะและประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งอาจทำให้ภรรยามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

จากผลการศึกษาของสกาเวิร์ตน์ เทพรัักษ์ (2534: 131) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการดูแลหลังคลอดของสตรีในเขตอำเภอเมืองที่คลอดในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี พบว่า อายุสามปีของสตรีไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการดูแลหลังคลอด และผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสุกิจ พรหมรับ (2541: 43) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อายุสามปีของสตรีตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า สามปีที่อายุมากส่วนใหญ่จะมีความรู้และวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง และมีความรับผิดชอบในบทบาทการเป็นสามปีและบิดา จึงสามารถให้ความช่วยเหลือภรรยาตลอดการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดได้ดี ในขณะที่สามปีอายุน้อยมักไม่ให้ความสนใจต่อการบริการทางสาธารณสุข ดังนั้นการตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาที่มีสามปีอายุมากกว่าน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีสามปีอายุน้อยกว่า

2.4.12 การมีส่วนร่วมของสามปีในการรับคำแนะนำ

สามปีถือว่าเป็นบุคคลที่เป็นผู้มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพภรรยา หากสามปีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดจะเป็นการส่งเสริมให้สามปีมีการรับรู้ถึงการปฏิบัติต่อบทบาทการเป็นสามปี อีกทั้งยังมีผลต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดา มารดา และบุตรด้วย (Sherwen et al., 1999: 845-846) ดังนั้นสามปีจึงต้องมีความรู้และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติต่อภรรยาและบุตรอย่างเหมาะสม เพื่อสามารถช่วยเหลือภรรยาและอาจทำให้ภรรยามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดได้

จากผลการศึกษาของฐิตารีย์ จันทมาลา (2552: 67) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของมารดาตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า การได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนของสามปีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของมารดาตั้งครรภ์โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี พึ่งแพง (2544: 90) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ของมารดาตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า แรงสนับสนุนจากสามปีมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้นการตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาที่มีสามปีเคยมีส่วนร่วมในการรับคำแนะนำน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีสามปีไม่เคยมีส่วนร่วม เนื่องจากสามปีเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับภรรยา หากสามปีได้เข้ากลุ่มรับคำแนะนำจากบุคลากร

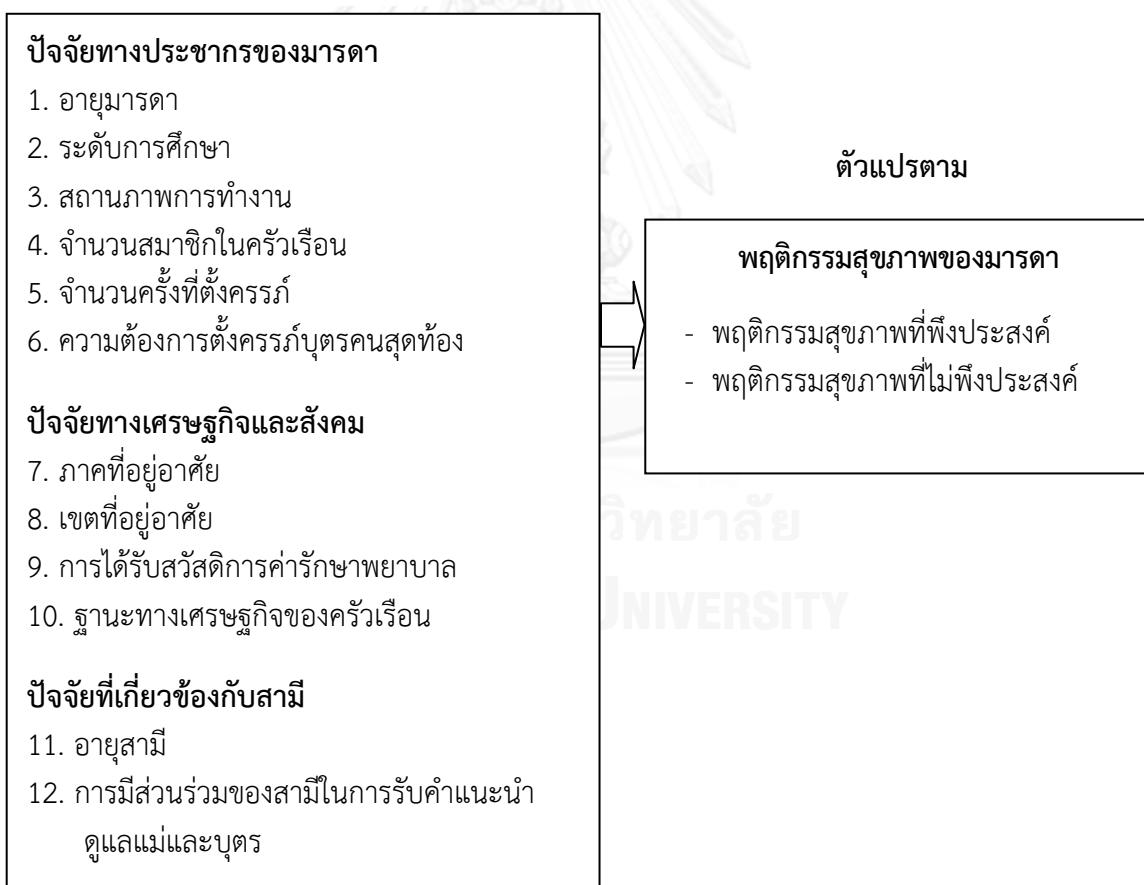
สาธารณสุขและมีความรู้ด้านอนามัยแม่และเด็ก จะทำให้สามีสามีสามารถให้ความช่วยเหลือภรรยาตลอดการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดได้

2.5 กรอบแนวคิดของการศึกษา

การทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ดังแสดงในรูปภาพ 1

รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

ตัวแปรอิสระ



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

บทนี้นำเสนอระเบียบวิธีวิจัยซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ข้อจำกัดของการศึกษา นิยามและการวัดตัวแปร และการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ใช้ข้อมูลทุติยภูมิเชิงปริมาณระดับประเทศจากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ซึ่งมีวัตถุประสงค์และวิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยสังเขปดังนี้

3.1.1 วัตถุประสงค์ของการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552

การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 มีวัตถุประสงค์ในการสำรวจ 2 ประการ คือ 1) เพื่อทราบสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ของประชากรด้านต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมต่อการวางแผนครอบครัว ภาวะเจริญพันธุ์ การอนามัยแม่และเด็ก ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การตรวจมะเร็งระบบสืบพันธุ์ และอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น และ 2) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการด้านอนามัย ทั้งนี้การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ได้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลระหว่างในเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ด้วยการสัมภาษณ์หญิงที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี และชายที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553: 1)

3.1.2 การสุ่มตัวอย่าง

การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (Stratified Two - Stage Sampling) โดยมีจังหวัดเป็นสตราตัม ซึ่งมีทั้งสิ้น 76 สตราตัม ในแต่ละสตราตัมแบ่งออกเป็น 2 สตราตัมย่อย ตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครองคือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล โดยมีชุมชนอาคาร (ในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (นอกเขตเทศบาล) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง และครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง ซึ่งมีขั้นตอนในการสุ่มตัวอย่างดังนี้

การเลือกตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง

จากแต่ละสตราตัมย่อยหรือแต่ละเขตการปกครอง ได้ทำการเลือกชุมชนอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่างจำนวนหน่วยตัวอย่างทั้งสิ้น 1,449 ชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน จากทั้งสิ้น 109,966 ชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน โดยกระจายตามภาคและเขตการปกครอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การกระจายความถี่จำนวนชมรมอาคาร/หมู่บ้านจำแนกตามภาคและเขตการปกครอง

ภาค	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
กรุงเทพมหานคร	78	78	-
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)	492	270	222
ภาคเหนือ	309	174	135
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	324	180	144
ภาคใต้	246	132	114
รวมทั้งราชอาณาจักร	1,449	834	615

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2553: 169)

การเลือกตัวอย่างขั้นที่สอง

การเลือกตัวอย่างในขั้นนี้เป็นการเลือกครัวเรือนตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคลในแต่ละชมรมอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่างได้ทำการเลือกครัวเรือนตัวอย่างของแต่ละกลุ่มครัวเรือนอย่างอิสระต่อกัน ซึ่งมีจำนวนครัวเรือนตัวอย่างทั้งสิ้น 30,117 ครัวเรือนโดยแบ่งครัวเรือนส่วนบุคคลออกเป็น 2 กลุ่ม จำแนกตามลักษณะของสมาชิกในครัวเรือนดังนี้

กลุ่มที่ 1 ครัวเรือนส่วนบุคคลที่มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นสตรีที่มีบุตรคนสุดท้ายอายุต่ำกว่า 1 ปี โดยกำหนดให้ทุกครัวเรือนเป็นครัวเรือนตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 5,880 ครัวเรือน

กลุ่มที่ 2 ครัวเรือนส่วนบุคคลที่ไม่มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นสตรีที่มีบุตรคนสุดท้ายอายุต่ำกว่า 1 ปีจำนวนทั้งสิ้น 24,237 ครัวเรือน โดยทำการสุ่มครัวเรือนตัวอย่าง ในเขตเทศบาลจำนวน 18 ครัวเรือนต่อชมรมอาคาร และนอกเขตเทศบาลจำนวน 15 ครัวเรือนต่อหมู่บ้าน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ

ทั้งนี้จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างที่ทำการแฉงนั้บของครัวเรือนตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30,117 ครัวเรือนสามารถจำแนกตามภาคและเขตการปกครอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การกระจายความถี่จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างจำแนกตามภาคและเขตการปกครอง

ภาค	รวม			ในเขตเทศบาล			นอกเขตเทศบาล		
	รวม	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	รวม	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	รวม	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2
กรุงเทพมหานคร	1,591	187	1,404	1,591	187	1,404	-	-	-
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)	10,127	1,937	8,190	5,658	798	4,860	4,469	1,139	3,330
ภาคเหนือ	6,173	1,016	5,157	3,593	461	3,132	2,580	555	2,025
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6,864	1,464	5,400	3,889	649	3,240	2,975	815	2,160
ภาคใต้	5,362	1,276	4,086	2,797	421	2,376	2,565	855	1,710
รวมทั้งราชอาณาจักร	30,117	5,880	24,237	17,528	2,516	15,012	12,589	3,364	9,225

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2553: 170)

3.2 ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรตัวอย่างสำหรับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด คือ สตรีที่เคยสมรสอายุระหว่าง 15-49 ปี และให้กำเนิดบุตรภายใน 1 ปีก่อนวันสำรวจที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 2,509 ราย จากนั้นผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะตัวอย่างที่มีค่าคำตอบในทุกข้อคำถาม ทำให้มีจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 2,300 ราย ในการวิเคราะห์ผลการศึกษา ผู้วิจัยได้นำตัวอย่างมาถ่วงน้ำหนักด้วยค่าถ่วงน้ำหนักของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่คำนวณขึ้นใหม่¹ เพื่อให้จำนวนตัวอย่างมีการกระจายเป็นแบบแผนเดียวกับประชากรตัวอย่างของประเทศ

ทั้งนี้ โครงสร้างวิทยานิพนธ์ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2556

3.3 ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด มีข้อจำกัดของการศึกษาดังนี้

3.3.1 การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-sectional data) เนื่องจากดำเนินการจัดเก็บข้อมูลช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับรู้และเข้าใจด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนั้นจากข้อมูลนี้สามารถทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆ แต่ไม่สามารถทราบได้ว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยที่คาดว่าจะจะเป็นปัจจัยสาเหตุหรือคาดว่าจะส่งผล (Bland, 2000: 34; สีสม แจ่มอุลิตร์ตัน, 2554: 75-76)

3.3.2 การศึกษาครั้งนี้เป็นการคัดเลือกตัวแปรจากแบบสอบถามของการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ซึ่งยังขาดตัวแปรอิสระบางตัวที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น ตัวแปรรายได้ เป็นตัวแปรที่บ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจโดยตรงของครอบครัว ตัวแปรด้านการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การได้ฟัง ได้อ่าน หรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ นอกจากนี้ตัวแปรด้านการมีส่วนร่วมของสามีที่ใช้ในการศึกษานี้มีข้อคำถามที่จำกัดเฉพาะเรื่องการเข้าร่วมกลุ่มรับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแม่และบุตรจากบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งไม่ได้มีรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติของสามีในด้านต่างๆ ต่อภรรยาที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

¹ ค่าถ่วงน้ำหนักใหม่ = $\frac{\text{ค่าถ่วงน้ำหนักเดิมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ} \times \text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่สัมภาษณ์}}{\text{จำนวนประชากรที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว}}$

3.4 นิยามและการวัดตัวแปร

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด มีการนิยามตัวแปรและการวัดตัวแปรดังนี้

3.4.1 ตัวแปรตาม

ตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดทั้งหมด 6 ด้าน คือ พฤติกรรมการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ พฤติกรรมการตรวจครรภ์ครบ 4 ครั้ง พฤติกรรมการกินยาบำรุงเลือด พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ พฤติกรรมการทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุข และพฤติกรรมการตรวจหลังคลอดครบ 2 ครั้ง ซึ่งในการวัดจะแปลงพฤติกรรมแต่ละด้านเป็นคะแนน โดยผลรวมของคะแนนทั้ง 6 ด้าน จะมีค่าระหว่าง 0-6 คะแนน ทั้งนี้การให้คะแนนตัวแปรพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

1) การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ หมายถึง พฤติกรรมของมารดาที่ได้ไปฝากครรภ์ในขณะตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้องเมื่อมีอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์หรือ 3 เดือน เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามข้อ A34 จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มการฝากครรภ์ใหม่แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	ให้ 1 คะแนน
ฝากครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไปและไม่ฝากครรภ์	ให้ 0 คะแนน

2) การตรวจครรภ์ครบ 4 ครั้ง หมายถึง พฤติกรรมมารดาที่ได้รับการตรวจครรภ์บุตรคนสุดท้องตามนัดในแต่ละคาบเวลาจนกระทั่งคลอด แบ่งเป็น 4 คาบเวลา ได้แก่ ตรวจครรภ์เดือนที่ 1-6 ตรวจครรภ์เดือนที่ 7 ตรวจครรภ์เดือนที่ 8 และตรวจครรภ์เดือนที่ 9 เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามข้อ A36-A39 จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม โดยผู้วิจัยได้รวมคะแนนของข้อคำถามทั้ง 4 ข้อ มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 4 คะแนน และแบ่งกลุ่มการตรวจครรภ์ครบ 4 ครั้งใหม่เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการตรวจครรภ์ครบ คือ ผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดเท่ากับ 4 คะแนน และผู้ที่ได้รับการตรวจครรภ์ไม่ครบหรือไม่ได้ตรวจครรภ์ คือ ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตรวจครรภ์ครบ	ให้ 1 คะแนน
ตรวจครรภ์ไม่ครบ	ให้ 0 คะแนน

3) การกินยาบำรุงเลือด หมายถึง พฤติกรรมของมารดาที่ไปฝากครรภ์บุตรคนสุดท้องได้รับยาบำรุงเลือด (ยาธาตุเหล็ก) และได้กินตามแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขสั่ง เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามข้อ A40 จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

กินตามแพทย์สั่ง	ให้ 1 คะแนน
ไม่ได้กินตามแพทย์สั่ง	ให้ 0 คะแนน

4) การไม่สูบบุหรี่ หมายถึง พฤติกรรมมารดาที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้อง เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามข้อ A44 จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่สูบบุหรี่	ให้ 1 คะแนน
สูบบุหรี่	ให้ 0 คะแนน

5) การทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุข หมายถึง พฤติกรรมของมารดาในการเลือกผู้ทำคลอดบุตรคนสุดท้าย โดยบุคลากรสาธารณสุขที่มารดาเลือกทำคลอด ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหมอตำแยหรือผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรม ซึ่งเป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามข้อ A49 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุข	ให้ 1 คะแนน
ไม่ได้ทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุข	ให้ 0 คะแนน

6) การตรวจหลังคลอดครบ 2 ครั้ง หมายถึง พฤติกรรมของมารดาที่ได้รับการตรวจหลังคลอดหลังจากที่กลับมาอยู่บ้านแล้วจำนวน 2 ครั้งสำหรับรายปกติ ได้แก่ ตรวจหลังคลอดสัปดาห์ที่ 1-2 และตรวจหลังคลอดสัปดาห์ที่ 4-6 เป็นตัวแปรที่ได้จากแบบสอบถามข้อ A52 และข้อ A54 จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม โดยผู้วิจัยได้รวมคะแนนของข้อคำถามทั้ง 2 ข้อ มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 2 คะแนน และแบ่งกลุ่มการตรวจหลังคลอดใหม่เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการตรวจครรภ์หลังคลอดครบ คือ ผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดเท่ากับ 2 คะแนน และผู้ที่ได้รับการตรวจหลังคลอดไม่ครบหรือไม่ได้ตรวจ คือ ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 0-1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตรวจครบ	ให้ 1 คะแนน
ตรวจไม่ครบ	ให้ 0 คะแนน

ดังนั้น ผลรวมของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ผู้วิจัยพิจารณาว่าพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เป็นพฤติกรรมที่มารดามีการปฏิบัติอย่างเหมาะสมส่งผลดีต่อสุขภาพและไม่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ผู้วิจัยจึงแบ่งกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพของมารดาตามลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมายดังนี้

มารดาที่ได้คะแนน 6 คะแนนเต็ม จัดเป็นมารดาที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

มารดาที่ได้คะแนน 0-5 คะแนน จัดเป็นมารดาที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์

3.4.2 ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางประชากรของมารดา ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามี จำนวน 12 ตัวแปรดังนี้

1) ปัจจัยทางประชากรของมารดา

1.1) อายุมารดา หมายถึง อายุเต็มปีของผู้ให้สัมภาษณ์ นับถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันสำรวจ (จากแบบสอบถามข้อ A6) จัดเป็นตัวแปรระดับอัตราส่วน มีอายุต่ำสุดเท่ากับ 15 ปี และอายุสูงสุดเท่ากับ 49 ปี ซึ่งในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรผู้วิจัยใช้อายุเต็มของมารดาส่วนในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไป ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มอายุออกเป็น 5 กลุ่ม ซึ่งมีระดับการวัดแบบจัดอันดับดังนี้

- 15-19 ปี
- 20-24 ปี
- 25-29 ปี
- 30-34 ปี
- 35 ปีขึ้นไป

1.2) ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่เรียนจบของผู้ให้สัมภาษณ์ (จากแบบสอบถามข้อ A9) จัดเป็นตัวแปรระดับจัดอันดับ โดยการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไป ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มระดับการศึกษาใหม่ แบ่งออกเป็น 6 กลุ่มดังนี้

ไม่เคยเรียน

ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า

ปวส./ปวท./อนุปริญญา

ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรผู้วิจัยได้จัดกลุ่มรายการของตัวแปรระดับการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดยให้มารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่เคยเรียนเป็นกลุ่มอ้างอิง ดังนี้

ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่เคยเรียน

มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

ปวส./ปวท./อนุปริญญาหรือสูงกว่า

1.3) สถานภาพการทำงาน หมายถึง ประเภทหรือชนิดของกิจการทางเศรษฐกิจที่ผู้ให้สัมภาษณ์ทำงานอยู่ (จากแบบสอบถามข้อ A10) จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม โดยการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไป ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มสถานภาพการทำงานใหม่ แบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม ดังนี้

ข้าราชการ/ลูกจ้างรัฐบาล

พนักงาน/ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจและเอกชน

ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว

เกษตรกร (ปลูกพืช เลี้ยงสัตว์ ประมง)

รับจ้างทั่วไป/กรรมกร

อื่นๆ

ไม่ทำงาน

ทั้งนี้ ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรผู้วิจัยได้จัดกลุ่มรายการของตัวแปรสถานภาพการทำงานแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ทำงาน และไม่ทำงาน โดยให้มารดาที่ทำงานเป็นกลุ่มอ้างอิง

1.4) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน หมายถึง จำนวนสมาชิกทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้นๆ ตามทะเบียนบ้าน (จากแบบสอบถามข้อ 8) จัดเป็นตัวแปรระดับอัตราส่วน ทั้งนี้ การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไปและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มจำนวนสมาชิกในครัวเรือนออกเป็น 3 กลุ่ม และให้กลุ่มจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1-3 คน เป็นกลุ่มอ้างอิง โดยมีระดับการวัดแบบจัดอันดับ ดังนี้

1-3 คน

4-6 คน

ตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป

1.5) จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ หมายถึง จำนวนบุตรเกิดรอดที่ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้กำเนิดบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นบุตรทั้งหมดที่เกิดจากการสมรสทุกครั้งโดยไม่รวมบุตรเลี้ยงและบุตรบุญธรรม (จากแบบสอบถามข้อ A26) โดยนับรวมการตั้งครรภ์ครั้งนี้ด้วย จัดเป็นตัวแปรระดับอัตราส่วน โดยในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไป ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มจำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ออกเป็น 3 กลุ่ม โดยมีระดับการวัดแบบจัดอันดับ ดังนี้

ครรภ์แรก

ครรภ์ที่ 2

ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป

ทั้งนี้ ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรผู้วิจัยได้จัดกลุ่มรายการของตัวแปรจำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ครรภ์แรก และครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป โดยให้กลุ่มมารดาครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปเป็นกลุ่มอ้างอิง

1.6) ความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย หมายถึง ความต้องการบุตรของผู้ให้สัมภาษณ์ในขณะที่ตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย (จากแบบสอบถามข้อ A30) จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม โดยในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มดังนี้

ต้องการในช่วงเวลานั้น

ต้องการแต่ไม่ใช่ช่วงเวลานั้น

ไม่ต้องการ

อย่างไรก็ได้

ทั้งนี้ ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรผู้วิจัยได้จัดกลุ่มรายการของตัวแปรความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ต้องการ และไม่ต้องการ โดยให้กลุ่มมารดาที่ไม่ต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายเป็นกลุ่มอ้างอิง

2) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

2.1) ภาคที่อยู่อาศัย หมายถึง พื้นที่หรือตำแหน่งที่ผู้ให้สัมภาษณ์อาศัยอยู่ซึ่งแบ่งตามเขตภูมิภาคของประเทศไทย (จากแบบสอบถามข้อ 1) จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่มแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

กรุงเทพมหานคร

ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)

ภาคเหนือ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาคใต้

ทั้งนี้ ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรผู้วิจัยได้จัดกลุ่มรายการของตัวแปรภาคที่อยู่อาศัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กรุงเทพมหานคร และภาคอื่นๆ ที่มีใช้กรุงเทพมหานคร โดยให้กลุ่มมารดาที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ที่มีใช้กรุงเทพมหานครเป็นกลุ่มอ้างอิง

2.2) เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง ที่อยู่อาศัยของผู้ให้สัมภาษณ์ซึ่งแบ่งตามเขตการปกครอง (จากแบบสอบถามข้อ 4) จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม ทั้งนี้การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไปและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม และให้กลุ่มมารดาที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเป็นกลุ่มอ้างอิง ดังนี้

ในเขตเทศบาล

นอกเขตเทศบาล

2.3) การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล หมายถึง สวัสดิการหลักในด้านค่ารักษาพยาบาลที่สนับสนุนโดยภาครัฐและเอกชน (จากแบบสอบถามข้อ A11) จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม ทั้งนี้การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไปและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มการได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลใหม่แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม และให้กลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับสวัสดิการเป็นกลุ่มอ้างอิง

ได้รับสวัสดิการจากรัฐบาล

ได้รับสวัสดิการจากแหล่งอื่น (เช่น บริษัทประกัน นายจ้าง)

ไม่ได้รับสวัสดิการ

2.4) ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน หมายถึง การถือครองหรือการเป็นเจ้าของทรัพย์สินในครัวเรือนของผู้ให้สัมภาษณ์ ซึ่งแสดงในรูปสิ่งของเครื่องใช้ภายในครัวเรือน โดยคำนวณจากทรัพย์สินถาวรที่ครัวเรือนถือครอง ได้แก่ เตาอบไมโครเวฟ กระจกต้มน้ำไฟฟ้า ตู้เย็น โทรทัศน์ เครื่องเล่นวีดีโอ/ซีดี เครื่องซักผ้า เครื่องปรับอากาศ เครื่องทำน้ำร้อน/น้ำอุ่นในห้องน้ำ เครื่องคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ รถยนต์ส่วนบุคคล รถบรรทุกเล็ก/รถปิกอัพ/รถตู้ รถอีแต่นและรถอื่นๆ ประเภทเดียวกัน และรถจักรยานยนต์ (จากแบบสอบถามตอนที่ 8 H4-H18) จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม ซึ่งแบ่งตามระดับดัชนีความมั่งคั่ง (wealth index) เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

ยากจนมาก

ยากจน

ปานกลาง

ร่ำรวย

ร่ำรวยมาก

ทั้งนี้ ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรผู้วิจัยได้จัดกลุ่มรายการของตัวแปรฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ยากจน ปานกลาง และร่ำรวย โดยให้กลุ่มมารดาที่ฐานะยากจนเป็นกลุ่มอ้างอิง

3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามี

3.1) อายุสามี หมายถึง อายุเต็มปีของสามีของผู้ให้สัมภาษณ์ นับถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันสำรวจ (จากแบบสอบถามข้อ A13) จัดเป็นตัวแปรระดับอัตราส่วน มีอายุต่ำสุด 16 ปี และอายุสูงสุด 70 ปี ซึ่งในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรผู้วิจัยใช้อายุเต็มมาวิเคราะห์ส่วนในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไป ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มอายุออกเป็น 7 กลุ่ม ซึ่งมีระดับการวัดแบบจัดอันดับดังนี้

- 15-19 ปี
- 20-24 ปี
- 25-29 ปี
- 30-34 ปี
- 35-39 ปี
- 40-44 ปี
- 45 ปีขึ้นไป

3.2) การมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำดูแลแม่และบุตร หมายถึง สามีของผู้ให้สัมภาษณ์เคยเข้ากลุ่มรับคำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาและบุตรจากบุคลากรสาธารณสุข (จากแบบสอบถามข้อ A47) จัดเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม ทั้งนี้การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไป และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยให้กลุ่มสามีที่ไม่เคยมีส่วนร่วมในการรับคำแนะนำเป็นกลุ่มอ้างอิง ดังนี้

- เคยมีส่วนร่วม
- ไม่เคยมีส่วนร่วม

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเฉพาะตัวอย่างที่เป็นสตรีอายุ 15-49 ปี และให้กำเนิดบุตรคนสุดท้ายภายใน 1 ปีก่อนการสำรวจที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และมีข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดสมบูรณ์ครบถ้วนทั้ง 12 ตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง 2) การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด และ 3) การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.5.1 การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างเป็นการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากร ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม และลักษณะที่เกี่ยวข้องกับสามีของตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical Data) จะวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยการแจกแจงอัตราร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงตัวเลข (Numerical Data) จะวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยการแจกแจงอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

3.5.2 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ใช้การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของจำนวนพฤติกรรมสุขภาพทั้งหมด

3.5.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค (Binary Logistic Regression Analysis) เนื่องจากเป็นวิธีวิเคราะห์ที่เหมาะสมกับการศึกษาที่มีตัวแปรตามระดับจัดกลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม และมีตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม ระดับจัดอันดับ ระดับช่วง และระดับอัตราส่วน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2551: 424) ซึ่งจะนำเสนอด้วยค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds ratio) ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา โดยการวิเคราะห์จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับสองตัวแปร (Bivariate Analysis) โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม 1 ตัว และตัวแปรอิสระ 1 ตัว ว่ามีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใดมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรือไม่

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม 1 ตัว กับตัวแปรอิสระมากกว่า 1 ตัว แบ่งออกเป็น 3 แบบจำลองภายใต้ 3 ปัจจัย โดยเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการวิเคราะห์ทีละปัจจัย ทั้งนี้เพื่อศึกษาว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้เท่าใด และเมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยหรือตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ แล้ว มีตัวแปรอิสระตัวใดบ้างที่ยังมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามหรือไม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการศึกษา

สำหรับบทนี้เป็นการนำเสนอผลการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ส่วนที่สองเป็นผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด และส่วนสุดท้ายเป็นผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

การนำเสนอลักษณะทั่วไปของตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางประชากรของมารดา ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามี เป็นการนำเสนอตามระดับการวัดของตัวแปร กล่าวคือ ตัวแปรเชิงกลุ่ม (Categorical Variable) ได้แก่ ตัวแปรระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน ความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย ภาควิชาที่อยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัย การได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และการมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำดูแลแม่และบุตร จะนำเสนอด้วยการแจกแจงอัตราร้อยละ ส่วนกรณีตัวแปรเชิงตัวเลข (Numerical Variable) ได้แก่ ตัวแปรอายุมารดา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์และอายุสามี จะนำเสนอข้อมูลด้วยการแจกแจงอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ดังแสดงในตารางที่ 3

4.1.1 ปัจจัยทางประชากรของมารดา

ปัจจัยทางประชากรของมารดาเป็นปัจจัยพื้นฐานของตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ตัวแปรอายุมารดา ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ และความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย ซึ่งผลการวิเคราะห์มีดังนี้

1) อายุมารดา

ตัวอย่างในการศึกษานี้มีอายุน้อยที่สุดคือ 15 ปี และอายุมากที่สุดคือ 48 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 28 ปี และเมื่อแยกพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุที่มีสัดส่วนสูงสุดคือกลุ่มอายุระหว่าง 30-34 ปี และ 25-29 ปี ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 26.37 และร้อยละ 26.35 รองลงมาคือ กลุ่มอายุระหว่าง 20-24 ปี (ร้อยละ 24.13) กลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 14.49) และกลุ่มอายุระหว่าง 15-19 ปี (ร้อยละ 8.66) ตามลำดับ

2) ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาสูงสุดของตัวอย่าง พบว่า ตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 30.51) รองลงมาคือ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 28.51) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 20.31) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 13.66) มีการศึกษาระดับ ปวส./ปวท./อนุปริญญา (ร้อยละ 5.34) และไม่เคยเรียน (ร้อยละ 1.67) ตามลำดับ

3) สถานภาพการทำงาน

การทำงานของตัวอย่างในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า ตัวอย่างที่ไม่ทำงานมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 34.71) รองลงมาเป็นเกษตรกร (ปลูกพืช เลี้ยงสัตว์ ประมง) (ร้อยละ 22.58) เป็นพนักงาน/ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจและเอกชน (ร้อยละ 18.74) ทำงานค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 13.20) ทำงานข้าราชการ/ลูกจ้างรัฐบาล (ร้อยละ 5.41) ทำงานรับจ้างทั่วไปหรือเป็นกรรมกร (ร้อยละ 3.73) และทำงานอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการทำงานที่กล่าวมา (ร้อยละ 1.63) ตามลำดับ

4) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนแสดงถึงขนาดของครอบครัวของมารดา พบว่า ตัวอย่างที่มีสมาชิกในครัวเรือนโดยเฉลี่ย 5 คน และเมื่อแยกพิจารณาเป็น 3 กลุ่ม พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนระหว่าง 4-6 คน ร้อยละ 61.07 รองลงมาคือ มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนระหว่าง 1-3 คน (ร้อยละ 19.66) และมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป (ร้อยละ 19.27) ตามลำดับ

5) จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์

จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์แสดงถึงประสบการณ์การผ่านการตั้งครรภ์มาแล้ว พบว่า ตัวอย่างมีการตั้งครรภ์ต่ำสุดจำนวน 1 ครั้ง และสูงสุดจำนวน 9 ครั้ง ซึ่งไม่รวมบุตรเลี้ยงและบุตรบุญธรรม แต่รวมจำนวนบุตรที่เกิดจากสมรสทุกครั้ง โดยเฉลี่ยแล้วตัวอย่างผ่านการตั้งครรภ์มาแล้วประมาณ 2 ครั้ง และเมื่อแยกพิจารณาเป็น 3 กลุ่ม พบว่า ตัวอย่างที่มีการตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 2 มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 43.80) รองลงมาคือ มีการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก (ร้อยละ 42.33) และมีการตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป (ร้อยละ 13.87) ตามลำดับ

6) ความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย

ความต้องการตั้งครรภ์ในขณะกำลังตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความต้องการตั้งครรภ์ในช่วงเวลานั้น (ร้อยละ 75.67) รองลงมาคือ ไม่ต้องการตั้งครรภ์ในช่วงเวลานั้น (ร้อยละ 9.89) อย่างไรก็ตาม (ร้อยละ 8.17) และต้องการตั้งครรภ์แต่ไม่ใช่ช่วงเวลานั้น (ร้อยละ 6.27) ตามลำดับ

4.1.2 ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยภายนอกของมารดา ซึ่งมีความแตกต่างกันในลักษณะทางสังคมหรือวัฒนธรรม ประกอบด้วย ตัวแปรภาคที่อยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัย การได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ซึ่งผลการวิเคราะห์มีดังนี้

1) ภาคที่อยู่อาศัย

ตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 33.50 ซึ่งมีสัดส่วนสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ รองลงมาคือ อาศัยอยู่ในภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) (ร้อยละ 21.50) อาศัยอยู่ในภาคใต้ (ร้อยละ 20.50) อาศัยอยู่ในภาคเหนือ (ร้อยละ 15.85) และอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 8.65) ตามลำดับ

2) เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยของตัวอย่างแบ่งตามเขตการปกครอง โดยตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ 74.23 และตัวอย่างที่เหลืออาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 25.77

3) การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

การมีสวัสดิการเป็นสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจัดเป็นการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนซึ่งจะได้รับจากหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน พบว่า ตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีสวัสดิการจากรัฐบาล (ร้อยละ 95.58) และมีสวัสดิการจากแหล่งอื่น (เช่น บริษัทประกัน นายจ้าง) (ร้อยละ 1.43) แต่ยังมีผู้ที่อ้างว่าไม่ได้รับสวัสดิการประมาณร้อยละ 3 ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่ได้รับการประชาสัมพันธ์หรือการบริการข้อมูลข่าวสารจากภาครัฐอย่างทั่วถึง

4) ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนแสดงถึงการมีทรัพย์สินที่ครัวเรือนเป็นเจ้าของ และสามารถแสดงถึงฐานะหรือความเป็นอยู่ของครัวเรือนได้ ซึ่งพบว่า ตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนร่ำรวย ยากจน และร่ำรวยมาก มีสัดส่วนสูงสุดใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 20.68 ร้อยละ 20.51 และร้อยละ 20.25) รองลงมาคือ ตัวอย่างที่มีฐานะยากจนมาก (ร้อยละ 19.94) และตัวอย่างที่มีฐานะปานกลาง (ร้อยละ 18.62) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 การกระจายอัตราร้อยละจำแนกตามลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	อัตราร้อยละ
ปัจจัยทางประชากรของมารดา	
อายุมารดา	
15-19 ปี	8.66
20-24 ปี	24.13
25-29 ปี	26.35
30-34 ปี	26.37
35 ปีขึ้นไป	14.49
ค่าเฉลี่ย = 27.97 ปี	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.20 ปี
ค่าต่ำสุด = 15 ปี	ค่าสูงสุด = 48 ปี
ระดับการศึกษา	
ไม่เคยเรียน	1.67
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	30.51
มัธยมศึกษาตอนต้น	28.51
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	20.31
ปวส./ปวท./อนุปริญญา	5.34
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	13.66

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	อัตราร้อยละ
สถานภาพการทำงาน	
ข้าราชการ/ลูกจ้างรัฐบาล	5.41
พนักงาน/ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจและเอกชน	18.74
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	13.20
เกษตรกร (ปลูกพืช เลี้ยงสัตว์ ประมง)	22.58
รับจ้างทั่วไป/กรรมกร	3.73
อื่นๆ	1.63
ไม่ทำงาน	34.71
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	
1-3 คน	19.66
4-6 คน	61.07
7 คนขึ้นไป	19.27
ค่าเฉลี่ย = 5.08 คน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.93 คน	
ค่าต่ำสุด = 1 คน ค่าสูงสุด = 17 คน	
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์	
ครรภ์แรก	42.33
ครรภ์ที่ 2	43.80
ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	13.87
ค่าเฉลี่ย = 1.77 ครั้ง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.85 ครั้ง	
ค่าต่ำสุด = 1 ครั้ง ค่าสูงสุด = 9 ครั้ง	
ความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย	
ต้องการในช่วงเวลานั้น	75.67
ต้องการแต่ไม่ใช่ช่วงเวลานั้น	6.27
ไม่ต้องการ	9.89
อย่างไรก็ได้	8.17
ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม	
ภาคที่อยู่อาศัย	
กรุงเทพมหานคร	8.65
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)	21.50
ภาคเหนือ	15.85
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	33.50
ภาคใต้	20.50

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	อัตราร้อยละ
เขตที่อยู่อาศัย	
ในเขตเทศบาล	25.77
นอกเขตเทศบาล	74.23
การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	
ได้รับสวัสดิการจากรัฐบาล	95.58
ได้รับสวัสดิการจากแหล่งอื่น (เช่น บริษัทประกัน นายจ้าง)	1.43
ไม่ได้รับสวัสดิการ	2.99
ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	
ยากจนมาก	19.94
ยากจน	20.51
ปานกลาง	18.62
ร่ำรวย	20.68
ร่ำรวยมาก	20.25
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามี	
อายุสามี	
15-19 ปี	2.65
20-24 ปี	14.98
25-29 ปี	24.84
30-34 ปี	26.29
35-39 ปี	18.43
40-44 ปี	8.83
45 ปีขึ้นไป	3.98
ค่าเฉลี่ย = 31.31 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.15 ปี	
ค่าต่ำสุด = 16 ปี ค่าสูงสุด = 70 ปี	
การมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำดูแลแม่และบุตร	
เคยได้รับคำแนะนำ	34.56
ไม่เคยได้รับคำแนะนำ	65.44

4.1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามี

ปัจจัยทางสามีเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องและใกล้ชิดกับภรรยาโดยตรง สามีจึงเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ภรรยามีพฤติกรรมที่เหมาะสมตลอดการตั้งครรภ์และหลังคลอด ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรอายุสามี และการมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำดูแลแม่และบุตร ซึ่งผลการวิเคราะห์มีดังนี้

1) อายุสามี

สามีของตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีอายุน้อยที่สุดคือ 16 ปี และอายุมากที่สุดคือ 70 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 31 ปี และเมื่อแยกพิจารณาในกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุสามีที่มีสัดส่วนสูงสุดคือ กลุ่มอายุระหว่าง 30-34 ปี ร้อยละ 26.29 รองลงมาคือ กลุ่มอายุระหว่าง 25-29 ปี (ร้อยละ 24.84) กลุ่มอายุระหว่าง 35-39 ปี (ร้อยละ 18.43) กลุ่มอายุระหว่าง 20-24 ปี (ร้อยละ 14.98) กลุ่มอายุระหว่าง 40-44 ปี (ร้อยละ 8.83) กลุ่มอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 3.98) และกลุ่มอายุระหว่าง 15-19 ปี (ร้อยละ 2.65) ตามลำดับ

2) การมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำ

การมีส่วนร่วมของสามีในการเข้ากลุ่มรับคำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการดูแลแม่และบุตรจากบุคลากรสาธารณสุขขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย พบว่า ตัวอย่างที่สามีไม่เคยมีส่วนร่วมเข้ากลุ่มมีสัดส่วนสูงกว่าสามีเคยมีส่วนร่วมเข้ากลุ่ม (เปรียบเทียบร้อยละ 65.44 และร้อยละ 34.56)

4.2 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา

ตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้คือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ซึ่งเป็นมารดาที่ให้กำเนิดบุตรภายใน 1 ปีก่อนการสำรวจ โดยผู้วิจัยได้วัดจากคะแนนรวมของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดใน 6 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ พฤติกรรมการตรวจครรภ์ครบ 4 ครั้ง พฤติกรรมการกินยาบำรุงเลือด พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ พฤติกรรมการทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุข และพฤติกรรมการตรวจหลังคลอดครบ 2 ครั้ง ซึ่งผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 4 พบว่า มารดามีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงเรื่องเดียว และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 6 คะแนน หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกเรื่องที่มาตราพึงกระทำในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด โดยพบว่ามารดามากกว่าครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงกระทำไม่ครบทุกเรื่องถึงร้อยละ 59.17 ขณะที่มารดาที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หรือมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องในทุกเรื่องที่มาตราพึงกระทำในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดเพียงร้อยละ 40.83 เท่านั้น

ตารางที่ 4 การกระจายอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพของมารดา

พฤติกรรมสุขภาพ		อัตราร้อยละ
พฤติกรรมพึงประสงค์ (6 คะแนน)		40.83
พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (0-5 คะแนน)		59.17
ค่าเฉลี่ย = 5.17 คะแนน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.85 คะแนน	
ค่าต่ำสุด = 1 คะแนน	ค่าสูงสุด = 6 คะแนน	
การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์		
ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ (1 คะแนน)		73.08
ฝากครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป และไม่ฝากครรภ์ (0 คะแนน)		26.92
การตรวจครรภ์ครบ 4 ครั้ง		
ตรวจครรภ์ครบ (1 คะแนน)		95.16
ตรวจครรภ์ไม่ครบ (0 คะแนน)		4.84
การกินยาบำรุงเลือด		
กินตามแพทย์สั่ง (1 คะแนน)		86.82
ไม่ได้กินตามแพทย์สั่ง (0 คะแนน)		13.18
การไม่สูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่ (1 คะแนน)		96.67
สูบบุหรี่ (0 คะแนน)		3.33
การทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (1 คะแนน)		99.62
ไม่ได้ทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (0 คะแนน)		0.38
การตรวจหลังคลอดครบ 2 ครั้ง		
ตรวจครบ (1 คะแนน)		65.58
ตรวจไม่ครบ (0 คะแนน)		34.42

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า พฤติกรรมสุขภาพในการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของมารดาเกือบทั้งหมดปฏิบัติได้ถูกต้อง/เหมาะสมมากที่สุด แต่ในพฤติกรรมการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ยังพบว่ามีมารดาถึงร้อยละ 26.92 ที่ไปฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และไม่ไปฝากครรภ์ ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่มีเวลาหรือความไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการ โดยเฉพาะผู้ที่มียาได้น้อยส่วนใหญ่มักจะไม่มีเวลา ต้องทำงานหนัก และไม่มีเวลาเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้ความสนใจต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ลดลง ส่วนการตรวจครรภ์ครบ 4 ครั้งและการกินยาบำรุงเลือด พบว่า มีมารดาประมาณร้อยละ 5 ที่ไม่ได้รับการตรวจครรภ์ครบ 4 ครั้ง และประมาณร้อยละ 13 ที่ไม่กินยาบำรุงเลือดตามแพทย์สั่ง ทั้งนี้บุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรมีการย้ำเตือนให้มารดาเข้ารับบริการตรวจครรภ์ตามนัด และ

- 2) สถานภาพการทำงาน

กำหนดให้	ทำงาน	เป็นกลุ่มอ้างอิง
	ไม่ทำงาน	
- 3) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

กำหนดให้	1-3 คน	เป็นกลุ่มอ้างอิง
	4-6 คน	
	7 คนขึ้นไป	
- 4) จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์

กำหนดให้	ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	เป็นกลุ่มอ้างอิง
	ครรภ์แรก	
- 5) ความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย

กำหนดให้	ไม่ต้องการ	เป็นกลุ่มอ้างอิง
	ต้องการ	
- 6) ภาคที่อยู่อาศัย

กำหนดให้	ภาคอื่นๆ ที่มีใช้กรุงเทพมหานคร	เป็นกลุ่มอ้างอิง
	กรุงเทพมหานคร	
- 7) เขตที่อยู่อาศัย

กำหนดให้	นอกเขตเทศบาล	เป็นกลุ่มอ้างอิง
	ในเขตเทศบาล	
- 8) การได้รับสวัสดิการข้าราชการ

กำหนดให้	ไม่ได้รับสวัสดิการ	เป็นกลุ่มอ้างอิง
	ได้รับสวัสดิการจากรัฐบาล	
	ได้รับสวัสดิการจากแหล่งอื่น	
- 9) ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

กำหนดให้	ยากจน	เป็นกลุ่มอ้างอิง
	ปานกลาง	
	ร่ำรวย	
- 10) การมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำ

กำหนดให้	ไม่เคยมีส่วนร่วม	เป็นกลุ่มอ้างอิง
	เคยมีส่วนร่วม	

การอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดกับปัจจัยทางประชากรของมารดา ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามีครั้งนี้จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับสองตัวแปร (Bivariate Analysis) และส่วนที่สองเป็นผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.3.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับสองตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับสองตัวแปรเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อัตราส่วนโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย

ปัจจัย	การถดถอยโลจิสติก	ผลการทดสอบ
	ทวิภาคอย่างง่าย	
	Odds ratio	
ปัจจัยทางประชากรของมารดา		
อายุมารดา	1.041***	✓ ***
ระดับการศึกษา		✓ x*
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่เคยเรียน	====	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	0.693*	
ปวส./ปวท./อนุปริญญาหรือสูงกว่า	1.518*	
สถานภาพการทำงาน		x
ทำงาน	====	
ไม่ทำงาน	0.920	
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		x
1-3 คน	====	
4-6 คน	0.983	
7 คนขึ้นไป	0.755	
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์		✓
ครรภ์แรก	1.196	
ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	====	
ความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย		✓ ***
ไม่ต้องการ	====	
ต้องการ	2.629***	
ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม		
ภาคที่อยู่อาศัย		✓
ภาคอื่นๆ ที่มีใช้กรุงเทพมหานคร	====	
กรุงเทพมหานคร	1.470	

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัย	การถดถอยโลจิสติก	ผลการทดสอบ
	ทวิภาคอย่างง่าย	
	Odds ratio	
เขตที่อยู่อาศัย		✓
นอกเขตเทศบาล	====	
ในเขตเทศบาล	1.215	
การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล		✓*
ไม่ได้รับสวัสดิการ	====	
ได้รับสวัสดิการจากรัฐ	1.234	
ได้รับสวัสดิการจากแหล่งอื่น	4.981*	
ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน		✓✕***
ยากจน	====	
ปานกลาง	0.911	
ร่ำรวย	1.840***	
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามี		
อายุสามี	1.029**	✓**
การมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำดูแลแม่และบุตร		✓*
ไม่เคย	====	
เคย	1.357*	

หมายเหตุ

- ==== หมายถึง กลุ่มอ้างอิง
- *** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
- ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
- * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- ✓ หมายถึง มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้
- ✕ หมายถึง มีทิศทางไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้
- ✓✕ หมายถึง มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้บางส่วน

ก. ปัจจัยทางประชากรของมารดา

ปัจจัยทางประชากรเป็นปัจจัยพื้นฐานของมารดาที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมถึงการสนับสนุนหรือแรงกระตุ้นจากบุคคลใกล้ชิดที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ ประกอบด้วย ตัวแปรอายุมารดา ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ และความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1) อายุมารดา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดากับอายุ พบว่า มารดาที่มีอายุน้อยกว่ามีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงเป็น 1.041 เท่าของมารดาที่มีอายุน้อยกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.041) ซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า มารดาที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า และความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จึงสรุปว่าอายุมารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า มารดาที่มีอายุน้อยกว่าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตมาก มีความตระหนักถึงสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง และทารก จึงทำให้มารดาที่มีอายุน้อยกว่าตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเองตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Raghupathy (1996: 463-466) ที่ศึกษามารดาตั้งครรภ์ในประเทศไทย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Maharjan (1995: 78) ในประเทศเนปาล และ HtaKhin (2011: 43-47) ในประเทศพม่า ซึ่งพบว่า อายุมารดาตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ การคลอด การดูแลสุขภาพหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นมารดาที่มีอายุแตกต่างกันจึงมีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แตกต่างกันด้วย

2) ระดับการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดากับระดับการศึกษา พบว่า มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่ามีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำเป็น 0.693 เท่าของมารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่เคยเรียน (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.693) แสดงว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่ามีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่เคยเรียน และมารดาที่มีการศึกษาระดับปวส./ปวท./อนุปริญญาหรือสูงกว่ามีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงเป็น 1.518 เท่าของมารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่เคยเรียน (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.518) แสดงว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับปวส./ปวท./อนุปริญญาหรือสูงกว่ามีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่เคยเรียน ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละระดับการศึกษาจะพบว่า มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่ามีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับปวส./ปวท./อนุปริญญาหรือสูงกว่า และมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่ามีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่เคยเรียน ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวพบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้บางส่วนตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมี

โอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า กล่าวคือ มารดาที่มีการศึกษาระดับปวส./ปวท./อนุปริญญาหรือสูงกว่ามีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สูงกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า และสูงกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่า มัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่เคยเรียน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระดับการศึกษาในระดับสูงขึ้นไปจะทำให้เกิด ทักษะจากการเรียน การอ่าน หรือการหาความรู้จากสื่อต่างๆ ได้กว้างขวาง ซึ่งทำให้เกิดความรู้ที่จะนำมา พัฒนา ป้องกัน หรือปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองให้ดียิ่งขึ้น สำหรับมารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่า มัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่เคยเรียนมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า อาจเป็นเพราะการส่งเสริมประสบการณ์จากการได้ฟัง ได้เห็น หรือรับรู้วิธีการปฏิบัติจากกรณีของบุคคลรอบข้างจึงอาจทำให้มารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ตอนต้นหรือไม่เคยเรียนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์สูงกว่า นอกจากนี้มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่าเป็นช่วงที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจึงอาจทำให้มีโอกาสสูงที่จะไม่ไปฝากครรภ์หรือ ตรวจครรภ์ ดังนั้นมารดาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจึงมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันด้วย ซึ่งผล จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องบางส่วนกับผลการศึกษาของนาตยา อารินทร์ (2553: 62) ที่พบว่า มารดา ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีการมาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์สูงกว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Maharjan (1995: 79) ในประเทศเนปาล ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมรับบริการฝากครรภ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปวีณา ลิ้มปัทมาญจนวัฒน์ (2553: 65-67) ที่พบว่า มารดาตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือ สูงกว่าจะมีการพิจารณาตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า มัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) สถานภาพการทำงาน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของ มารดากับสถานภาพการทำงาน พบว่า มารดาที่ไม่ทำงานมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ต่ำเป็น 0.920 เท่าของมารดาที่ทำงาน (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.920) ซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า มารดาที่ไม่ทำงานน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สูงกว่ามารดาที่ทำงาน แต่ความสัมพันธ์นี้ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปว่าสถานภาพ การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่เป็นเช่นนี้แม้ว่ามารดาที่ทำงานส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและมีรายได้แน่นอน จึงตระหนักถึงความสำคัญและมีความพร้อมที่จะดูแล สุขภาพตลอดการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด แต่ทั้งนี้มารดาที่ไม่ได้ทำงานก็จะมีอิสระและมีเวลาว่าง ในการแสวงหาความรู้และข้อมูลข่าวสารจากสื่อหรือแหล่งเรียนรู้อื่นๆ ได้อย่างเต็มที่ ประกอบกับการได้ แลกเปลี่ยนทัศนคติหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตลอดการตั้งครรภ์และหลังคลอดระหว่าง กลุ่มมารดาด้วยกันเอง ดังนั้นมารดาที่มีสถานภาพการทำงานแตกต่างกันจึงไม่มีผลต่อการมีพฤติกรรม สุขภาพแตกต่างกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนาตยา อารินทร์ (2553: 62) ที่ศึกษามารดา ตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบของอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า สถานภาพการทำงานของ มารดาตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ HtaKhin (2011: 43-47) ในประเทศพม่า ซึ่งพบว่า

สถานภาพการทำงานของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลสุขภาพ
ในระยะหลังคลอด

4) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดากับจำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่า มารดาที่มีสมาชิกในครัวเรือนจำนวน 4-6 คนมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำเป็น 0.983 เท่าของมารดาที่มีสมาชิกในครัวเรือนจำนวน 1-3 คน (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.983) และมารดาที่มีสมาชิกในครัวเรือนจำนวน 7 คนขึ้นไปมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำเป็น 0.755 เท่าของมารดาที่มีสมาชิกในครัวเรือนจำนวน 1-3 คน (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.755) แสดงว่ามารดาที่มีสมาชิกในครัวเรือนจำนวน 1-3 คนมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีสมาชิกในครัวเรือน 4-6 คน และสูงกว่ามารดาที่มีสมาชิกในครัวเรือนจำนวน 7 คนขึ้นไป ซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า มารดาที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่าน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า และความสัมพันธ์นี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะมารดาที่มีสมาชิกในครัวเรือนมากหรืออยู่ในครอบครัวขยาย สมาชิกส่วนใหญ่อาจอยู่ในวัยแรงงานที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จึงไม่มีเวลาว่างที่จะให้ความช่วยเหลือ หรือดูแลมารดาทั้งด้านการเดินทาง การแบ่งเบาภาระ หรือการกระตุ้นเตือนให้มารดามีการปฏิบัติตนตลอดการตั้งครรภ์และหลังคลอดอย่างเหมาะสม จึงทำให้มารดาที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนแตกต่างกันจึงไม่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แตกต่างกันด้วย

5) จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดากับจำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ พบว่า มารดาที่มีจำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงเป็น 1.196 เท่าของมารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.196) ซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า มารดาที่มีจำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งหลัง อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์นี้ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปว่า จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกหรือเป็นการตั้งครรภ์หลายครั้งแล้วก็ตาม ทำให้มารดาที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่แตกต่างกัน หากเป็นการตั้งครรภ์ครรภ์แรกมารดาอาจไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อนจึงทำให้มีความระมัดระวังในการปฏิบัติตนมากขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายทั้งในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด และหากเป็นการตั้งครรภ์หลายครั้งก็อาจทำให้มารดาที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดที่เหมาะสมมากขึ้นด้วยทั้งนี้อาจเป็นเพราะสามารถเข้าถึงหรือเคยมีประสบการณ์ในการรับบริการในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดมาก่อนแล้ว ดังนั้นมารดาที่ตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็นครรภ์ใดก็ตามจึงมีไม่ผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แตกต่างกันด้วย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนาตยา อารินทร์ (2553: 62) และปวีณา ลิ้มปกาญจนวัฒน์ (2553: 76)

ในประเทศไทย ซึ่งพบว่า จำนวนการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์และการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์

6) ความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดากับความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย พบว่า มารดาที่ต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงเป็น 2.629 เท่าของมารดาที่ไม่ต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย (ค่า Odds ratio เท่ากับ 2.629) ซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า มารดาที่ต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ไม่ต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จึงสรุปว่าความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นจากความต้องการสะท้อนถึงความรักความผูกพันระหว่างสามีและภรรยา ซึ่งการตั้งครรภ์ที่เป็นที่ต้องการมักจะเกิดจากความพร้อมที่จะรับผิดชอบชีวิตครอบครัวและความพร้อมทางสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของบิดาและมารดา (สำนักส่งเสริมสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2535a: 7) และมีความคาดหวังว่าบุตรจะมีสุขภาพที่ดี จึงนำไปสู่การปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น ดังนั้นมารดาที่มีความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายที่แตกต่างกันจึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แตกต่างกันด้วย ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Erci (2003: 271-272) ที่ศึกษามารดาคลอดบุตรในประเทศตุรกี และ Paredes และคณะ (2005: 168-172) ที่ศึกษาการฝากครรภ์ของมารดาในประเทศเอกวาดอร์ ซึ่งพบว่า มารดาที่ต้องการตั้งครรภ์บุตรมีพฤติกรรมการฝากครรภ์ที่เหมาะสมสูงกว่ามารดาที่ไม่ต้องการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะทางสังคมหรือวัฒนธรรม ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่จะช่วยสนับสนุนต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของมารดา ประกอบด้วย ตัวแปรภาคที่อยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัย การได้รับสวัสดิการคำปรึกษาพยาบาล และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1) ภาคที่อยู่อาศัย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดากับภาคที่อยู่อาศัย พบว่า มารดาที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงเป็น 1.470 เท่าของมารดาที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ที่มีใช้กรุงเทพมหานคร (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.470) ซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า มารดาที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ที่ไม่ใช่กรุงเทพมหานคร และความสัมพันธ์นี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปว่าภาคที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าปัจจุบันมีการพัฒนาภูมิภาคต่างๆ ให้มีความเจริญทัดเทียมกันมากขึ้น ทั้งด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและด้านสาธารณสุข ทำให้ภูมิภาคต่างๆ สามารถตอบสนองความต้องการของแต่ละ

บุคคลได้ไม่แตกต่างกัน ประกอบกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการสื่อสาร ทำให้การประชาสัมพันธ์ในเรื่องการดูแลสุขภาพของมารดาตั้งครรภ์มีความรวดเร็วและทำให้มารดาสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้สะดวกยิ่งขึ้น ดังนั้นมารดาที่อาศัยอยู่ในภาคที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกันจึงไม่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดแตกต่างกัน

2) เขตที่อยู่อาศัย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดากับเขตที่อยู่อาศัย พบว่า มารดาที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงเป็น 1.215 เท่าของมารดาที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.215) ซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า มารดาที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล แต่ก็พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปว่า เขตที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาที่เป็นเช่นนี้แม้ว่าพื้นที่ในเขตเทศบาลหรือเขตเมืองจะมีความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคมในชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ และสาธารณูปโภคที่มีมากกว่านอกเขตเทศบาลหรือเขตชนบท แต่ปัจจุบันการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจสังคม เทคโนโลยีระบบการสื่อสาร ตลอดจนระบบบริการสาธารณสุขอย่างรวดเร็วและครอบคลุมในพื้นที่นอกเขตเทศบาลมากยิ่งขึ้น ทำให้บุคคลได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นมารดาไม่ว่าจะอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลหรือนอกเขตเทศบาลก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

3) การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดากับการได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล พบว่า มารดาที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากรัฐบาลมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงเป็น 1.234 เท่าของมารดาที่ไม่ได้รับสวัสดิการ (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.234) และมารดาที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากแหล่งอื่นมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงเป็น 4.981 เท่าของมารดาที่ไม่ได้รับสวัสดิการ (ค่า Odds ratio เท่ากับ 4.981) ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มของสวัสดิการจะพบว่า มารดาที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากรัฐบาลมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับสวัสดิการ และมารดาที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากรัฐบาลมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่ามารดาที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากแหล่งอื่น ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า มารดาที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากรัฐบาลและจากแหล่งอื่นน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับสวัสดิการ ทั้งนี้พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มมารดาที่ได้รับสวัสดิการจากแหล่งอื่นเท่านั้น แสดงว่า มารดาที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากแหล่งอื่น (จากบริษัทประกัน หรือนายจ้าง) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันหรือนายจ้างอาจให้สิทธิประโยชน์สูงกว่าสวัสดิการที่ได้รับจากรัฐ โดยเฉพาะสวัสดิการที่ได้รับจากบริษัทประกัน ซึ่งอาจให้สิทธิประโยชน์สูง เช่น ค่ารักษาพยาบาลขณะตั้งครรภ์ ค่าทำคลอด ค่ายา เป็นต้น อีกทั้งยังได้รับบริการที่มีคุณภาพจึงทำให้มารดาน่าจะมีโอกาส

ที่จะมีพฤติกรรมในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดที่ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้มารดายังสามารถเข้าใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนได้ทั่วประเทศจึงอาจทำให้มารดาสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นมารดาที่ได้รับสวัสดิการคำปรึกษาพยาบาลจากแหล่งอื่นจึงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของปวีณา ลิมป์กาญจนวัฒน์ (2553: 73-75) ที่พบว่า การได้รับสวัสดิการข้าราชการ ประกันชีวิต ประกันสังคม และอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Celik and Hotchkiss (2000: 1797-1806) ในประเทศตุรกี ที่พบว่า การมีสวัสดิการคำปรึกษาพยาบาลทำให้มารดามีโอกาสมารับบริการฝากครรภ์สูงกว่ามารดาที่ไม่มีสวัสดิการ

4) ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดากับฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน พบว่า มารดาที่มีฐานะปานกลางมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำเป็น 0.911 เท่าของมารดาที่มีฐานะยากจน (ค่า Odds ratio เท่ากับ 0.911) แสดงว่ามารดาที่มีฐานะปานกลางมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่ามารดาที่มีฐานะยากจน และมารดาที่มีร่ำรวยมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงเป็น 1.840 เท่าของมารดาที่มีฐานะยากจน (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.840) แสดงว่ามารดาที่มีฐานะร่ำรวยมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีฐานะยากจน ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละระดับของฐานะทางเศรษฐกิจจะพบว่า มารดาที่มีฐานะปานกลางมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่ามารดาที่มีฐานะร่ำรวย และมารดาที่มีฐานะปานกลางมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่ามารดาที่มีฐานะยากจน ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้บางส่วนตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า ทั้งนี้พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ในกลุ่มมารดาที่มีฐานะร่ำรวยเท่านั้น กล่าวคือ มารดาที่มีฐานะร่ำรวยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมารดาที่มีฐานะร่ำรวยมีโอกาสสูงในการใช้จ่ายต่อสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น ยานพาหนะ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เครื่องใช้ไฟฟ้า และเครื่องมือสื่อสารต่างๆ รวมถึงการเลือกสรรสินค้าที่มีคุณภาพเพื่อตอบสนองความต้องการและสามารถสร้างความสะดวกสบายต่อการดำเนินชีวิตตลอดการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดได้ดี ดังนั้นมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนแตกต่างกันจึงมีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดแตกต่างกัน ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของสกาวรัตน์ เทพรัักษ์ (2534: 133) อรุณี พึ่งแพง (2544: 88) และ Raghupathy (1996: 463-466) ที่ได้ศึกษาการใช้บริการสุขภาพของมารดาตั้งครรภ์ในประเทศไทย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Abor และคณะ (2011: 628-648) ในประเทศกานา ซึ่งพบว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าจะมารับบริการฝากครรภ์ การคลอด และหลังคลอดสูงกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า

ค. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามี

1) อายุสามี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดากับอายุสามี พบว่า มารดาที่มีสามีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงเป็น 1.029 เท่าของมารดาที่มีสามีอายุน้อยกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.029) ซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า มารดาที่มีสามีอายุมากกว่าน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีสามีอายุน้อยกว่า และความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปว่าอายุสามีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าอายุแสดงถึงประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของสามี โดยสามีที่มีอายุมากจะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ประสบการณ์ชีวิต และมีความรับผิดชอบสูง ซึ่งน่าจะมีส่วนช่วยเหลือภรรยา และสามารถปฏิบัติต่อภรรยาทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดในครั้งนี้ได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นมารดาที่มีสามีอายุแตกต่างกันจึงมีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แตกต่างกันด้วย

2) การมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดากับการมีส่วนร่วมของสามีในการเข้ากลุ่มรับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแม่และบุตร พบว่า มารดาที่มีสามีเคยมีส่วนร่วมในการรับคำแนะนำมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงเป็น 1.357 เท่าของมารดาที่มีสามีไม่เคยมีส่วนร่วมในการรับคำแนะนำ (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.357) ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า มารดาที่มีสามีเคยมีส่วนร่วมในการรับคำแนะนำน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีสามีไม่เคยมีส่วนร่วมในการรับคำแนะนำ และยังพบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของสามีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสามีที่ได้เข้าร่วมกลุ่มรับคำแนะนำในการดูแลภรรยาและบุตรนั้นจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจในวิธีการที่จะดูแลภรรยา ซึ่งอาจทำให้สามีปฏิบัติต่อภรรยาและบุตรได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และสามารถให้ความช่วยเหลือและแนะนำภรรยาได้อย่างถูกต้องตลอดการตั้งครรภ์และหลังคลอด ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของฐิตารีย์ จันทมาลา (2552: 67) และอรุณี พึ่งแพง (2544: 90) ที่ศึกษาพฤติกรรมการฝากครรภ์ของมารดาตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งพบว่า การได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นมารดาที่มีสามีเคยมีส่วนร่วมในการรับคำแนะนำที่แตกต่างกันจึงส่งผลให้ภรรยามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แตกต่างกันด้วย

4.3.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับหลายตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับหลายตัวแปรเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุภาคแบบพหุ (Multiple Logistic Regression Analysis) โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่มีตัวแปรอิสระหลายตัวแปรนี้มีเงื่อนไขว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวแปรจะต้องไม่สัมพันธ์กันหรือไม่ควรมีความสัมพันธ์กันเท่ากับหรือมากกว่า 0.75 ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้น

(Multicollinearity) (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2551: 150) ซึ่งสำหรับการศึกษาคำนี้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวพบว่า ไม่มีค่าความสัมพันธ์กันมากกว่า 0.75 (ดังแสดงในภาคผนวก ข) ทั้งนี้การนำเสนอผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุแบ่งเป็น 3 แบบจำลองตามแต่ละปัจจัย ดังรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 อัตราส่วนโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ

ปัจจัย	การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ (Odds ratio)		
	แบบจำลอง 1	แบบจำลอง 2	แบบจำลอง 3
ปัจจัยทางประชากรของมารดา			
อายุมารดา	1.045***	1.038**	1.032
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่เคยเรียน	=====	=====	=====
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	0.799	0.720	0.721
ปวส./ปวท./อนุปริญญาหรือสูงกว่า	1.298	0.921	0.929
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์			
ครรภ์แรก	1.487*	1.475*	1.465*
ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	=====	=====	=====
ความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย			
ไม่ต้องการ	=====	=====	=====
ต้องการ	2.564***	2.494***	2.472***
ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม			
การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล			
ไม่ได้รับสวัสดิการ	=====	=====	=====
ได้รับสวัสดิการจากรัฐ		1.502	1.410
ได้รับสวัสดิการจากแหล่งอื่น		4.886*	4.699*
ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน			
ยากจน		=====	=====
ปานกลาง		1.033	1.036
ร่ำรวย		1.621**	1.576*

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัย	การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ (Odds ratio)		
	แบบจำลอง 1	แบบจำลอง 2	แบบจำลอง 3
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามี			
อายุสามี			1.008
การมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำดูแลแม่ และบุตร			
ไม่เคยมีส่วนร่วม			====
เคยมีส่วนร่วม			1.352*
Log Likelihood	1166.865	1154.35	1149.968
Hosmer-Lemeshow test	0.345	0.522	0.542
R ²	0.062	0.074	0.079

หมายเหตุ

- ==== หมายถึง กลุ่มอ้างอิง
 *** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
 ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
 * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุเป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดกับตัวแปรอิสระทั้งหมด 12 ตัวแปรภายใต้ปัจจัย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยทางประชากรของมารดา ประกอบด้วยตัวแปรอายุมารดา ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ และความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย 2) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วยตัวแปรภาคที่อยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัย การได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามี ประกอบด้วยตัวแปรอายุสามี และการมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำดูแลแม่และบุตร ซึ่งการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุจะนำเสนอใน 3 แบบจำลองตามแต่ละกลุ่มปัจจัย ทั้งนี้ทุกแบบจำลองผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรสถานภาพการทำงาน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ภาคที่อยู่อาศัย และเขตที่อยู่อาศัย เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามีแล้ว ทำให้อายุมารดาไม่มีผลต่อโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แตกต่างกัน ในขณะที่เมื่อควบคุมอิทธิพลทั้ง 3 ปัจจัยแล้ว ตัวแปรความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายยังคงมีอิทธิพลอย่างมากต่อโอกาสที่จะมี

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ทวิภาคแบบพหุกับผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่ายสามารถสรุปได้ดังนี้

แบบจำลองที่ 1 เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางประชากรของมารดา จากการพิจารณาเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกับผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่ายพบว่า **ตัวแปรระดับการศึกษา** ซึ่งจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่ายพบว่า มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่ามีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่เคยเรียน และมารดาที่มีการศึกษาระดับปวส./ปวท./อนุปริญญาหรือสูงกว่ามีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่เคยเรียนและสูงกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้บางส่วน และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกลับพบว่า ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะการได้รับคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวตลอดการตั้งครรภ์และหลังคลอดตามความเชื่อวัฒนธรรมและค่านิยมของแต่ละสังคมที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา จึงทำให้ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แตกต่างกัน และ**ตัวแปรจำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์** ซึ่งจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่ายพบว่า มารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่สองหรือมากกว่า ซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกลับพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกแสดงถึงมารดาไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อนจึงทำให้เกิดความกังวลกับอันตรายหรือโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด จึงทำให้มีความระมัดระวังในการปฏิบัติตนมากขึ้น ทั้งนี้จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุภายใต้ปัจจัยทางประชากรของมารดาสามารถอธิบายการแปรผันของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาได้ร้อยละ 6.2 ($R^2 = 0.062$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้วพบว่า ตัวแปรอิสระที่ยังคงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา คือ ตัวแปรอายุมารดา จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ และความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย

แบบจำลองที่ 2 เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางประชากรของมารดา และปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม จากการพิจารณาเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกับผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย พบว่า **ตัวแปรฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน** ซึ่งจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่ายพบว่า มีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้บางส่วน แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกลับพบว่า มีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าน่าจะมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า และยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มมารดาที่มีฐานะร่ำรวย ทั้งนี้จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุภายใต้ปัจจัยทางประชากรของมารดาและปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมสามารถอธิบายการแปรผันของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาได้ร้อยละ 7.4 ($R^2 = 0.074$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้วพบว่า ตัวแปรอิสระที่ยังคงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา คือ ตัวแปรอายุมารดา จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ ความต้องการตั้งครรภ์ บุตรคนสุดท้าย ห่วง การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

แบบจำลองที่ 3 เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทางประชากรของมารดา ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามี จากการพิจารณาเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกับผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย พบว่า **ตัวแปรอายุมารดา** ซึ่งจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่ายพบว่า มารดาที่มีอายุมากกว่า มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกลับพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นมารดาที่มีอายุมากหรือน้อยจึงไม่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด แม้ว่ามารดาจะมีอายุน้อย แต่หากได้รับความช่วยเหลือและได้รับการดูแลจากสามี อาจทำให้มารดา มีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นได้ และ **ตัวแปรอายุสามี** ซึ่งจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่ายพบว่า มารดาที่มีสามีอายุมากกว่า มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีสามีอายุน้อยกว่า ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกลับพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่เป็นเช่นนี้แม้ว่าอายุแสดงถึงประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของสามีซึ่งจะมี ส่วนช่วยเหลือมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม แต่สามีที่มีอายุน้อยหากมีความสนใจต่อการรับบริการทางสาธารณสุขก็สามารถช่วยเหลือภรรยาได้อย่างเหมาะสมเช่นกัน

ทั้งนี้จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุภายใต้ปัจจัยทางประชากรของมารดา ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามี พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมด 12 ตัวแปรสามารถอธิบายการแปรผันของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาได้ร้อยละ 7.9 ($R^2 = 0.079$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้วพบว่า ตัวแปรอิสระที่ยังคงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา คือ ตัวแปรจำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ ความต้องการตั้งครรภ์ บุตรคนสุดท้าย ห่วง การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และการมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำดูแลแม่และบุตร

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สำหรับบทนี้เป็นการสรุปผลการศึกษา ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปวางแผนหรือกำหนดนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงวิชาการสำหรับผู้สนใจศึกษา มีรายละเอียด ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด โดยมีแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด และแนวคิดปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ใช้เป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยมีตัวแปรตามคือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ประกอบด้วยพฤติกรรมการฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ การตรวจครรภ์ครบ 4 ครั้ง การกินยาบำรุงเลือด การไม่สูบบุหรี่ การทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุข และการตรวจหลังคลอดครบ 2 ครั้ง และตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางประชากรของมารดา ประกอบด้วยตัวแปรอายุมารดา ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ และความต้องการตั้งครรภ์ บุตรคนสุดท้าย ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วยตัวแปรภาคที่อยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัย การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามี ประกอบด้วยตัวแปรอายุสามี และการมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำดูแลแม่และบุตร สำหรับการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยศึกษาเฉพาะสตรีที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี ที่ให้กำเนิดบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีก่อนวันสำรวจ โดยมีตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 2,300 ราย

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พบว่าน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40.83) ของมารดาไทย มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ซึ่งเมื่อพิจารณาพฤติกรรมแต่ละด้านแล้ว มารดาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในทุกด้าน ในขณะที่พฤติกรรมที่มารดามีการปฏิบัติไม่เหมาะสมมากที่สุดคือ การตรวจหลังคลอดไม่ครบ 2 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์และไม่ฝากครรภ์ และไม่ได้กินยาบำรุงเลือดตามแพทย์สั่ง ตรวจครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้งหรือไม่ได้ตรวจครรภ์ สูบบุหรี่ ขณะตั้งครรภ์ และไม่ได้ทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามลำดับ ดังนั้นมารดาที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา คือ จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ ความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย การได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และการมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำ โดยมารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่สองหรือมากกว่า ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ HtaKhin (2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลสุขภาพหลังคลอดในกลุ่มมารดาที่รับบริการสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์แบบเคลื่อนที่ในเขตชุมชนเมืองอย่างกึ่ง ประเทศพม่า และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Raghupathy (1996) ในประเทศไทยและ Celik and Hotchkiss (2000) ในประเทศตุรกี ที่พบว่ามารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกมีการฝากครรภ์และการคลอดที่เหมาะสมมากกว่าการตั้งครรภ์ครั้งหลัง

ผลจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ ยังแสดงให้เห็นความสำคัญของความต้องการตั้งครรภ์ต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา ซึ่งมารดาที่รายงานว่ามีความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ไม่ต้องการตั้งครรภ์บุตรเกือบ 3 เท่า ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Erci (2003) ที่ศึกษาการใช้บริการฝากครรภ์ของมารดาในรัฐเออร์ซุม ประเทศตุรกีและ Paredes และคณะ (2005) ในประเทศเอกวาดอร์ ซึ่งพบว่าความต้องการตั้งครรภ์บุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมฝากครรภ์ของมารดา

สำหรับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของมารดา พบว่า การได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลและฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา โดยเฉพาะมารดาที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลจากบริษัทประกันหรือจากนายจ้างมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ได้รับสวัสดิการจากรัฐและมารดาที่ไม่ได้รับสวัสดิการ เช่นเดียวกับการศึกษาของนิภา ทองรักษาติ (2543) ในประเทศไทย และ Celik and Hotchkiss (2000) ในประเทศตุรกี ที่พบว่าการมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลทั้งจากรัฐและเอกชนจะช่วยส่งเสริมให้มารดาที่มีพฤติกรรมฝากครรภ์และการคลอดอย่างเหมาะสมมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับสวัสดิการ สำหรับฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนของมารดา พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของมารดาแปรผันตามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยมารดาที่มีฐานะร่ำรวยมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีฐานะปานกลางและมารดาที่มีฐานะยากจน ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของสกาวัตน์ เทพรัักษ์ (2534) อรุณี พึ่งแพง (2544) และ Raghupathy (1996) ในประเทศไทย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Abor และคณะ (2011) ในประเทศกานา ที่พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนแปรผันตามพฤติกรรมสุขภาพในระยะก่อนคลอด ระยะเวลาคลอด และหลังคลอดของมารดาเช่นกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นถึงการได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนของสามีที่มีผลในทางบวกกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา โดยมารดาที่มีสามีเคยมีส่วนร่วมในการรับคำแนะนำดูแลแม่และบุตรมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่สามีไม่เคยได้รับคำแนะนำ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของฐิตารีย์ จันทมาลา (2552) และ

อรุณี พึ่งแพง (2544) ในประเทศไทย ที่พบว่าการสนับสนุนของสามีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของมารดาตั้งครรภ์เช่นกัน

ทั้งนี้จากข้อค้นพบเป็นที่น่าสนใจว่าตัวแปรอายุมารดา แม้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ แต่เมื่อควบคุมด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามีแล้วทำให้นัยสำคัญทางสถิติหายไป แสดงว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามีมีผลทำให้อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากสามีมีบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญในการช่วยเหลือภรรยาและบุตร ซึ่งการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อรับคำแนะนำดูแลมารดาและทารกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขย่อมทำให้สามีมีความรู้ความเข้าใจที่จะสามารถช่วยเหลือและปฏิบัติต่อภรรยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้นและทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวดีขึ้นด้วย (Sherwen et al., 1999) จึงน่าจะส่งผลให้อายุของมารดาไม่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

5.2 ข้อเสนอแนะ

ข้อค้นพบของการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการดังนี้

5.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะจากข้อค้นพบของการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนหรือกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกดังนี้

1) การศึกษานี้พบว่า มารดาที่ต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายต้องมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ไม่ต้องการตั้งครรภ์ แสดงว่าการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากความตั้งใจและความพร้อมทั้งร่างกายและสภาพจิตใจจึงจะทำให้มารดาที่ต้องการมีบุตรสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นจากความไม่ตั้งใจส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นกับมารดาที่ยังไม่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความรับผิดชอบอื่นๆ จึงนำไปสู่การทำแท้งและทำให้เกิดปัญหาสังคมนานัปการ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการณรงค์เพื่อหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างเปิดกว้างและรอบด้าน รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งในระดับครอบครัวและสร้างความร่วมมือระหว่างท้องถิ่นหรือชุมชนในการสร้างกิจกรรมที่เน้นการเสริมสร้างทักษะการใช้ชีวิตเพื่อให้มีภูมิคุ้มกันในการดำเนินชีวิต

2) การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเป็นตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด กล่าวคือ มารดาที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับจากบริษัทประกันหรือสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับจากนายจ้างมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับสวัสดิการ เนื่องจากสวัสดิการเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ และเป็นการสนับสนุนให้บุคคลมีการส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มสิทธิประโยชน์ หรือจัดสวัสดิการอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพิ่มเติม เช่น การส่งเสริมด้านโภชนาการหลังคลอดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด หรือสิทธิประโยชน์ในการลาคลอดเพื่อจะได้เตรียมความพร้อมก่อนคลอดบุตร เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังมีผู้อ้างว่าไม่ได้รับสวัสดิการโดยเฉพาะสวัสดิการจากรัฐบาล อาจเป็นเพราะไม่ได้รับการประชาสัมพันธ์หรือการบริการข้อมูลข่าวสารจากภาครัฐอย่างทั่วถึง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

โดยเฉพาะหน่วยงานในระดับท้องถิ่นควรมีการประชาสัมพันธ์และให้บริการข้อมูลข่าวสารผ่านผู้นำของชุมชน และควรตรวจสอบผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการจากระบบฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขครอบคลุมทุกคนและทุกพื้นที่มากยิ่งขึ้น

3) การมีส่วนร่วมของสามีในการรับคำแนะนำดูแลภรรยาและบุตรเป็นอีกตัวแปรหนึ่ง ที่สะท้อนถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา โดยมารดาที่มีสามีเคยมีส่วนร่วมในการรับคำแนะนำดูแลภรรยาและบุตรมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาที่มีสามีไม่เคยมีส่วนร่วมในการรับคำแนะนำ ทั้งนี้เนื่องจากสามีเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับภรรยาและบุตรมากที่สุด และมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือภรรยา ซึ่งความรู้ที่จะได้จากการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อรับคำแนะนำดังกล่าวจะทำให้สามีได้แนวทางในการช่วยเหลือและปฏิบัติตนต่อภรรยาได้อย่างถูกต้องจนสามารถแนะนำหรือกระตุ้นเตือนให้ภรรยามีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตลอดการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของสามี โดยการจัดกิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องหรือกิจกรรมการสร้างเสริมความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาที่ดียิ่งขึ้น และจัดให้มีหน่วยงานในการทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและแนะนำด้านบทบาทของสามีในการดูแลภรรยาและบุตรทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพทางใจ

4) การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของมารดา พบว่า มีมารดามากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดอันตรายในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจประสานงานร่วมกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานพยาบาลในชุมชน เพื่อประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ หรือการสร้างกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มมารดาตั้งครรภ์ กลุ่มอาสาสมัคร และผู้นำชุมชนเกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็กอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ควรจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อค้นหา ติดตาม และย้ำเตือนให้มารดาตั้งครรภ์ไปรับบริการตรวจครรภ์ให้ครบตามเกณฑ์และกินยาบำรุงเลือดตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพของมารดาตลอดการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ซึ่งจะส่งผลต่อทารกให้มีสุขภาพที่ดีด้วย

5) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ยังมีมารดาตั้งครรภ์บางส่วนที่ยังสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ ทำให้มีโอกาสเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์สูงกว่ามารดาตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งอาจเป็นเพราะมารดาที่สูบบุหรี่มีความรู้สึกว่าตนเองมีความเท่าเทียมกับผู้ชาย ประกอบกับค่านิยมของสังคมไทยที่มีการยอมรับผู้สูบบุหรี่มากขึ้น โดยไม่คำนึงถึงอันตรายต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของตนเองและส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายในการควบคุมบริโภคยาสูบในกลุ่มมารดาตั้งครรภ์หรือยกเลิกโรงงานยาสูบ และส่งเสริมการให้ความรู้หรือรณรงค์เพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ในมารดาตั้งครรภ์และบุคคลรอบข้าง โดยอาจอาศัยการรณรงค์จาก “วันงดสูบบุหรี่โลก” ในวันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปี เพื่อรณรงค์ให้ตระหนักถึงผลกระทบจากการสูบบุหรี่ที่จะเกิดต่อตัวมารดาและทารกในครรภ์

5.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นการสำรวจข้อมูลทุกด้านของอนามัยเจริญพันธุ์ โดยไม่ได้สร้างขึ้นเพื่อสำรวจพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดของมารดาเพียงอย่างเดียว

จึงอาจทำให้ขาดตัวแปรบางตัวที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรถ์จนถึงหลังคลอดของมารดา ดังนั้นผู้สนใจศึกษาในลักษณะประเด็นเดียวกัน อาจจัดเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และอาจเพิ่มตัวแปรอื่นๆ ที่น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ดังกล่าว เช่น รายได้ของครัวเรือน ความรู้หรือทัศนคติต่อการตั้งครรถ์ การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ภาวะโภชนาการของมารดา ภาวะแทรกซ้อน และการมีส่วนร่วมของสามี ซึ่งกรณีการมีส่วนร่วมของสามีจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อรับคำแนะนำในการดูแลแม่และบุตรหรือไม่เท่านั้น ผู้สนใจศึกษาอาจพิจารณาการมีส่วนร่วมของสามีในเรื่องการปฏิบัติตนของสามีต่อภรรยาในระยะตั้งครรถ์จนถึงหลังคลอดในด้านต่างๆ เพื่อให้การศึกษามีความชัดเจนยิ่งขึ้น

นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ยังเป็นการศึกษาเชิงปริมาณในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งผู้สนใจศึกษาอาจเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม หรือการสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

รายการอ้างอิง

- Abor, P. A., Abekah-Nkrumah, G., Sakyi, K., Adjasi, C. K. D., & Abor, J. (2011). The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Ghana. *International Journal of Social Economics*, 38(7), 628 - 648.
- Bland, M. (2000). *An Introduction to medical statistic* (3 ed.). New York: Oxford University Press.
- Celik, Y., & Hotchkiss, D. R. (2000). The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Social Science & Medicine*, 50(12), 1797-1806.
- Conner, M., & Norman, P. (1996). *Predicting health behavior: research and practice with social cognition models*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Erci, B. (2003). Barriers to Utilization of Prenatal Care Services in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 269-273.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice* (4 ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., & Partridge, K. B. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. California, United States of America: Mayfield Publishing Company.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. London: Addison-Wesley.
- HtaKhin, H. (2011). *Factors related to antenatal, delivery and postnatal health care practices among female clients of Reproductive Health mobile services, sub-urban Yangon, Myanmar*. (Master of Public Health Program in Public Health), Chulalongkorn University.
- Institute of Medicine. (1992). *Nutrition during pregnancy and lactation: An implementation guide*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Jarvis, G. J. (1994). *Obstetrics and Gynaecology*. New York: Oxford University Press.
- Maharjan, S. (1995). *The determinant factors affecting the attendance of antenatal care service in Manikhel Village in Nepal*. (Master of Health Programme management), Chulalongkorn University.
- Martin, L. L. (1978). *Health care of women*. Philadelphia: Lippincott.
- Onah, H. E., Ikeako, L. C., & Iloabachie, G. C. (2006). Factors associated with the use of maternity services in Enugu, southeastern Nigeria. *Social Science & Medicine*, 63(7), 1870-1878.
- Paredes, I., Hidalgo, L., Chedraui, P., Palma, J., & Eugenio, J. (2005). Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 88(2), 168-172.

- Raghupathy, S. (1996). Education and the use of maternal health care in Thailand. *Social Science & Medicine*, 43(4), 459-471.
- Royal College of Physicians of London. (1977). *Smoking or Health: Smoking and Pregnancy*. England: Pitman Medical Publishing.
- Sherwen, L. N., Scoloveno, M. A., & Weigarten, C. T. (1999). *Maternity nursing: Care of the childbearing family* (3 ed.). Stamford: Appleton & Lange.
- Sokol, R. J., Miller, S. I., & Reed, G. (1980). Alcohol Abuse During Pregnancy: An Epidemiologic Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 4(2), 135-145.
- Vintzileos, A. M., Ananth, C. V., Smulian, J. C., Scorza, W. E., & Knuppel, R. A. (2002). Prenatal care and black-white fetal death disparity in the United States: heterogeneity by high-risk conditions. *Obstetrics & Gynecology*, 99(3), 483-489.
- Wilcox, A. J. (1993). Birth Weight and Perinatal Mortality: The Effect of Maternal Smoking. *American Journal of Epidemiology*, 137(10), 1098-1104.
- World Health Organization. (1992). *Women and Tobacco*. Geneva: Claire Chollat-Traquet.
- World Health Organization. (1996). *Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2009). *Counselling for maternal and newborn health care*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2012). *World Health Statistics 2012*. Geneva, Switzerland.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รายงานเฉพาะกิจ: โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. Retrieved 23 มีนาคม 2556, from http://www.saiyairakhospital.com/newdemo/admin/user_report.html
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows (4 ed.). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2551). การวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร (3 ed.). กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- ชนิษฐา พิศฉลาด. (2551). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการดูแลหลังคลอดเมื่อครบ 6 สัปดาห์ของมารดาหลังคลอดในสถานบริการสุขภาพพิเศษมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์รัตน์ เจริญสันติ. (2554). ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 1 (ระยะตั้งครรภ์): การประเมินภาวะสุขภาพของสตรีในระยะตั้งครรภ์และครอบครัว. เชียงใหม่: โรงพิมพ์รุ่งเรือง.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- ฐิตารีย์ จันทมาลา. (2552). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธนพร ศันนุตร. (2543). การพยาบาลมารดาและทารกในครรภ์ (3 ed.). กรุงเทพฯ: ดวงกลม.

- นาตยา อารินทร์. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการมาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ของมารดาตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบของอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นิภา ทองรักษาดี. (2543). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ปราณี พงศ์ไพบุลย์. (2540). การพยาบาลระยะหลังคลอด. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- ปวีณา ลิ้มปัทมาภรณ์. (2553). การตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลรับฝากครรภ์ของมารดาตั้งครรภ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- พนิตย์ จิระนนท์ประวัตติ. (2553). บุหรี่ภัยเงียบของผู้หญิง. กรุงเทพฯ: ดี.เค.โปรเซส.
- มณีรัตน์ พรหมณี. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยามิละ มุขอ. (2551). ความเชื่อด้านสุขภาพและบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในจังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรจักร พรหมมา. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของสตรีหลังคลอดที่โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วัชร แก้วสา. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงมีครรภ์: กรณีศึกษาหญิงมีครรภ์ในอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- วัฒนา ศรีพจนารถ. (2543). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์: แบบแผนสุขภาพ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. (2554). การพยาบาลมารดาหลังคลอด (7 ed.). ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- สกาวรัตน์ เทพรักษ์. (2534). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการดูแลหลังคลอดของสตรีในเขตอำเภอเมืองที่คลอดในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายฝน สุวรรณ. (2554). เรื่องคลอด ลูกปลอดภัย. ชลบุรี: สื่อสิ่งพิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553a). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553b). รายงานผลตามเป้าหมายแห่งการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2552. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2535a). การปฏิบัติเพื่อลดอันตรายต่อสุขภาพจากการตั้งครรภ์. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2535b). คู่มือการดูแลมารดาและทารกก่อนและหลังคลอด. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). มาตรฐานการปฏิบัติการผดุงครรภ์เพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย (2 ed.). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารกสำหรับคุณแม่. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (มปป). คู่มืออนามัยแม่และเด็ก. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สีลม แจ่มอุลิตรัตน์. (2554). ระบาดวิทยาพื้นฐาน (2 ed.). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- สุกัญญา ประจุศิลป์. (2548). *Working Mom: คุณแม่ทำงานนอกบ้าน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกิจ พรหมรับ. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2551). เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (6 ed.). กรุงเทพฯ: สามลดา.
- สุดารัตน์ ธีระวร, เจ๊ะเหล๊ะ แซกพงศ์, อับดุลรอฮ์มาน จะปะกียา, พิพัฒน์ มงคลฤทธิ์, มุhammad ไอ๊ะเจ๊ะเลาะ, & โนรมาน มุดอ. (2552). คู่มือครอบครัวอบอุ่น ครอบครัวสุขใจ. ยะลา: เอสพริ้น.
- สุมาศ สงานेत्रเพชร. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ของมารดากรณีศึกษาในโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อติวุธ กุมพมาศ. (2546). ตำราสูติศาสตร์ ชุดการตั้งครรภ์และการคลอดปกติ. กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ต.
- อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา. (2554). ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 1 (ระยะตั้งครรภ์): การสร้างเสริมสุขภาพสตรีในระยะตั้งครรภ์และครอบครัว. เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นติ้ง.
- อรัทัย วลีวงศ์. (2554). เด็ก ผู้หญิง แม่ และแอลกอฮอล์. Retrieved 26 กุมภาพันธ์ 2556, from http://www.thaihealth.or.th/partner/books_rec/26529
- อรุณี พึ่งแพง. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
แบบสอบถามการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552

(เฉพาะตัวแปรที่ใช้ศึกษาเท่านั้น)

ข้อความจากแบบสอบถามการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นการคัดเลือกข้อความบางข้อเพื่อนำมาปรับใช้เป็นตัวแปรในการวิจัยนี้ โดยรายละเอียดของข้อความทั้งหมดมีดังนี้

- ข้อ 1 ภาคที่อยู่อาศัย
กรุงเทพมหานคร
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)
ภาคเหนือ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ภาคใต้
- ข้อ 4 เขตที่อยู่อาศัย
ในเขตเทศบาล
นอกเขตเทศบาล
- ข้อ 8 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (บันทึกจำนวน).....คน

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน

ข้อ A 6 อายุ (บันทึกอายุเต็มปี)

ข้อ A 9 “.....(ชื่อ).....จบการศึกษาสูงสุดระดับใด”

ไม่เคยเรียน	.....1
ก่อนประถมศึกษา	.....2
ประถมศึกษา	.....3
มัธยมศึกษาตอนต้น	.....4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	
สายสามัญ	.....5
สายอาชีพ	.....6
ปวส./ปวท./อนุปริญญา	.....7
ปริญญาตรี	.....8
สูงกว่าปริญญาตรี	.....9
อื่นๆ (ระบุ)	.....10

- ข้อ A 10 “ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์(ชื่อ).....ทำงานอะไร”
- | | |
|-------------------------------------|--------|
| ข้าราชการ/ลูกจ้างรัฐบาล |1 |
| พนักงาน/ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ |2 |
| พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน |3 |
| ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว |4 |
| เกษตรกร (ปลูกพืช เลี้ยงสัตว์ ประมง) |5 |
| รับจ้างทั่วไป/กรรมกร |6 |
| อื่นๆ (ระบุ) |7 |
| ไม่ทำงาน |8 |
- ข้อ A 11 “ปัจจุบัน.....(ชื่อ).....มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหรือไม่” “ถ้ามี เป็นประเภทใด”
- มีสวัสดิการฯ จากรัฐบาล
- | | |
|--------------------------------|--------|
| บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) | |
| ขึ้นทะเบียนที่อยู่ปัจจุบัน |1 |
| ขึ้นทะเบียนที่อื่น |2 |
| ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน |3 |
| สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ |4 |
- มีสวัสดิการฯ จากแหล่งอื่น
- | | |
|-----------------------------|--------|
| ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน |5 |
| สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง |6 |
| อื่นๆ (ระบุ) |7 |
- ไม่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
- | | |
|--|--------|
| |8 |
|--|--------|
- ข้อ A 13 “สามีของ.....(ชื่อ).....อายุเท่าใด?” (บันทึกอายุเต็มปี)

ตอนที่ 3 การสมรสและภาวะเจริญพันธุ์

- ข้อ A 26 “.....(ชื่อ).....มีบุตรเกิดรอดที่ปัจจุบันยังมีชีวิตอยู่กี่คน?” (รวมบุตรที่อยู่ในครรภ์เรื้อรังและ
อยู่ที่อื่น) (บันทึกจำนวน)
- ข้อ A 30 “ตอนตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายขณะนั้น.....(ชื่อ).....ต้องการมีบุตรหรือไม่?”
- | | |
|----------------------------------|--------|
| ต้องการมีบุตรในช่วงเวลานั้น |1 |
| ต้องการมีบุตรแต่ไม่ใช้ในเวลานั้น |2 |
| ไม่ต้องการมีบุตร |3 |
| อย่างไรก็ได้ |4 |

ตอนที่ 4 การอนามัยแม่และเด็ก

- ข้อ A 32 “.....(ชื่อ).....มีบุตรคนสุดท้ายที่อายุน้อยกว่า 1 ปีหรือไม่?”
- มี1
- ไม่มี2
- ข้อ A 34 “ระหว่าง.....(ชื่อ).....ตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายได้ฝากครรภ์หรือไม่?”
- ฝาก เมื่ออายุครรภ์
- ก่อน 12 สัปดาห์ (3 เดือน)1
- ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ (3 เดือน) ขึ้นไป2
- ไม่ฝาก3
- ข้อ A 36 “.....(ชื่อ).....ได้ไปรับการตรวจครรภ์บุตรคนสุดท้ายที่ห้องตามนัดในแต่ละคาบเวลาหรือไม่?”
- เดือนที่ 1-6
- ไป1
- ไม่ไป2
- คลอดแล้ว3
- ข้อ A 37 “.....(ชื่อ).....ได้ไปรับการตรวจครรภ์บุตรคนสุดท้ายที่ห้องตามนัดในแต่ละคาบเวลาหรือไม่?”
- เดือนที่ 7
- ไป1
- ไม่ไป2
- คลอดแล้ว3
- ข้อ A 38 “.....(ชื่อ).....ได้ไปรับการตรวจครรภ์บุตรคนสุดท้ายที่ห้องตามนัดในแต่ละคาบเวลาหรือไม่?”
- เดือนที่ 8
- ไป1
- ไม่ไป2
- คลอดแล้ว3
- ข้อ A 39 “.....(ชื่อ).....ได้ไปรับการตรวจครรภ์บุตรคนสุดท้ายที่ห้องตามนัดในแต่ละคาบเวลาหรือไม่?”
- เดือนที่ 9
- ไป1
- ไม่ไป2
- คลอดแล้ว3
- ข้อ A 40 “ขณะไปฝากครรภ์บุตรคนสุดท้าย.....(ชื่อ).....ได้รับยาบำรุงเลือด (ยาธาตุเหล็ก) และได้กินตามแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขสั่งหรือไม่?”
- ได้รับ
- กินตามสั่ง1
- กินบางครั้ง2
- ไม่กิน3
- ไม่ได้รับ4

- ข้อ A 44 “ระหว่าง.....(ชื่อ).....ตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายท้องได้สูบบุหรี่หรือไม่?”
- | | |
|-----------------|--------|
| สูบบุหรี่ |1 |
| ไม่ได้สูบบุหรี่ |2 |
- ข้อ A 47 “ขณะ.....(ชื่อ).....ตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย สามีเคยได้เข้ากลุ่มรับคำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการดูแลแม่และบุตรจากบุคลากรสาธารณสุขหรือไม่?”
- | | |
|--------|--------|
| เคย |1 |
| ไม่เคย |2 |
- ข้อ A 49 “ใครเป็นผู้ทำคลอดบุตรคนสุดท้าย?”
- | | |
|---|--------|
| แพทย์ |1 |
| พยาบาล |2 |
| เจ้าหน้าที่สาธารณสุข |3 |
| หมอดำแย/ผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรม |4 |
| หมอดำแย/ผดุงครรภ์โบราณที่ไม่ผ่านการอบรม |5 |
| อื่นๆ (ระบุ) |6 |
- ข้อ A 52 “.....(ชื่อ).....ได้รับการตรวจหลังคลอดหรือไม่?” (หลังจากกลับมาอยู่บ้านแล้ว)
- ในสัปดาห์ที่ 1-2
- | | |
|-------------------------------|--------|
| ได้รับ |1 |
| ไม่ได้รับ |2 |
| ยังไม่ถึงเวลานัดในคาบเวลานั้น |3 |
- ข้อ A 54 “.....(ชื่อ).....ได้รับการตรวจหลังคลอดหรือไม่?” (หลังจากกลับมาอยู่บ้านแล้ว)
- ในสัปดาห์ที่ 4-6
- | | |
|-------------------------------|--------|
| ได้รับ |1 |
| ไม่ได้รับ |2 |
| ยังไม่ถึงเวลานัดในคาบเวลานั้น |3 |

ตอนที่ 8 ลักษณะของครัวเรือน

- ข้อ 3 สมาชิกในครัวเรือนคนใดคนหนึ่งเป็นเจ้าของสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่?
- | | |
|-----------------------------------|----------|
| เตาอบไมโครเวฟ |H4 |
| กระติกต้มน้ำไฟฟ้า |H5 |
| ตู้เย็น |H6 |
| โทรทัศน์ |H7 |
| เครื่องเล่นวิดีโอ/ซีดี |H8 |
| เครื่องซักผ้า |H9 |
| เครื่องปรับอากาศ |H10 |
| เครื่องทำน้ำร้อน/น้ำอุ่นในห้องน้ำ |H11 |
| เครื่องคอมพิวเตอร์ |H12 |

โทรศัพท์ (รวมเครื่องต่อพ่วง PCT)	.....H13
โทรศัพท์เคลื่อนที่	.....H14
รถยนต์ส่วนบุคคล	.....H15
รถบรรทุกเล็ก/รถปิกอัพ/รถตู้	.....H16
รถอีแต่นและรถอื่นๆ ประเภทเดียวกัน	.....H17
รถจักรยานยนต์	.....H18



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ข

การตรวจสอบเงื่อนไขการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. อายุมารดา	1.000											
2. ระดับการศึกษา	-0.078*	1.000										
3. สถานภาพการทำงาน	0.138**	-0.103**	1.000									
4. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	-0.010	0.026	-0.012	1.000								
5. จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์	0.446**	-0.183**	-0.064	0.176**	1.000							
6. ความต้องการตั้งครรภ์	-0.024	-0.087**	0.086**	-0.022	0.034	1.000						
7. ภาครัฐที่อยู่อาศัย	-0.090**	0.040	-0.087**	0.108**	0.001	-0.118**	1.000					
8. เขตที่อยู่อาศัย	-0.063	-0.051	-0.098**	0.133**	0.035	-0.053	0.522**	1.000				
9. การได้รับสวัสดิการ	-0.021	-0.072*	0.079*	-0.078*	-0.004	-0.022	-0.144**	-0.117**	1.000			
10. ฐานะทางเศรษฐกิจ	0.150**	0.399**	-0.024	0.061	0.001	-0.087**	-0.037	-0.137**	0.043	1.000		
11. อายุสามี	0.718**	-0.131**	-0.109**	-0.063	0.427**	-0.018	-0.062	-0.035	0.003	0.148**	1.000	
12. การมีส่วนร่วมของสามี	0.053	-0.071*	-0.023	-0.039	0.094**	0.055	-0.154**	-0.078*	0.084*	-0.059	0.030	1.000

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวชลดา ณะธง เกิดวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2532 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัย ลำพูนในปีการศึกษา 2549 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต หลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปางในปีการศึกษา 2553 และได้เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2554



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY