

การได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาประชากรศาสตร์ ไม่สังกัดภาควิชา/เทียบเท่า
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Quality Antenatal Care among Pregnant Women in Thailand



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts in Demography

Common Course

COLLEGE OF POPULATION STUDIES

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย
โดย	น.ส.ฉัตรกมล พิธิปัญญารานันท์
สาขาวิชา	ประชากรศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร.ป๋องปอนด์ รักอำนวยกิจ

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีวิทยาลัยประชากรศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิราภรณ์ โปธิศิริ)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร.ป๋องปอนด์ รักอำนวยกิจ)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา พาหุวัฒน์กร)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ฉัตรกมล พิธีปัญญาวรานันท์ : การได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย. (The Quality Antenatal Care among Pregnant Women in Thailand) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ศ. ดร.ป๋องปอนด์ รักอำนวยกิจ

การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพส่งผลให้สุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกมีความปลอดภัย โดยมีส่วนสำคัญในการลดอัตราการตายของมารดา ตลอดจนส่งเสริมให้ทารกมีน้ำหนักแรกคลอด อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และมีสุขภาพะที่ดีในตลอดช่วงวัย การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย 1) การได้รับการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ 2) การได้รับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง และ 3) การได้รับการฝากครรภ์จากแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ ซึ่งใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีวัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี ที่คลอดบุตรคนสุดท้ายภายใน 2 ปีก่อนการสัมภาษณ์ จำนวนทั้งสิ้น 2,092 คน และทำการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโพรบิท ผลการศึกษาพบว่า อายุขณะตั้งครรภ์บุตร ลำดับของบุตร ความต้องการมีบุตร อัตราส่วนพึงพิงทางอายุ เพศของหัวหน้าครัวเรือน ระดับสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ระดับการศึกษา ศาสนาที่นับถือ การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน และพื้นที่อยู่อาศัย ส่งอิทธิพลต่อการได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพที่แตกต่างกัน ฉะนั้น จึงนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจากภาครัฐ ผ่านแนวทางการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านสาธารณสุขในเชิงพื้นที่ ควบคู่กับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ตรงจุด

สาขาวิชา ประชากรศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6186903751 : MAJOR DEMOGRAPHY

KEYWORD: Antenatal Care, Late Attendance, Non-attendance, Prenatal Care
Provider, Health Inequalities, Probit Regression Analysis

Chatkamol Pheerapanyawaranun : The Quality Antenatal Care among
Pregnant Women in Thailand. Advisor: Prof. Dr. PUNGPOND
RUKUMNUAYKIT

Quality antenatal care has plenty of advantages. It can affect maternal health and the safety of the fetus. Furthermore, it can decrease maternal death and stillbirths. Moreover, babies can have a standard birth weight with good health. This study aims to determine factors that affect the quality antenatal care among pregnant women in Thailand. The quality antenatal care models recommended the first contact scheduled to take place in the first trimester (up to 12 weeks of gestation) and a minimum of five antenatal care contacts with a doctor or nursing in midwifery. The study applies secondary data provided by the Thailand 2015-2016 Multiple Indicator Cluster Survey, which was conducted by the National Statistical Office of Thailand. The analyzed sample is confined to any female respondents aged 15 to 49 years who reported having given birth in part 2 years before the survey (The total sample = 2,092). The probit regression model is applied to predict the probability of quality antenatal care. The result of this study shows the age of women at pregnancy, parity, intend pregnancy, dependency ratio, sex of household head, socio-economic status, level of education, religion, receiving formal sex education and regions or place of residence are affected with the quality antenatal care. The conclusion of this study suggests policy to improve the health and well-being of pregnant women and children in Thailand.

Field of Study: Demography

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะสำเร็จลุล่วงไปไม่ได้ หากขาดความอนุเคราะห์ และความเมตตากรุณาในการให้ความรู้ คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ตลอดจนกำลังใจอันสำคัญ จากบุคคลที่ข้าพเจ้าเคารพรักหลายท่าน ซึ่งจะขอเอ่ยนามท่านทั้งหลายไว้ในกิตติกรรมประกาศนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ป๋องปอนด์ รักอำนวยกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่สละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่งมาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และคำปรึกษา อันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ตั้งแต่แรกเริ่มที่มีความสนใจที่จะทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จวบจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จเป็นรูปเล่มที่สมบูรณ์ อีกทั้ง ยังคอยสนับสนุน และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์แก่ข้าพเจ้าเสมอมา

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วิราภรณ์ โพธิศิริ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา พาหุวัฒน์กร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่งเพื่อการพิจารณา และชี้แนะแนวทางในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายวิษณุ ญาณเนตร และนางสาววรรณวดี จันทร์วังโป่ง ฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ ที่ได้คอยช่วยเหลือ และสนับสนุนกระบวนการต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีวัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 เพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้มีพระคุณสูงสุดในชีวิตที่อยู่เบื้องหลังทุกความสำเร็จในชีวิตของข้าพเจ้า ที่คอยส่งเสริม สนับสนุน และเป็นกำลังใจที่ดีแก่ข้าพเจ้าเสมอมา

ท้ายนี้ หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความบกพร่องประการใด ข้าพเจ้าขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

ฉัตรกมล พีรปัญญาวารานันท์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	10
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม.....	11
2.1 การฝากครรภ์และการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ	11
2.1.1 นิยามและวัตถุประสงค์ของการฝากครรภ์.....	11
2.1.2 นิยามและเกณฑ์การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ.....	12
2.1.3 บริบทที่มีความเกี่ยวข้องกับการกำหนดเกณฑ์การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ.....	12
2.1.4 ขั้นตอนการตรวจครรภ์ตามมาตรฐานที่สตรีตั้งครรภ์พึงที่จะได้รับ	15
2.2 ความจำเป็นของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ	20
2.2.1 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์.....	21
2.2.2 ผลดีของการได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ	25
2.2.3 ผลเสียของการไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ.....	29
2.3 ทฤษฎีและแนวคิดที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ.....	32

2.3.1 แนวคิดเรื่องทุนมนุษย์.....	32
2.3.2 ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางประชากร	34
2.3.3 แนวคิดตัวแปรแทรกกลางของภาวะเจริญพันธุ์	36
2.3.4 ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ.....	38
2.3.5 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน.....	39
2.3.6 แนวคิดทางด้านการเปลี่ยนแปลงพัฒนกิจของสตรีตั้งครรภ์.....	40
2.3.7 แนวคิดทางด้านสวัสดิการสังคม.....	41
2.4 เอกสารและงานการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ	55
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)	78
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	80
3.1 รูปแบบการวิจัยและแหล่งที่มาของข้อมูล	80
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	82
3.3 ขั้นตอนการเลือกตัวอย่าง	82
3.4 ขอบเขต ข้อจำกัด และคุณค่าของการศึกษา	85
3.5 การบริหารจัดการข้อมูลและการนิยามตัวแปรเพื่อการเตรียมก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
3.6 การวิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษา.....	96
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	99
4.1 สถานการณ์การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย.....	99
4.1.1 สถิติพรรณนาแบบตัวแปรเดี่ยว	100
4.1.2 สถิติพรรณนาแบบตัวแปรคู่.....	107
4.2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย .	121
4.2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นของตัวแปรอิสระ	121
4.2.2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพและองค์ประกอบของการฝาก ครรภ์ที่มีคุณภาพ.....	122

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ	133
5.1 สรุปผลการศึกษา	133
5.2 อภิปรายผลการศึกษา	139
5.3 ข้อเสนอแนะ	148
บรรณานุกรม.....	152
ประวัติผู้เขียน.....	159



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเข้ารับการฝากครรภ์ในเกณฑ์ต่าง ๆ.....	15
ตารางที่ 2 แสดงขั้นตอนการดูแลครรภ์จำแนกตามจำนวนครั้งของการฝากครรภ์และอายุครรภ์	19
ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างผลดีของการได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ กับผลเสียของการไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ.....	31
ตารางที่ 4 แสดงการกระจายตัวของประเภทโรงพยาบาลจำแนกตามลักษณะภูมิภาคและเขตการปกครองในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561.....	52
ตารางที่ 5 แสดงการกระจายตัวของประเภทโรงพยาบาลจำแนกตามภูมิภาคต่าง ๆ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561.....	54
ตารางที่ 6 แสดงการสรุปเอกสารและงานศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ.....	75
ตารางที่ 7 แสดงจำนวนเขตแดนนับตัวอย่าง จำแนกตามภูมิภาคและเขตการปกครอง	82
ตารางที่ 8 แสดงการสรุปรายละเอียด มาตรฐานวัด และการจัดกลุ่มรายการของตัวแปร	94
ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของตัวแปรที่สนใจศึกษาและตัวแปรอิสระ	103
ตารางที่ 10 แสดงลักษณะของสตรีครรภ์จำแนกตามการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ.....	116
ตารางที่ 11 แสดงการศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยโพรบิท	129

สารบัญรูปลูกภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1 แสดงอัตราผลตอบแทนในการลงทุนในทุนมนุษย์ของแต่ละช่วงวัย	2
แผนภาพที่ 2 แสดงการคาดประมาณอัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2553–2583.....	5
แผนภาพที่ 3 แสดงร้อยละอัตราตายมารดาต่อแสนคนของการเกิดมีชีพ ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2560	7
แผนภาพที่ 4 แสดงร้อยละทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2560	9
แผนภาพที่ 5 แสดงร้อยละพัฒนาการสมวัยของเด็กอายุ 0-5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2560	9
แผนภาพที่ 6 แสดงแนวทางการดูแลอนามัยมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง.....	25
แผนภาพที่ 7 แสดงวิวัฒนาการการเปลี่ยนผ่านทางประชากรตามแนวคิดของ C.P. Blacker	36
แผนภาพที่ 8 แสดงกรอบแนวคิดภาวะเจริญพันธุ์ของ Kingsley Davis	37
แผนภาพที่ 9 แสดงกรอบแนวคิดตัวแปรใกล้ขีดภาวะเจริญพันธุ์ของ John Bongaarts	38
แผนภาพที่ 10 แสดงกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน.....	40
แผนภาพที่ 11 แสดงอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์หนึ่งราย ต่อจำนวนผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ จำแนกตามภูมิภาค ปี พ.ศ. 2561.....	47
แผนภาพที่ 12 แสดงการแบ่งประเภทของโรงพยาบาลตามขนาดเตียง	49
แผนภาพที่ 13 แสดงกรอบแนวคิดการศึกษาในครั้งนี้.....	79
แผนภาพที่ 14 แสดงขั้นตอนการจำแนกประชากรตามสถานภาพการมีบุตร	84
แผนภาพที่ 15 แสดงการจัดกลุ่มประชากรตามลักษณะตัวแปรที่สนใจศึกษา	88
แผนภาพที่ 16 แสดงแนวโน้มสถานการณ์การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2559	100

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

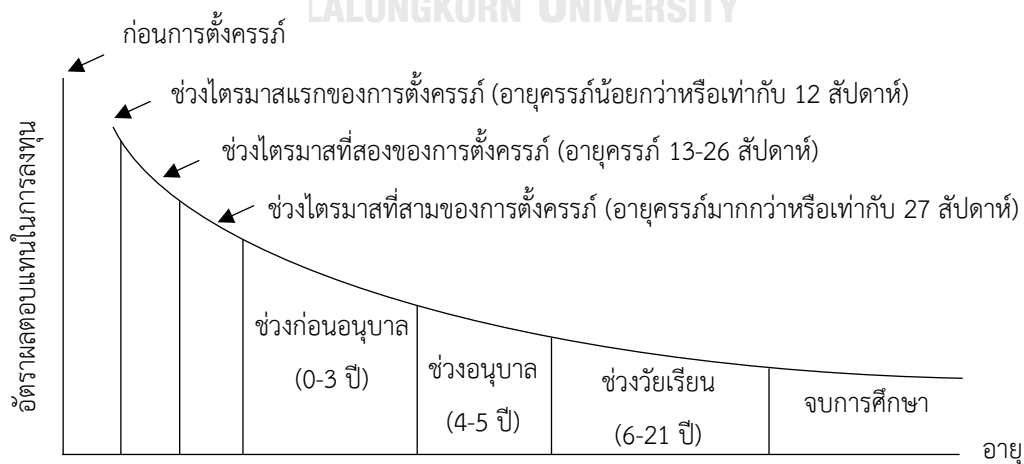
ประชากรมนุษย์ นับได้ว่าเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าอย่างมหาศาลของประเทศ อันเกิดจากการที่มนุษย์ได้นำคุณสมบัติต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างเฉพาะตัวในแต่ละบุคคล ได้แก่ ทักษะ ความรู้ ความสามารถ ค่านิยม วัฒนธรรม และสุขภาพ ซึ่งได้รับการศึกษา การฝึกฝน การสะสม ประสบการณ์ และการบริการส่งเสริมสุขภาพ (Becker, 2009) มาบูรณาการประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อันก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อการจำเริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

การลงทุนในทุนมนุษย์ (Human Capital) จึงเป็นกระบวนการสำคัญในการเพิ่มพูนคุณสมบัติต่าง ๆ ของประชากร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาประเทศทั้งในทางตรงและทางอ้อม โดยผลทางตรงเกิดจากการเพิ่มขีดความสามารถของประชากร ซึ่งถือเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญของระบบเศรษฐกิจ ส่วนผลทางอ้อม เกิดจากการสะสมองค์ความรู้ และเกิดสังคมแห่งการเรียนรู้อย่างยั่งยืน (Mincer, 1981) ซึ่งการลงทุนในทุนมนุษย์นั้น ไม่เพียงแต่มุ่งเน้นการลงทุนไปยังกลุ่มประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น แต่จำเป็นต้องมุ่งเน้นการลงทุนไปยังประชากรในทุกมิติและทุกช่วงวัย ให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ และมีความพร้อมต่อการขับเคลื่อนประเทศไปข้างหน้าได้อย่างเต็มศักยภาพ สำหรับการลงทุนในทุนมนุษย์ของประเทศไทย ได้อาศัยแนวทางการพัฒนาตามแผนพัฒนาศักราชภาพประชากรตลอดช่วงชีวิต (พ.ศ. 2561–2580) ภายใต้แผนแม่บทยุทธศาสตร์แห่งชาติ ซึ่งได้มีการกำหนดขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพของประชากรมนุษย์ ออกเป็น 4 ช่วงวัย เพื่อมุ่งหวังให้ประชากรทุกรายได้รับการพัฒนาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยเริ่มมุ่งเน้นการพัฒนาตั้งแต่ประชากรในช่วงวัยแรก คือ “ช่วงวัยทารกและเด็กปฐมวัย” หมายถึง ช่วงตั้งแต่ระยะมารดาตั้งครรภ์จนกระทั่งทารกคลอดออกมา และเจริญเติบโตเข้าสู่ระยะเด็กปฐมวัย (อายุ 0-6 ปี) โดยอาศัยกระบวนการต่าง ๆ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การส่งเสริมอนามัยมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้มีความสมวัย ในช่วงวัยที่สอง คือ “ช่วงวัยเรียนวัยรุ่น” หมายถึง ประชากรที่อยู่ในช่วงวัยเรียนและวัยรุ่น (อายุ 7–21 ปี) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะความสามารถที่ควรจะได้รับนอกเหนือจากพัฒนาการที่สมวัย (ขั้นพื้นฐาน) อันเป็นทักษะในอนาคตที่มีความจำเป็น และสอดคล้องกับการพัฒนาทักษะตามศตวรรษที่ 21 ในช่วงวัยที่สาม คือ “ช่วงวัยแรงงาน” หมายถึง ประชากรที่อยู่ในช่วงวัยแรงงาน (อายุ 15–59 ปี) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ความสามารถ เพื่อยกระดับศักยภาพให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน และในช่วงวัยสุดท้าย คือ

“ช่วงวัยผู้สูงอายุ” หมายถึง ประชากรที่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) โดยมุ่งเน้นการส่งเสริม การดูแลสุขภาพ การมีงานทำ และการออม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาและดูแลตนเองได้

หากพิจารณาถึงประสิทธิภาพของการลงทุนในทุนมนุษย์ โดยเปรียบเทียบระหว่างทรัพยากร ต้นทุนที่เสียไปกับผลลัพธ์ที่ได้รับ พบว่า มีงานการศึกษาหลายชิ้นได้ศึกษาถึงความคุ้มค่าในการลงทุน ในทุนมนุษย์ของแต่ละช่วงวัย ในรูปแบบของอัตราผลตอบแทนในการลงทุน (Rate of Return) โดยผลการศึกษาพบว่า การเริ่มลงทุนในทุนมนุษย์ตั้งแต่ประชากรยังมีอายุน้อย จะมีความคุ้มค่า และก่อให้เกิดผลประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจมากที่สุด (Doyle, Harmon, Heckman, Tremblay, & Biology, 2009) โดยการเริ่มลงทุนในทุนมนุษย์ตั้งแต่ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์) จะก่อให้เกิดความคุ้มค่า และผลประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ ในสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับการเริ่มลงทุนในทุนมนุษย์ในช่วงวัยอื่น ๆ (ดังแสดงในแผนภาพที่ 1) โดยผลตอบแทนในระยะสั้น จะส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดตามเกณฑ์ และลดความเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาและทารก ส่วนผลตอบแทนใน ระยะยาว จะส่งผลให้ทารกเจริญเติบโตไปเป็นประชากรที่มีความสมวัยทางด้านพัฒนาการและทักษะ ต่าง ๆ อันประกอบด้วย ทักษะด้านสติปัญญา (Cognitive Skill) ทักษะด้านอารมณ์ (Non-Cognitive Skill) ทักษะด้านร่างกาย (Physical Skill) รวมไปถึง ทักษะด้านการเข้าสังคม (Social Skill) (Van der Gaag & Tan, 1998) ซึ่งทักษะเหล่านี้ถือเป็นผลประโยชน์ในระดับบุคคลที่สามารถส่งต่อไป เป็นผลประโยชน์ในระดับสังคม เพื่อการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะยาว

แผนภาพที่ 1 แสดงอัตราผลตอบแทนในการลงทุนในทุนมนุษย์ของแต่ละช่วงวัย



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย ดัดแปลงจาก Doyle, 2009

ฉะนั้น ช่วงตั้งครรภ์ จึงถือเป็นจุดเริ่มต้นอันสำคัญในการเร่งพัฒนาคุณภาพของประชากร โดยอาศัยกระบวนการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพตามหลักเกณฑ์ของมาตรฐานอนามัยมารดาและทารก เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีสุขภาพที่ดี สามารถคลอดทารกที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง อันเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาประชากรวัยเด็ก วัยแรงงาน และวัยสูงอายุ ที่มีคุณภาพของประเทศไทยในลำดับถัดไป

การฝากครรภ์ ถือเป็นหนึ่งในการบริการสุขภาพทางด้านอนามัยมารดาและทารก ในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของสตรีตั้งครรภ์และทารก เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดดำเนินไปด้วยความปลอดภัย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับมารดาและทารก ยกตัวอย่างเช่น ความพิการแต่กำเนิด การคลอดก่อนกำหนด การคลอดทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 2,500 กรัม และมีชีวิต) และการเสียชีวิตของมารดาและทารก (Moos, 2006) นอกจากนี้ ยังมีส่วนช่วยในการเตรียมพร้อมสุขภาพของทารกให้เจริญเติบโต และมีพัฒนาการที่สมวัย โดยมีเป้าหมายให้ทารกแข็งแรง (Health) เก่ง (Head) ดีและมีวินัย (Heart) และมีทักษะ (Hand) สำหรับประเทศไทยได้กำหนดให้การฝากครรภ์เป็นมิติหนึ่งในงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ว่าด้วยเรื่องของการส่งเสริมภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ ที่มีผลต่อจำนวนและคุณภาพของประชากร ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องให้ความร่วมมือ และประสานงานกันในทุกๆ ระดับ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โดยได้มีการกำหนดแนวทางการฝากครรภ์ลงในนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์อนามัยมารดาและทารก ซึ่งเริ่มต้นในช่วงปี พ.ศ. 2552-2556 โดยสร้างเป้าหมายหลัก คือ “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กเติบโตพัฒนาการสมวัย” และพัฒนาต่อเนื่องมาจนถึงในปัจจุบัน คือ นโยบายตามแผนยุทธศาสตร์อนามัยมารดาและทารก ฉบับที่ 2 ปี พ.ศ. 2560-2569 ว่าด้วยเรื่องของการส่งเสริมการเกิด และการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ โดยมีเป้าประสงค์หลักอยู่ 3 ประการ ดังต่อไปนี้ 1) เพิ่มจำนวนการเกิดที่มีความพร้อม และมีความสมัครใจ โดยการใช้มาตรการลดหย่อนภาษี และลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2) ส่งเสริมการเกิดที่มีคุณภาพ โดยส่งเสริม “โครงการฝากครรภ์ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ” หรือ ส่งเสริมการฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง โดยใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากภาครัฐ ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจากการฝากครรภ์ อีกทั้ง ยังส่งเสริมมาตรการลดหย่อนค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการคลอดบุตร ตลอดจนสร้างความรอบรู้ให้ประชาชน ในการเตรียมความพร้อมก่อนการมีบุตร การตั้งครรภ์ และการคลอด และ 3) ส่งเสริมการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ โดยส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กให้มีความสมวัย เฝ้าระวังภาวะโภชนาการและสุขภาพช่องปาก และส่งเสริมโครงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ฉะนั้น การส่งเสริมการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพตามแผน

ยุทธศาสตร์อนามัยมารดาและทารก จึงถือเป็นหนึ่งในความท้าทายที่จะต้องเร่งพัฒนา ทั้งในเชิงปริมาณ หรือขนาดและโครงสร้างของประชากร ควบคู่กับการส่งเสริมการเกิดที่มีคุณภาพของประชากร เพื่อสอดรับตามเป้าประสงค์ในการลดผลกระทบต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาของประเทศ ซึ่งมีที่มาและความสำคัญ ดังต่อไปนี้

1) ขนาดและโครงสร้างของประชากร

สถานการณ์ทางประชากรของประเทศไทยในปัจจุบัน พบว่า ประชากรมีขนาดลดลง อันมีสาเหตุจากการเกิดที่ลดลง และประชากรมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการกระจายสัดส่วนทางอายุของประชากรที่มีกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน จากข้อมูลการสำรวจอัตราเจริญพันธุ์รวม¹ ซึ่งถือเป็นดัชนีชี้วัดภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย พบว่า ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2513 อัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ที่ 6 ถัดมาในปี พ.ศ. 2540 พบว่า อัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงอยู่ที่ 2 และในปัจจุบันพบว่า อัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงอยู่ที่ 1.54 ซึ่งมีค่าต่ำกว่าระดับทดแทน² ยิ่งไปกว่านั้น สำหรับอัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทยในอนาคต นักวิชาการและนักประชากรศาสตร์ได้คาดประมาณสอดคล้องกันว่า จะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2583 คาดว่า อัตราเจริญพันธุ์รวมจะลดลงสู่ระดับต่ำมาก ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.3 (ดังแสดงในแผนภาพที่ 2) หากตั้งสมมติฐานว่า ตลอดระยะเวลาในการคาดประมาณ อัตราเจริญพันธุ์รวมมีค่าลดลงปกติ กล่าวคือ ภาวะเจริญพันธุ์คงที่ในช่วง 5 ปีแรก หลังจากนั้นค่อย ๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556) ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9.43 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 19.99 ในปี พ.ศ. 2568 อันเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข สุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม ควบคู่กับการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ประชากรมีอัตราการรอดชีพเพิ่มสูงขึ้น และมีอายุยืนยาวมากขึ้น จากสถานการณ์ที่อัตราการเกิดและอัตราการตายอยู่ในระดับต่ำ ทำให้อัตราการเพิ่มตามธรรมชาติ³ ของประชากรอยู่ในระดับต่ำด้วยเช่นกัน ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านขนาดและโครงสร้างประชากรของประเทศไทยในครั้งนี้อาจ

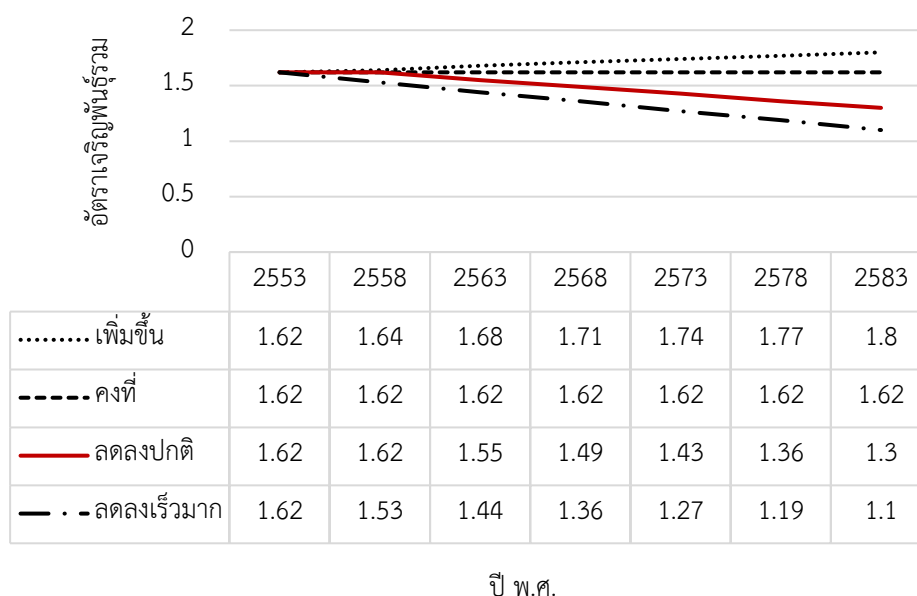
¹ อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate) หมายถึง จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่คาดว่าจะสตรีคนหนึ่งจะให้กำเนิดตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์จนหมดวัยเจริญพันธุ์

² อัตราเจริญพันธุ์ระดับทดแทน (Replacement Fertility Rate) หมายถึง จำนวนบุตรที่คาดว่าจะสตรีคนหนึ่งจะให้กำเนิดตลอดวัยเจริญพันธุ์ซึ่งมีความเพียงพอที่จะทดแทนตนเอง คู่สมรส และเผื่อไว้สำหรับการตายที่อาจเกิดขึ้นก่อนที่บุตรจะเป็นบิดาหรือมารดาในอนาคต เพื่อรักษาขนาดของประชากรให้คงที่ต่อไป โดยมีค่าอยู่ที่ประมาณ 2.1

³ อัตราการเพิ่มตามธรรมชาติ (Natural Growth Rate) หมายถึง อัตราการเพิ่มของประชากรที่เกิดจากผลต่างระหว่างอัตราการเกิดและอัตราการตาย

ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก เนื่องจากประชากรในแต่ละกลุ่มอายุมีพฤติกรรมทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน การลดลงของอัตราเจริญพันธุ์จะนำไปสู่การลดลงของกำลังแรงงานที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นกำลังการผลิต ซึ่งมีความสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศในอนาคต ในขณะที่ แนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานที่ต้องแบกรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

แผนภาพที่ 2 แสดงการคาดประมาณอัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทย
ระหว่างปี พ.ศ. 2553–2583



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย ข้อมูลจาก สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556

นอกจากสถานการณ์การเกิดที่ลดลง ยังพบว่าการเกิดส่วนหนึ่งไม่มีคุณภาพ หรือที่เรียกว่า “เกิดน้อย ด้อยคุณภาพ” ซึ่งหนึ่งในการเกิดที่ด้อยคุณภาพคือ การเกิดที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารก ทั้ง ๆ ที่ สิทธิอนามัยมารดาและทารก ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สตรีตั้งครรภ์และทารกพึงจะได้รับ อันเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิทางด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งมีความหมายครอบคลุมถึงภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ อันเกิดจากกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ของทั้งเพศชายและเพศหญิงในช่วงอายุของวัยเจริญพันธุ์ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2543) ฉะนั้น ในการประชุมสุดยอดสหประชาชาติ ซึ่งประกอบด้วยผู้นำจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งสิ้น 189 ประเทศ จึงได้ร่วมกันกำหนด

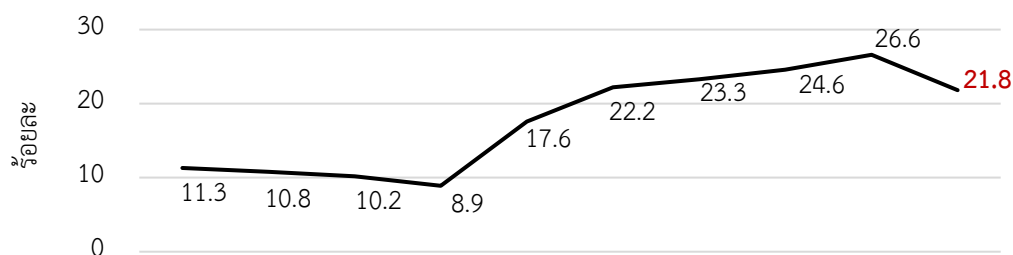
เป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) ให้เป็นวาระการพัฒนาของโลก โดยหนึ่งในประเด็นสำคัญ คือ การลดอัตราการตายมารดา⁴ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ที่ได้กำหนดให้ประเด็นดังกล่าวเป็นเป้าหมายสำคัญในการชี้วัดงานบริการทางด้านอนามัยมารดาและทารกของทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งสามารถบ่งบอกถึงความเป็นอยู่ของสตรีตั้งครรภ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพทางด้านอนามัยมารดาและทารก ตลอดจนความเพียงพอทางด้านสถานบริการสุขภาพ

สำหรับประเทศไทย หน่วยงานที่มีบทบาทในการรับผิดชอบงานทางด้านอนามัยมารดาและทารกคือ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับเอาเป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษร่วมกับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) ในการมุ่งเน้นให้ความสำคัญไปยังการลดอัตราการตายมารดา โดยได้กำหนดเป้าหมายอัตราการตายมารดาไว้อยู่ที่ไม่เกินร้อยละ 20 ต่อแสนคนของการเกิดมีชีพ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ผ่านกระบวนการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ จากข้อมูลการสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 พบว่า ในปี พ.ศ. 2556-2559 สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 97 ซึ่งบรรลุตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ที่มากกว่าร้อยละ 80 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว แต่สำหรับการรายงานผลของอัตราการตายมารดา กลับพบว่าไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ กล่าวคือ อัตราตายมารดาเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้นจนเกินค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2556 และเพิ่มสูงเรื่อยมาจนกระทั่ง ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า อัตราตายมารดามีค่าเท่ากับร้อยละ 21.8 ต่อแสนคนของการเกิดมีชีพ (ดังแสดงในแผนภาพที่ 3) โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิตมารดาเกิดจากสภาวะการคลอดมากถึงร้อยละ 35.5 ยกตัวอย่างเช่น การตกเลือดระหว่างการคลอด ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่มดลูกหดตัวไม่ดี การฉีกขาดของช่องทางการคลอด การแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ และความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับรก เยื่อหุ้มรก หรือชิ้นส่วนของรกที่ตกค้างภายในโพรงมดลูก รวมไปถึงการติดเชื้อในโพรงมดลูก เป็นต้น รองลงมาคือ โรคแทรกในขณะเจ็บครรภ์และการคลอด คิดเป็นร้อยละ 20.7 ซึ่งมีสาเหตุมาจากการคลอดยาวนาน และการเจ็บครรภ์คลอดที่ผิดปกติ เป็นต้น และรองลงมาคือโรคแทรกขณะอยู่ไฟ คิดเป็นร้อยละ 19.7 ซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อของแผลฝีเย็บ เป็นต้น ซึ่งอุบัติการณ์ของการเสียชีวิตดังกล่าวเป็นสาเหตุที่สามารถให้การป้องกันได้ หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารก เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์และการคลอด เพื่อนำไปใช้ในการ

⁴ อัตราตายมารดา (Maternal Death Rate) หมายถึง การเสียชีวิตของสตรีในระยะตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วันหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ อันมีสาเหตุมาจากการตั้งครรภ์หรือการคลอด

วางแผนป้องกันและให้การดูแลรักษา จากบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีคุณภาพ และทันต่วงที่
อันนำไปสู่การลดลงของอัตราการตายมารดาที่ส่งผลต่อขนาดและโครงสร้างของประชากร

แผนภาพที่ 3 แสดงร้อยละอัตราการตายมารดาต่อแสนคนของการเกิดมีชีพ
ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2560



กลุ่มสาเหตุการ เสียชีวิต	ปี (พ.ศ.)									
	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560
ท้องแล้วแท้ง	17.7	18.5	15.7	10.1	14.2	18.0	11.6	8.5	8.6	6.4
ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์	11.5	9.3	23.5	21.3	17.6	12.0	9.4	13.8	13.2	13.8
ความผิดปกติอื่น ๆ จากการตั้งครรภ์	0.9	0.9	1.0	1.1	1.1	2.3	3.0	3.7	2.6	0.9
เด็กและถุงน้ำคร่ำ	3.5	5.6	3.9	5.6	5.7	3.2	3.0	2.4	2.3	5.0
โรคแทรกขณะเจ็บ ครรภ์และคลอด	44.2	35.2	36.3	25.8	16.5	23.9	19.4	13.1	22.2	20.7
สภาวะการคลอด	2.7	11.1	7.8	11.4	28.4	23.0	26.6	39.0	39.8	33.5
โรคแทรกขณะอยู่ไฟ	19.5	19.4	11.8	24.7	16.5	17.6	27.0	19.5	11.3	19.7
รวม	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย ข้อมูลจาก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

2) คุณภาพของประชากร

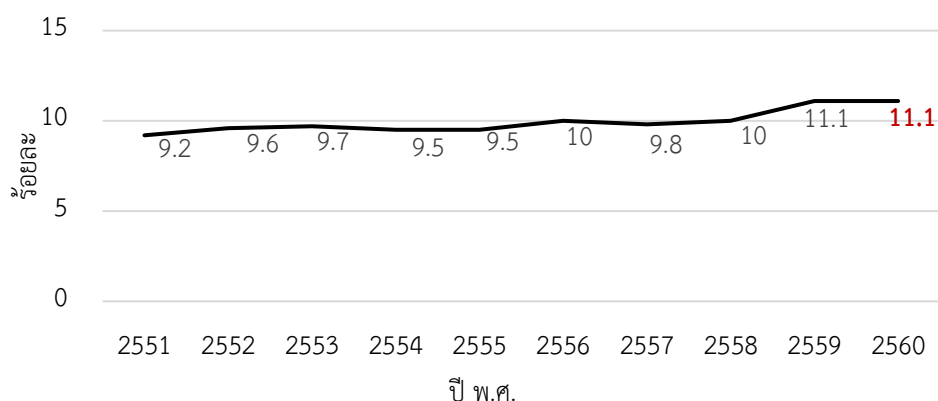
นอกจากประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาเชิงขนาดหรือโครงสร้างของประชากรที่มีแนวโน้ม
ลดลงแล้ว ยังพบว่า สถานการณ์การเกิดส่วนหนึ่งในปัจจุบันไม่มีคุณภาพ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์และ
ครอบครัวขาดการวางแผนการตั้งครรภ์หรือขาดความพร้อมในการตั้งครรภ์ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ขาด

การให้ความสำคัญในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพครรภ์ในด้านต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การกระตุ้น การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ รวมไปถึงการขาดความเอาใจใส่ต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่ทารกในครรภ์จะมีความผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาเรื่องน้ำหนักแรกคลอดของทารกที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 2,500 กรัม และมีชีวิต) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอุปสรรคต่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กในอนาคต อันส่งผลต่อปัญหาเชิงคุณภาพของประชากร

จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 พบว่า การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพกับทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 2,500 กรัม และมีชีวิต) มีลักษณะความสัมพันธ์กันในเชิงลบ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยมีแนวโน้มฝากครรภ์ที่มีคุณภาพลดลงจากในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 คิดเป็นร้อยละ 72.18 ร้อยละ 71.21 และร้อยละ 69.37 ตามลำดับ ในขณะที่จำนวนทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ กลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 2.71 ร้อยละ 7.46 และร้อยละ 11.9 ตามลำดับ เนื่องจากการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์และทารก ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกอย่างครบถ้วน เพื่อลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารก ตลอดจนส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์และทารกมีสุขภาพที่ดีในตลอดช่วง

สำหรับสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน เมื่อศึกษาน้ำหนักทารกแรกคลอด ซึ่งถือเป็นดัชนีชี้วัดของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในระยะคลอด พบว่า ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 2,500 กรัม และมีชีวิต) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 โดยในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 11.1 (พิมลพรรณ อิศรภักดี & ฐิตินันท์ วัฒนิน, 2560) ซึ่งมีค่าสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้อยู่ที่ไม่เกินร้อยละ 7 (ดังแสดงในแผนภาพที่ 4) ผลจากการที่ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งผลให้ทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ภาวะทุพโภชนาการ และความล่าช้าทางด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการในทุก ๆ ด้าน

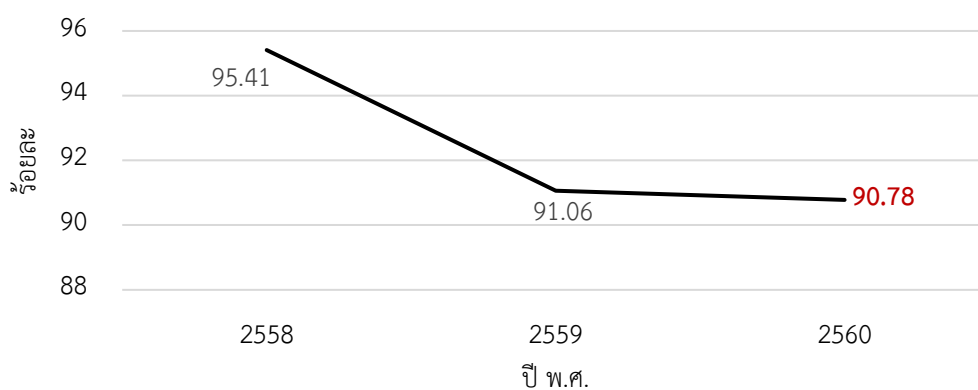
แผนภาพที่ 4 แสดงร้อยละทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2560



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย ข้อมูลจาก พิมลพรรณ อิศรภักดี และฐิตินันท์ ผิวนิล, 2560

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาด้านพัฒนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี หรือเด็กในช่วงปฐมวัย ซึ่งถือเป็นดัชนีชี้วัดของคุณภาพการฝากครรภ์ในระยะการเจริญเติบโต ผลการสำรวจ พบว่า พัฒนาการของเด็กปฐมวัยในปัจจุบัน มีค่าสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ที่มากกว่าร้อยละ 85 แต่ถึงอย่างไรก็ดี หากพิจารณาถึงแนวโน้มโดยภาพรวม กลับพบว่า เด็กปฐมวัยมีแนวโน้มพัฒนาการสมวัยลดลง จากในปี พ.ศ. 2558-2560 คิดเป็นร้อยละ 95.41 ร้อยละ 91.06 และร้อยละ 90.78 ตามลำดับ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) (ดังแสดงในแผนภาพที่ 5) ซึ่งแน่นอนว่า หากสถานการณ์ดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไขอย่างตรงจุด ย่อมส่งผลให้พัฒนาการของเด็กปฐมวัยในอนาคตมีแนวโน้มลดลงไปอย่างต่อเนื่อง จนอาจต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ และนำไปสู่ผลเสียต่อคุณภาพประชากรของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แผนภาพที่ 5 แสดงร้อยละพัฒนาการสมวัยของเด็กอายุ 0-5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2560



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย ข้อมูลจาก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงความไม่สอดคล้องกันระหว่างการเข้ารับการฝากครรภ์ (Accessibility) กับคุณภาพการฝากครรภ์ (Quality) ของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย เนื่องมาจากการศึกษาเรื่องการฝากครรภ์ที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่มุ่งสนใจไปยังประเด็นของการเข้ารับหรือการไม่เข้ารับการฝากครรภ์ ทว่า การดำเนินงานทางด้านอนามัยมารดาและทารกที่มีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการฝากครรภ์ของประเทศไทยในระยะเวลาที่ผ่านมา พบว่า บรรลุตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว แต่เมื่อพิจารณาดัชนีชี้วัดคุณภาพของการฝากครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะการเจริญเติบโต ได้แก่ อัตราตายมารดา น้ำหนักแรกเกิดของทารก และพัฒนาของเด็กปฐมวัย กลับพบว่า ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ หรือกำลังมีแนวโน้มที่จะแย่ลง ฉะนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงพิจารณาเพิ่มเติมไปยังประเด็นของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ จำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบ ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้มีความครอบคลุมและชัดเจนมากยิ่งขึ้น ประกอบด้วย 1) การฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์) 2) การฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง และ 3) การฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยมุ่งหวังให้ประเด็นทางการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ได้รับการตระหนัก และได้รับการพัฒนาอย่างตรงจุด เพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อขนาดและคุณภาพประชากรของประเทศไทยในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลกระทบของปัจจัยทางด้านประชากรหรือด้านปัจเจกบุคคล ด้านโครงสร้างครัวเรือน ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านเขตที่อยู่อาศัย ที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย อันจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ทราบถึงผลของปัจจัยทางด้านประชากรหรือด้านปัจเจกบุคคล ด้านโครงสร้างครัวเรือน ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านเขตที่อยู่อาศัย ที่จะทำให้อัตราการฝากครรภ์ในประเทศไทยได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน รวมถึงหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถร่วมมือกันในการให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริม หรือสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ตามข้อเสนอแนะของผลการศึกษา

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาเรื่อง “การได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย” ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารการศึกษา โดยสืบค้นผ่านทางฐานข้อมูลทางการวิจัยต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ และใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดการศึกษาเกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย นิยามและวัตถุประสงค์ของการฝากครรภ์ เกณฑ์และแนวทางการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ขั้นตอนการตรวจครรภ์ ความจำเป็นของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ แนวคิดทางด้านทฤษฎี ทฤษฎีทางด้านประชากรศาสตร์ แนวคิดตัวแปรแทรกกลางของภาวะเจริญพันธุ์ ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน แนวคิดทางการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการของสตรีตั้งครรภ์ แนวคิดทางด้านสวัสดิการสังคม แนวคิดเรื่องความเหลื่อมล้ำทางด้านสาธารณสุขเชิงพื้นที่ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ และปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 การฝากครรภ์และการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

2.1.1 นิยามและวัตถุประสงค์ของการฝากครรภ์

การฝากครรภ์ (Antenatal Care: ANC) หมายถึง การดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และครอบครัว เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดดำเนินไปด้วยความปลอดภัย โดยบูรณาการความรู้ทางด้านการผดุงครรภ์ การแพทย์ การพยาบาล จิตวิทยา และศาสตร์อื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง (อ่ำไพ จารุวัชรพานิชกุล, 2554) โดยมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

- 1) ประเมินสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ให้ดำเนินไปด้วยความปลอดภัยตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด
- 2) ประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ เพื่อตรวจดูการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ให้มีความเหมาะสมตามอายุครรภ์
- 3) วินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด อันเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เพื่อดำเนินการป้องกัน และหาแนวทางการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม อันประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด

2.1.2 นิยามและเกณฑ์การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

การฝากครรภ์คุณภาพ (Quality Antenatal Care) หมายถึง การบริการ และการดูแลที่ผ่านแนวทางการพิสูจน์แล้วว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้รับการตรวจตามกระบวนการดูแลการตั้งครรภ์อย่างถูกต้องและครบถ้วน (สุพร แก้วศิริวรรณ, 2556) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเกณฑ์ของการฝากครรภ์คุณภาพไว้ทั้งสิ้น 3 องค์ประกอบ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการตรวจตามกระบวนการและแนวทางการดูแลการตั้งครรภ์อย่างครบถ้วน และมีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2016) ประกอบด้วย

- 1) สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ หรือภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์
- 2) สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง
- 3) สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับการฝากครรภ์จากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพที่ได้รับการรับรองทางการศึกษา และการฝึกฝนความเชี่ยวชาญทางด้านทักษะที่จำเป็นในการดูแลครรภ์ (Skilled Birth Attendant) ซึ่งหมายถึงแพทย์ และพยาบาล วิชาชีพและการผดุงครรภ์

2.1.3 บริบทที่มีความเกี่ยวข้องกับการกำหนดเกณฑ์การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

จากสถานการณ์การเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องของอัตราตายมารดาและอัตราตายปริกำเนิด⁵ ในทวีปยุโรป สถาบันแห่งชาติเพื่อความเป็นเลิศทางด้านสุขภาพและการแพทย์ (National Institute for Health and Care Excellence: NICE) จึงได้ตระหนักถึงความสำคัญ และจัดตั้งแนวทางการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1929 ณ สหราชอาณาจักร โดยกำหนดจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์มากถึง 15 ครั้ง เนื่องจากความวิตกกังวลว่าการประเมินหรือการวินิจฉัยโรคที่สำคัญอันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาและทารกจะคลาดเคลื่อนหรือไม่ครบถ้วน (Chan, Kean, & Gynaecology, 2004) ในเวลาถัดมาประเทศต่าง ๆ ในทวีปยุโรปจึงได้นำแนวทางการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ไปปฏิบัติใช้ และมีการติดตามผล พบว่าเมื่อลดจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ กลับไม่มีความแตกต่างของอัตราตายมารดาและอัตราตายปริกำเนิด (Kean, Chan, & Medicine, 2007) เนื่องจากหลักการดูแลสุขภาพของสตรีครรภ์ที่แท้จริงไม่ได้ขึ้นอยู่กับเฉพาะจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ แต่ขึ้นอยู่กับขั้นตอน หรือกระบวนการฝากครรภ์ที่

⁵ อัตราการตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality) หมายถึง การตายของทารกในครรภ์ และทารกแรกคลอดที่มีอายุนับตั้งแต่อยู่ในครรภ์ครบ 22 สัปดาห์ขึ้นไป หากไม่ทราบอายุครรภ์ ให้ใช้น้ำหนักของทารกแรกคลอดตั้งแต่ 1,000 กรัม หรือความยาวศีรษะถึงส้นเท้าตั้งแต่ 36 เซนติเมตรขึ้นไป รวมกับการตายทารกอายุต่ำกว่า 7 วันหลังคลอด

ผ่านการพิสูจน์แล้วว่าเป็นประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ หรือเรียกว่า “การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ”

ในปี ค.ศ.2002 องค์การอนามัยโลกได้ขยายผลแนวทางการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยได้นำเสนอแนวทางการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ (The Focused Antenatal Care Model: FANC) โดยมีการกำหนดเกณฑ์ให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์จำนวนอย่างน้อย 4 ครั้ง (ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 8-12 สัปดาห์ ครั้งที่สองเมื่ออายุครรภ์ 24-26 สัปดาห์ ครั้งที่สามเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ และครั้งที่สี่เมื่ออายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์) โดยเน้นย้ำการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ หรือเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าจะสามารถให้การป้องกันหรือรักษาภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่าการป้องกันหรือรักษาภาวะแทรกซ้อนเมื่อสตรีตั้งครรภ์มีอายุครรภ์มากกว่า อีกทั้ง ยังเป็นการส่งเสริมความรักและความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ อันส่งผลดีต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกในครรภ์ ถัดมาได้มีการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น โดยใช้แนวทางการฝากครรภ์สมัยใหม่ (The 2016 Antenatal Care Model) ซึ่งได้เพิ่มเกณฑ์จำนวนครั้งของการฝากครรภ์เป็นอย่างน้อย 8 ครั้ง (ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ครั้งที่สองเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ครั้งที่สามเมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ครั้งที่สี่เมื่ออายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ครั้งที่ห้าเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ครั้งที่หกเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ครั้งที่เจ็ดเมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และครั้งที่แปดเมื่ออายุครรภ์ 40 สัปดาห์) โดยเน้นย้ำการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และต้องได้รับบริการฝากครรภ์จากแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์เท่านั้น อีกทั้ง ยังเปลี่ยนจากคำว่า “การเข้าฝากครรภ์” (Visit) เป็น “การติดต่อฝากครรภ์” (Contact) เพราะคำว่า “การติดต่อฝากครรภ์” ให้ความหมายครอบคลุมถึงกระบวนการประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษา ประกอบกับการให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และทารก ทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกปลอดภัย และรู้สึกผ่อนคลายต่อการฝากครรภ์มากยิ่งขึ้น (World Health Organization and others, 2006) จึงส่งผลให้แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ดังกล่าวถูกนำไปปฏิบัติใช้อย่างแพร่หลาย โดยปรับเปลี่ยนเกณฑ์การฝากครรภ์เพียงเล็กน้อยตามลักษณะบริบทของแต่ละประเทศ

สำหรับประเทศไทย หน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องการฝากครรภ์คือ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับเอาแนวทางการฝากครรภ์สมัยใหม่ตามองค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ โดยปรับเปลี่ยนตามบริบททางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทย จากการศึกษาจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ที่เหมาะสมของ

ประเทศไทย พบว่า จำนวนครั้งของการฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้ง กับจำนวนการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง ไม่มีความแตกต่างทางผลลัพธ์ของดัชนีชี้วัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยิ่งไปกว่านั้น จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ที่มากเกินไปยังส่งผลเสียทั้งต่อผู้ให้บริการฝากครรภ์และผู้รับบริการฝากครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น ความเหนื่อยล้าของบุคลากรทางการแพทย์จากการปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้น การสิ้นเปลืองทรัพยากรที่ใช้ในการตรวจครรภ์ และการขาดรายได้ของสตรีตั้งครรภ์เนื่องจากการลาหยุดงานที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น สอดคล้องกับการวิจัยชนิดทดลองแบบสหสถาบัน (Multicenter Randomized Controlled Trial) ขององค์การอนามัยโลก เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบจำนวนครั้งของการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ระหว่างประเทศที่กำลังพัฒนากับประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า เกณฑ์การฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้ในประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากมีประสิทธิผลเทียบเท่ากับการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ ซึ่งมีดัชนีชี้วัดได้แก่ น้ำหนักของทารกแรกคลอด อัตราตายมารดา ความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์ในการได้รับบริการฝากครรภ์ และประสิทธิภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ฉะนั้น ประเทศไทยจึงได้นำเสนอแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ (Basic Component of Antenatal Care Model) สำหรับสตรีที่ไม่มีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ (Low Risk Pregnancy) ซึ่งกำหนดเกณฑ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง และได้รับการฝากครรภ์จากผู้ที่ได้รับการรับรองด้านการศึกษา และการฝึกฝนความเชี่ยวชาญทางด้านทักษะที่จำเป็นในการดูแลผดุงครรภ์ (Skilled Birth Attendant) ซึ่งหมายถึงแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการตรวจตามองค์ประกอบพื้นฐานที่มีความจำเป็นและมีประโยชน์อย่างครบถ้วนต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเข้ารับการฝากครรภ์ในเกณฑ์ต่าง ๆ

World Health Organization (WHO)		Thailand Antenatal Care Model
The Focused Antenatal Care Model (FANC)	The 2016 Antenatal Care Model	การประเมินสุขภาพและการฝากครรภ์ทั่วไป 5 ครั้ง
4 ครั้ง	8 ครั้ง	5 ครั้ง
อายุครรภ์ในช่วงไตรมาสที่หนึ่ง		
ครั้งที่1: 8-12 สัปดาห์	ครั้งที่1: น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ครั้งที่1: น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
อายุครรภ์ในช่วงไตรมาสที่สอง		
ครั้งที่2: 24-26 สัปดาห์	ครั้งที่2: 20 สัปดาห์ ครั้งที่3: 26 สัปดาห์	ครั้งที่2: 13-18 สัปดาห์ ครั้งที่3: 19-26 สัปดาห์
อายุครรภ์ในช่วงไตรมาสที่สาม		
ครั้งที่3: 32-34 สัปดาห์ ครั้งที่4: 36-38 สัปดาห์	ครั้งที่4: 30 สัปดาห์ ครั้งที่5: 34 สัปดาห์ ครั้งที่6: 36 สัปดาห์ ครั้งที่7: 38 สัปดาห์ ครั้งที่8: 40 สัปดาห์	ครั้งที่4: 27-32 สัปดาห์ ครั้งที่5: 33-38 สัปดาห์
มาตามนัดเพื่อคลอดบุตร หรือเมื่ออายุครรภ์ 41 สัปดาห์ ในกรณีที่ยังไม่คลอดบุตร		

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

2.1.4 ขั้นตอนการตรวจครรภ์ตามมาตรฐานที่สตรีตั้งครรภ์พึงที่จะได้รับ

เมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพตามอนามัยมารดาและทารก จะได้รับการตรวจตามกระบวนการดูแลการตั้งครรภ์อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่น ๆ ตามความจำเป็น รวมไปถึงการให้วิตามินเสริม และการเสริมภูมิคุ้มกันโรค (สุพร แก้วศิริวรรณ, 2556) (ดังแสดงในตารางที่ 2) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การซักประวัติ หมายถึง การสอบถามสตรีตั้งครรภ์ครอบคลุมในเรื่องของประวัติส่วนบุคคล ประวัติครอบครัว ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต และประวัติทางและพฤติกรรม ที่ส่งผลกระทบต่อตั้งครรภ์ในครั้งนี้

2. การตรวจร่างกาย หมายถึง การตรวจร่างกายทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ และการตรวจครรภ์ เพื่อค้นหาความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารก ได้แก่ การตรวจลักษณะทั่วไป การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดความดันโลหิต และการตรวจทางสูตินรีเวช เป็นต้น ซึ่งถือเป็นการตรวจที่สำคัญ และจำเป็นต้องตรวจสตรีที่ตั้งครรภ์ทุกราย นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ และการนับลูกดิ้นควบคู่ไปด้วย

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1. การตรวจเลือด

การตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit and Hemoglobin) หมายถึง การตรวจหาฮีมาโตคริตและฮีโมโกลบินในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และตรวจซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป เนื่องจากถ้าหากพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ซึ่งหมายถึง การตรวจพบระดับของฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 หรือ ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น ทารกในครรภ์เจริญเติบโต น้อยกว่าปกติ และการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

การตรวจหมู่เลือด (Blood Group and Rh Group) หมายถึง การตรวจหากลุ่มเลือดและกลุ่มอาร์เอสในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย เพื่อเตรียมพร้อมในกรณีที่ต้องใช้เลือดอย่างเร่งด่วน อย่างเช่น ภาวะตกเลือดขณะคลอด เป็นต้น

การตรวจคัดกรองเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes) หมายถึง การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด โดยวิธีดื่มน้ำตาลหวานและเจาะเลือดเพื่อหาความผิดปกติ เพื่อป้องกันการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อันนำไปสู่การแท้ง ทารกตัวใหญ่กว่าปกติ และการตกเลือดหลังคลอด

การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย (Thalassemia) หมายถึง การตรวจสอบการแตกตัวของเม็ดเลือดแดง หรือการวัดปริมาตรเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดง หากพบว่า ระดับค่าเฉลี่ยของปริมาตรเม็ดเลือดแดง (Mean Corpuscular Volume: MCV) น้อยกว่า 80 เฟมโตลิตร จะต้องติดตามสามีมาตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียร่วมด้วย และถ้าหากพบพาหะของการเป็นโรคธาลัสซีเมียทั้งในสามีและภรรยา อาจจำเป็นต้องพิจารณาความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ต่อไป

3.2. การตรวจน้ำเหลือง

การตรวจหาซิฟิลิส (Syphilis) หมายถึง การตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย *Treponema pallidum* โดยการตรวจ Venereal Disease Research Laboratory หรือ VDRL ในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และตรวจซ้ำครั้งที่สองเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป

การตรวจหาเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus : HIV) หมายถึง การตรวจ FDA-licensed Elisa ในสตรีตั้งครรภ์รายที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี หรือในรายที่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวยินยอมที่จะตรวจ

การตรวจไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) หมายถึง เพื่อตรวจการเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากเชื้อสามารถแพร่ไปสู่ทารกได้

3.3. การตรวจปัสสาวะ

การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ (Glycosuria) หมายถึง การถ่ายปัสสาวะลงบนแผ่นทดสอบน้ำตาลในปัสสาวะและทิ้งไว้ 1 นาที แล้วเทียบกับสีข้างขวดเพื่อแปลผล ดังนี้ ไม่พบ (Negative) พบเล็กน้อย (Trace) พบระดับ+1 พบระดับ+2 พบระดับ+3 และพบระดับ+4 หากผลทดสอบพบมากกว่าระดับ+1 อาจเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งของการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ (Albuminuria) หมายถึง การถ่ายปัสสาวะลงบนแผ่นทดสอบโปรตีนในปัสสาวะและทิ้งไว้ 1 นาทีแล้วเทียบกับสีข้างขวดเพื่อแปลผล ดังนี้ ไม่พบ (Negative) พบเล็กน้อย (Trace) พบระดับ+1 พบระดับ+2 พบระดับ+3 และพบระดับ+4 หากผลทดสอบพบมากกว่าระดับ+1 อาจเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หรือการติดเชื้อในระบบปัสสาวะ

การตรวจการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Asymptomatic Bacteriuria) หมายถึง การเก็บปัสสาวะส่งตรวจเพื่อตรวจสอบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หากพบว่าปัสสาวะมีจำนวนของเม็ดเลือดขาวมากกว่า 5 ตัวขึ้นไป อาจมีการอักเสบของทางเดินปัสสาวะ

3.4. การตรวจพิเศษอื่น ๆ

การตรวจในสตรีตั้งครรภ์เฉพาะรายที่มีอาการพิเศษอื่น ๆ ยกตัวอย่างเช่น มีอาการตกขาวผิดปกติ อาการคันในช่องคลอด อาการมีสารคัดหลั่งหรือสิ่งผิดปกติไหลออกมาจากช่องคลอด เป็นต้น ซึ่งสูติแพทย์อาจต้องตรวจด้วยวิธีพิเศษอื่น ๆ ยกตัวอย่างเช่น Speculum, Wet Smear, Dry Smear, Pap Smear, Non-Stress Test เป็นต้น

3.5. การเสริมภูมิคุ้มกันโดยการฉีดวัคซีนคอตีบและบาดทะยัก

กรณีที่เคยได้รับวัคซีนมาครบทั้ง 3 ครั้ง หากได้รับเข็มสุดท้ายเกิน 10 ปี ให้วัคซีนเพิ่ม 1 ครั้ง จากนั้นนัดกระตุ้น 1 ครั้ง ทุก 10 ปี แต่หากได้รับเข็มสุดท้ายไม่ถึง 10 ปี ไม่ต้องให้วัคซีน

กรณีที่เคยได้รับวัคซีนมาไม่ครบ 3 ครั้ง หากได้รับวัคซีนมาแล้ว 2 ครั้ง ให้วัคซีน 1 ครั้ง (ห่างจากเข็มสุดท้าย 6 เดือน) จากนั้นนัดกระตุ้น 1 ครั้ง ทุก 10 ปี แต่หากได้รับวัคซีนมาแล้วเพียง 1 ครั้ง ให้วัคซีน 2 ครั้ง (เข็มแรกห่างจากเข็มสุดท้าย 1 เดือน และเข็มที่สองห่างจากเข็มแรก 6 เดือน) จากนั้นนัดกระตุ้น 1 ครั้ง ทุก 10 ปี

กรณีไม่มีประวัติ ไม่ทราบ หรือไม่แน่ใจ ให้วัคซีน 3 ครั้ง (เข็มแรกให้ทันที เข็มที่สองห่างจากเข็มแรก 1 เดือน และเข็มที่สามห่างจากเข็มแรก 6 เดือน) จากนั้นนัดกระตุ้น 1 ครั้ง ทุก 10 ปี

3.6. การให้วิตามิน

โฟเลท (Folic Acid) มีส่วนช่วยลดอุบัติการณ์ทารกพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะโรคความบกพร่องของท่อประสาท (Neural Tube Defects) จึงควรให้สตรีตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการเสริมวิตามินธาตุโฟเลทในขนาดวันละไม่น้อยกว่า 0.40 มิลลิกรัม ตลอดการตั้งครรภ์

ธาตุเหล็ก (Ferrous Sulfate) มีส่วนช่วยป้องกันการขาดธาตุเหล็ก และโรคเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ จึงควรให้สตรีตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการเสริมวิตามินธาตุเหล็กในขนาดวันละไม่น้อยกว่า 60.81 มิลลิกรัม ตลอดการตั้งครรภ์

ไอโอดีน (Potassium Iodide) มีส่วนช่วยป้องกันการขาดธาตุไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์ จึงควรให้สตรีตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการเสริมวิตามินธาตุไอโอดีนในขนาดวันละไม่น้อยกว่า 0.15 มิลลิกรัม ตลอดการตั้งครรภ์ โดยห้ามใช้ในผู้ที่มีการไทรอยด์เป็นพิษ

แคลเซียม (Calcium) มีส่วนช่วยป้องกันการสูญเสียมวลกระดูกขณะตั้งครรภ์ จึงควรให้สตรีตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการเสริมวิตามินธาตุแคลเซียมในขนาดวันละไม่น้อยกว่า 1,000 มิลลิกรัม ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป

3.7 การให้ความรู้และสุขศึกษา

ในทุกช่วงของการฝากครรภ์ สตรีตั้งครรภ์และสามีจะได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพครรภ์จากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์และทารกมีสุขภาพที่แข็งแรง โดยการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเป็นอันตราย ตลอดจนสามารถดูแลตนเองเพื่อรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยแนวทางการให้ความรู้จะครอบคลุมถึงเรื่องสุขศึกษาในขณะตั้งครรภ์เป็นส่วนใหญ่ ยกตัวอย่างเช่น เรื่องทันตสุขภาพ เรื่องโภชนาการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของทารก เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องการพักผ่อน รวมไปถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้สตรีสามารถปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ตารางที่ 2 แสดงขั้นตอนการดูแลครรภ์จำแนกตามจำนวนครั้งของการฝากครรภ์และอายุครรภ์

ลำดับ	กิจกรรม	จำนวนครั้งการฝากครรภ์และอายุครรภ์ (สัปดาห์)					
		ครั้งที่ 1 ≤ 12	ครั้งที่ 2 13-18	ครั้งที่ 3 19-26	ครั้งที่ 4 27-32	ครั้งที่ 5 33-38	
1	การซักประวัติ	←-----→					
2	การตรวจร่างกาย	←-----→					
	➢ การวัดสัญญาณชีพ	←-----→					
	➢ การชั่งน้ำหนัก	←-----→					
	➢ การวัดส่วนสูง	←→					
	➢ การวัดค่าดัชนีมวลกาย	←→					
	➢ การตรวจสอบสภาพช่องปากและฟัน	←→					
	➢ การตรวจทางสูตินรีเวช						
	- การตรวจภายใน	←→					
	- การวัดความสูงยอดมดลูก	←-----→					
	- การฟังเสียงหัวใจทารก		←-----→				
	➢ การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเครียด	←-----→					
	➢ การตรวจคัดกรองการสูบบุหรี่/การดื่มสุรา/การใช้ยาและสารเสพติด	←-----→					
	3	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ					
		➢ การตรวจเลือด					
- ตรวจหมู่เลือด ABO และ RH		←→			←→		
- การตรวจฮีมาโตคริตและฮีโมโกลบิน		←→					
- การคัดกรองเบาหวาน		←-----→					
- การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย		←→			←→		
➢ การตรวจน้ำเหลือง							
- การตรวจหาซิฟิลิส		←→					
- การตรวจหาเชื้อเอชไอวี		←-----→					
- การตรวจไวรัสตับอักเสบบี		←-----→					
➢ การตรวจปัสสาวะ							
- การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ		←-----→					
- การตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ		←-----→					
- การตรวจหาการติดเชื้อในปัสสาวะ	←→						

ลำดับ	กิจกรรม	จำนวนครั้งการฝากครรภ์และอายุครรภ์ (สัปดาห์)				
		ครั้งที่ 1 ≤ 12	ครั้งที่ 2 13-18	ครั้งที่ 3 19-26	ครั้งที่ 4 27-32	ครั้งที่ 5 33-38
4	การตรวจอื่น ๆ					
	➢ การอัลตราซาวด์	↔				
5	การให้ยาเสริม					
	➢ โฟเลท (ไม่น้อยกว่า 0.40 มิลลิกรัม)	กินทุกวัน				
	➢ ไอโอดีน (ไม่น้อยกว่า 0.15 มิลลิกรัม)	กินทุกวัน				
	➢ เหล็ก (ไม่น้อยกว่า 60.81 มิลลิกรัม)	กินทุกวัน				
	➢ แคลเซียม (ไม่น้อยกว่า 1,000 มิลลิกรัม)			กินทุกวัน (20 สัปดาห์ขึ้นไป)		
6	การให้วัคซีน					
	➢ วัคซีนคอตีบและบาดทะยัก	↔	↔			↔
7	การใช้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามี					
	➢ เรื่องทันตสุขภาพและการใช้ยา	↔				
	➢ เรื่องโภชนาการ พัฒนาการของทารก และการดูแลสุขภาพครรภ์		↔			
	➢ เรื่องการออกกำลังกาย			↔		
	➢ เรื่องการคลอด การเตรียมตัวก่อนคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				↔	

ที่มา: ดัดแปลงโดยผู้วิจัย ข้อมูลจาก กระทรวงสาธารณสุข, 2559

หมายเหตุ : ↔ ตรวจสอบคัดกรองตามความเสี่ยง, ↔ ทำ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาดังกล่าว

CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.2 ความจำเป็นของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลง และปรับตัวจากบุคคลที่อยู่ในภาวะปกติมาอยู่ในภาวะที่ต้องเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นมารดา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเริ่มต้นตั้งแต่การปฏิสนธิจนกระทั่งถึงทารกคลอด ฉะนั้น การศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในการประเมินภาวะสุขภาพ และวางแผนแนวทางที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

2.2.1 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

2.2.1.1 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของสตรีในระยะตั้งครรภ์

1) ระบบสืบพันธุ์ (Reproductive System)

มดลูก (Uterus) ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ผลจากฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน ทำให้มดลูกจะขยายขนาดและสูงขึ้นจนถึงระดับลิ้นปี่ (Xiphoid Process) มีน้ำหนักประมาณ 800-1,200 กรัม และมีปริมาตรประมาณ 5,000 มิลลิลิตร มดลูกหดตัวไม่สม่ำเสมอ และไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ส่วนในช่วงไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ กล้ามเนื้อมดลูกจะมีการยืดตัวและแข็งแรงมากยิ่งขึ้น เพื่อรองรับการไหลเวียนเลือด และการเจริญเติบโตของทารกที่เพิ่มมากขึ้น และในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ เส้นใยกล้ามเนื้อ (Myometrium) มีการเพิ่มขนาดทั้งความยาวและความกว้าง ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกบางขึ้น ส่งผลให้สามารถคลำทารกผ่านหน้าท้องของมารดาได้ อีกทั้ง มดลูกจะขยายของเข้าไปในช่องท้อง (Abdominal Cavity) เบียดลำไส้ (Intestines) และมีการหดตัวบ่อยขึ้น โดยใช้ระยะเวลาในการหดตัวครั้งละประมาณ 10-20 นาที ทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกไม่สุขสบาย

ปากมดลูก (Cervix) ผลจากฮอร์โมนเอสโตรเจน กระตุ้นให้เลือดมาหล่อเลี้ยง และเกิดการคั่งของเลือดในอุ้งเชิงกรานมากขึ้น ทำให้ปากมดลูกเปลี่ยนเป็นสีแดงคล้ำ และมีความนุ่มขึ้น ต่อมาบริเวณปากมดลูกมีการสร้างเมือกที่มีลักษณะข้นเหนียวมาปิดบริเวณปากมดลูกเพื่อทำหน้าที่ป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่โพรงมดลูกมดลูก (Uterus) (Hughes, Jackson, Smith, & Abrams, 2001)

ช่องคลอด และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (Vagina and Vulva) ผลจากการที่เลือดมาหล่อเลี้ยงบริเวณช่องคลอด ทำให้ช่องคลอดมีสีคล้ำ และมีความนุ่มมากขึ้น ช่องคลอดจะมีค่าเป็นกรดเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรียที่ก่อโรคในช่องคลอด

รังไข่ (Ovaries) รังไข่จะมีการหลั่งฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน จนกระทั่งรกได้มีการพัฒนาสมบูรณ์แล้ว รกจะทำหน้าที่หลั่งฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนแทนรังไข่ ตลอดช่วงของการตั้งครรภ์เพื่อยับยั้งการตกไข่

เต้านม (Breasts) ผลจากฮอร์โมนเอสโตรเจน จะกระตุ้นการเจริญเติบโตของท่อน้ำนม (Mammary Ductal Tissue) ส่วนผลจากฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ทำให้ต่อมน้ำนมรวมกันเป็นพู (Lobe) ขนาดใหญ่ขึ้น และมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มมากขึ้น ทำให้สังเกตเห็นเส้นเลือดดำที่บริเวณเต้านม

2) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular System)

หัวใจและความดันโลหิต (Heart and Blood Pressure) ตำแหน่งของหัวใจจะเคลื่อนไปทางด้านซ้าย และสูงกว่าปกติเล็กน้อย เนื่องจากมดลูกที่มีขนาดโตขึ้นจะดันกระบังลมให้

ยกขึ้น ส่วนปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจจะมีปริมาณมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตในเส้นเลือดดำส่วนปลายของร่างกายจะเพิ่มขึ้น 2-10 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากการที่มดลูกกดทับเส้นเลือดดำในอุ้งเชิงกราน ทำให้เท้าบวม เกิดริดสีดวงทวาร และเส้นเลือดขอดได้ โดยการที่ปริมาตรเลือดและจำนวนเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นประมาณอย่างช้า ๆ ในขณะที่น้ำโลหิต จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโทคริตลดลง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

3) ระบบการหายใจ (Respiratory System)

การใช้ออกซิเจน (Oxygen Consumption) ขณะตั้งครรภ์จะมีการเพิ่มขึ้นของการใช้ออกซิเจนร้อยละ 20 เพื่อนำไปใช้กับทารกในครรภ์ รก และมดลูก

4) ระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal System)

หลอดอาหาร (Esophagus) ผลจากฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ทำให้แรงบีบของหูรูดหลอดอาหารส่วนล่างลดลง จึงมีการไหลย้อนของกรดในกระเพาะอาหารล้นขึ้นไปที่หลอดอาหาร ทำให้เกิดอาการแสบร้อนยอดอก

กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก (Stomach and Small Intestine) ผลจากฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ทำให้กระเพาะอาหารเคลื่อนไหวช้าลง ใช้ระยะเวลาในการย่อยอาหารนานมากขึ้น ทำให้มีการดูดซึมแร่ธาตุและวิตามินลดลง

ลำไส้ใหญ่ (Large Intestine) ลำไส้ใหญ่มีการเคลื่อนไหวช้าลง ทำให้ดูดซึมน้ำกลับสู่ร่างกายมากขึ้น ทำให้อาจเกิดการท้องผูกและริดสีดวงทวาร

5) ระบบขับถ่ายปัสสาวะ (Urinary System)

กระเพาะปัสสาวะ (Bladder) อุ้งเชิงกรานขยายขนาดไปกดเบียดกระเพาะปัสสาวะ และการเพิ่มอัตราการกรองที่ไตเพิ่มมากขึ้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีอาการปวดปัสสาวะบ่อย

6) ระบบผิวหนัง (Integumentary System)

ผิวหนัง (Skin) การไหลเวียนเลือดบริเวณผิวหนังเพิ่มมากขึ้น กระตุ้นให้ต่อมไขมันและต่อมเหงื่อทำงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกร้อนและมีเหงื่อเพิ่มมากขึ้น

7) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal System)

การสะสมของแคลเซียม (Calcium Storage) การดูดซึมแคลเซียมจากลำไส้ใหญ่เพิ่มมากขึ้น เพื่อสำรองแคลเซียมของมารดา ที่เกิดจากการสูญเสียความหนาแน่นของมวลกระดูกไปให้ทารกในครรภ์

8) ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System)

ฮอโมนจากรก (Human Chorionic Gonadotrophin: HCG) ฮอโมนนี้ถูกขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะ จึงสามารถใช้ในการตรวจสอบการตั้งครรภ์ อีกทั้ง ในช่วงระยะแรกของการตั้งครรภ์ ฮอโมนเอสโตรเจนจากรกส่งผลให้ตับอ่อนหลั่งอินซูลินเพิ่มมากขึ้นเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารก จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์มีอาการคล้ายเบาหวานได้

2.2.1.2 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของสตรีในระยะตั้งครรภ์

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์บางรายมีความรู้สึกหวาดกลัว เครียด และวิตกกังวล โดยเฉพาะสตรีรายที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน จนอาจนำมาซึ่งผลเสียต่อทารก ยกตัวอย่างเช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ เป็นต้น โดยจากการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนตามอายุครรภ์ ดังต่อไปนี้

ระยะไตรมาสแรก (อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์) สตรีตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย ก้ำกึ่งระหว่างความต้องการมีบุตร และความต้องการไม่มีบุตร ตื่นเต้นกับการรับบทบาทในการเป็นมารดา กลัวการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ และการคลอด ทำให้สตรีตั้งครรภ์ปฏิเสธการตั้งครรภ์ ในระยะนี้สตรีตั้งครรภ์จึงต้องการการยืนยันการตั้งครรภ์จากบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนต้องการกำลังใจและการปลอบโยนว่าความรู้สึกลังเลไม่แน่ใจในการตั้งครรภ์ไม่ใช่สิ่งผิดปกติ

ระยะไตรมาสสอง (อายุครรภ์ 13-26 สัปดาห์) สตรีตั้งครรภ์จะเริ่มยอมรับการตั้งครรภ์มากขึ้น รู้สึกตื่นเต้นกับการตั้งครรภ์ เริ่มจินตนาการถึงลักษณะของทารกในครรภ์ และแสวงหาข้อมูลการตั้งครรภ์จากบุคคลรอบข้าง

ระยะไตรมาสสาม (อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 27 สัปดาห์) สตรีตั้งครรภ์เริ่มหวาดกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดมากขึ้น อีกทั้ง เมื่อระยะตั้งครรภ์ใกล้ครบกำหนด สตรีตั้งครรภ์จะมีความไม่สุขสบายต่าง ๆ เพิ่มขึ้น

2.2.1.3 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของสตรีในระยะตั้งครรภ์

การที่สตรีตั้งครรภ์ยอมส่งผลกระทบต่อสมาชิกของครัวเรือน หรือบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับสตรีตั้งครรภ์ ในการปรับตัวหรือเตรียมพร้อมรับมือต่อการดูแลสุขภาพครรภ์และทารกในครรภ์ โดยแต่ละบุคคลมีบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะความสัมพันธ์กับสตรีตั้งครรภ์ ดังต่อไปนี้

สามปี ในระยะไตรมาสแรกในการตั้งครรภ์ของภรรยา (อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์) สามปีจะมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย ระหว่างความภาคภูมิใจกับความวิตกกังวลในบทบาทความรับผิดชอบของครอบครัว เมื่อไตรมาสที่สองในการตั้งครรภ์ของภรรยา (อายุครรภ์ 13-26 สัปดาห์) สามปีจะเริ่มสังเกตและรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของภรรยา และการตื่นของทารก รวมถึงจินตนาการถึงบทบาทในการเป็นบิดามากขึ้น ส่วนไตรมาสที่สามในการตั้งครรภ์ของภรรยา (อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 27 สัปดาห์) สามปีจะมีการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับการคลอด และมีความสนใจในการเตรียมตัวเพื่อการคลอดและการเลี้ยงบุตร

บุตรคนก่อน หากบุตรคนก่อนหน้าอยู่ในช่วงปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) มักจะไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ของมารดา เนื่องจากกลัวการสูญเสียความรักจากบิดามารดา แต่หากบุตรคนก่อนอยู่ในช่วงวัยเรียน (อายุ 6-10 ปี) บุตรจะให้ความสนใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของมารดา ตื่นเต้นและซักถามเกี่ยวกับทารกในครรภ์ ส่วนถ้าบุตรคนก่อนหน้าอยู่ในช่วงวัยรุ่น (อายุ 11-19 ปี) บุตรมักจะไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ และรู้สึกอายที่มารดาตั้งครรภ์ เพราะมีความรู้สึกที่มารดามีอายุมากเกินไปที่จะตั้งครรภ์

ปู่ ย่า ตา ยาย และญาติ จินตนาการเกี่ยวกับทารก รู้สึกชื่นชมยินดี และให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนกิจกรรมการดูแลครรภ์ให้ไปด้วยความปลอดภัย ยกตัวอย่างเช่น การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยอาศัยประสบการณ์ของตนเอง การให้เงินสนับสนุนการฝากครรภ์ รวมไปถึงการช่วยแบ่งเบาภาระงานภายในบ้านเมื่อสตรีตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ เป็นต้น

2.2.1.4 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้าน การเจริญเติบโตของทารก

หลังจากการปฏิสนธิ จะเริ่มมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเซลล์ต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องตามอายุครรภ์ จนทารกในครรภ์ครบกำหนด ซึ่งสามารถแบ่งการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก ออกได้เป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะไตรมาสแรก (อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์) เริ่มมีการสร้างอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ สายสะดือ ปอด ช่องทางเดินอาหาร หัวใจ ระบบประสาทส่วนกลาง นิ้วมือ และต่อมเพศ เป็นต้น

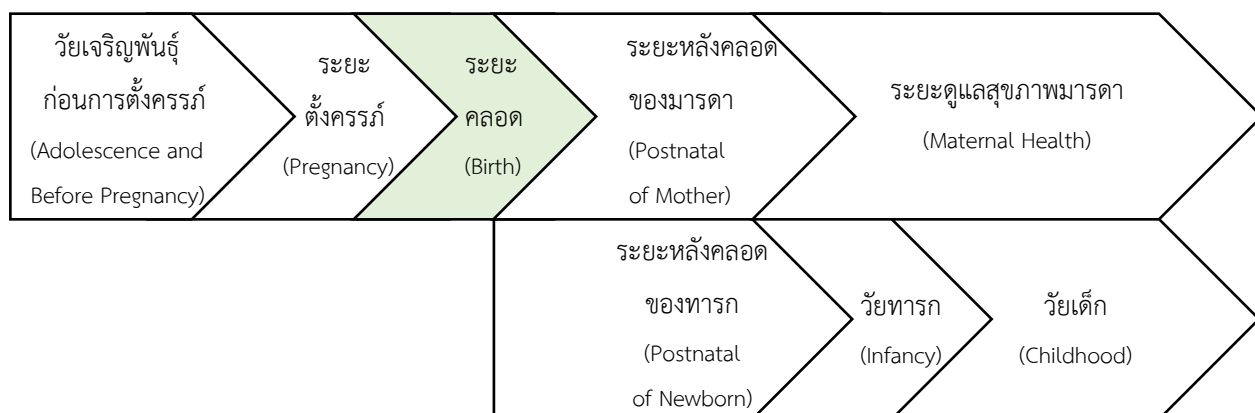
ระยะไตรมาสสอง (อายุครรภ์ 13-26 สัปดาห์) ทารกเริ่มมีการเคลื่อนไหว สามารถฟังเสียงหัวใจของทารกได้จากเครื่องฟังเสียงหัวใจทารก ปอดเริ่มผลิตสารเคลือบปอดเพื่อช่วยในกระบวนการหายใจ

ระยะไตรมาสสาม (อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 27 สัปดาห์) ระบบหายใจพัฒนาเพียงพอที่จะแลกเปลี่ยนก๊าซได้ ลักษณะอวัยวะสืบพันธุ์ชัดเจน ปอดพัฒนาดีขึ้นจนสามารถคลอดและมีชีวิตอยู่ได้

2.2.2 ผลดีของการได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

การฝากครรภ์ ถือเป็นหนึ่งในกระบวนการดูแลสุขภาพด้านอนามัยมารดาและทารก โดยให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสตรีตั้งครรภ์และทารก เพื่อส่งเสริมให้การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นไปด้วยความปลอดภัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น การฝากครรภ์ยังเป็นหนึ่งในขั้นตอนการดูแลอนามัยมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง (Continuum of Care for Maternal, Newborn, and Child Health) ซึ่งหมายถึง แนวทางในการดูแลมารดาและทารกที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลในแต่ละช่วงเวลาต่าง ๆ โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนการตั้งครรภ์ในระลอก่อนการตั้งครรภ์ การได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในระยะตั้งครรภ์ การได้รับการคลอดที่ปลอดภัยในระยะคลอด การได้รับการตรวจหลังคลอดที่มีคุณภาพทั้งมารดาและทารก ตลอดจนการเฝ้าระวัง และส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารก (Kerber et al., 2007) (ดังแสดงในแผนภาพที่ 6) จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558–2559 พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และได้รับการตรวจหลังคลอด มีมากถึงร้อยละ 65.70 ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และได้รับการตรวจหลังคลอด มีเพียงร้อยละ 34.30 เนื่องจากขั้นตอนการดูแลประชากรในช่วงวัยก่อนหน้า มีความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลประชากรในช่วงวัยถัดไปได้้อย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง และมีคุณภาพ

แผนภาพที่ 6 แสดงแนวทางการดูแลอนามัยมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย ข้อมูลจาก Kerber, 2007

สำหรับแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์รายปกติที่ไม่มีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ จำเป็นจะต้องได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ 2) สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง และ 3) สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับการฝากครรภ์จากแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ เนื่องจากเหตุผลสนับสนุน ดังต่อไปนี้

1) ผลดีของการที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

เนื่องจากการเจริญเติบโตและการพัฒนาของเซลล์สมองและระบบประสาทของทารกในครรภ์ เริ่มต้นเมื่อทารกมีอายุเพียง 3-8 สัปดาห์ ทารกจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการเสริมสร้างไอโอดีน (Potassium Iodide) ซึ่งเป็นแร่ธาตุที่สำคัญในการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน อันมีผลต่อการพัฒนาเซลล์สมองและระบบประสาท โดยสตรีตั้งครรภ์ทุกรายจำเป็นที่จะต้องได้รับการเสริมวิตามินธาตุไอโอดีนในขนาดวันละไม่น้อยกว่า 0.15 มิลลิกรัม ตั้งแต่ระยะไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และจะต้องรับประทานต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ ถ้าหากสตรีตั้งครรภ์ได้รับแร่ธาตุไอโอดีนอย่างเพียงพอ ร่างกายจะนำไปสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน และส่งไปยังทารกในครรภ์ผ่านทางรก แต่ถ้าหากสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับแร่ธาตุไอโอดีนอย่างเพียงพอ จะส่งผลให้เซลล์สมองของทารกในครรภ์เสียหาย ทำให้ทารกที่คลอดออกมามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอ๋อ (Congenital Hypothyroidism) ยิ่งไปกว่านั้นหากขาดแร่ธาตุไอโอดีนอย่างรุนแรง อาจนำมาซึ่งความเสี่ยงต่อการแท้งบุตร หรือความพิการแต่กำเนิด ยกตัวอย่างเช่น โรคปากแหว่งเพดานโหว่ และแขนขาพิการแต่กำเนิด เป็นต้น (Glincoer, 2007) สำหรับการเจริญเติบโตและการพัฒนาของระบบอื่น ๆ ในร่างกาย ก็ย่อมจำเป็นที่จะต้องได้รับสารอาหารที่มีความสำคัญและเพียงพอต่อการสร้างเซลล์ต่าง ๆ โดยเฉพาะแร่ธาตุโพแทสเซียม ซึ่งเป็นแร่ธาตุที่ร่างกายไม่สามารถผลิตเองได้ จำเป็นต้องได้รับการรับประทานสารอาหารหรือวิตามินเสริม เพื่อให้ระดับโพแทสเซียมในร่างกายมีความเหมาะสมกับการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารก ซึ่งการรับประทานโพแทสเซียมที่ถูกต้อง ควรรับประทานประมาณ 1-2 เดือนก่อนการตั้งครรภ์ จะสามารถป้องกันความพิการของทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด แต่ในกรณีที่ไม่ได้เตรียมพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ หรือไม่เคยมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน สตรีตั้งครรภ์ทุกรายจำเป็นที่จะต้องได้รับโพแทสเซียมอย่างรวดเร็วในขนาดวันละไม่น้อยกว่า 0.40 มิลลิกรัม ตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และจะต้องรับประทานต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ จากผลการศึกษา พบว่า การรับประทานโพแทสเซียมสามารถลดโอกาสการเกิดโรคความบกพร่องของท่อประสาทในทารกได้มากถึง ร้อยละ 70 (Molloy et al., 2008)

นอกจากสาเหตุความพิการแต่กำเนิดของทารกที่เกิดจากการได้รับสารอาหารและแร่ธาตุอย่างไม่เพียงพอแล้ว ยังพบว่าความผิดปกติอีกส่วนหนึ่งเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ยกตัวอย่างเช่น โรคปากแห้งเพดานโหว่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม เป็นต้น ซึ่งสามารถป้องกัน หรือบรรเทาความรุนแรงได้ หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ซึ่งจำเป็นที่จะต้องเข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

2) ผลดีของการที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง

สตรีตั้งครรภ์รายปกติที่ได้รับการประเมินว่าไม่มีความเสี่ยงขณะครรภ์ จะได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง ซึ่งในแต่ละครั้งของการฝากครรภ์จะได้รับการดูแลตามกระบวนการพื้นฐานที่มีความจำเป็นและมีประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก โดยมีการคัดกรอง หรือประเมินความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในทุกครั้งของการฝากครรภ์ เพื่อที่จะสามารถให้การเฝ้าระวัง และรักษาได้อย่างทันท่วงที อีกทั้ง การฝากครรภ์ยังถือเป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารที่สะดวกและรวดเร็วที่สุดระหว่างผู้ให้บริการ (แพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์) กับผู้รับบริการ (สตรีตั้งครรภ์ และครอบครัว) ในด้านการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น ภาวะโภชนาการที่ดี การออกกำลังกายที่เหมาะสม การพักผ่อนที่เพียงพอ และการรักษาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นต้น (อรัญญา วงศ์พิกุล, สินีนาถ โรจนานุกุลพงศ์, & อัมพรธน์ คำธนะฤทธิ, 2559) ผลจากการที่สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง จะส่งผลให้สตรีได้รับการดูแลที่ไม่ครบถ้วน โดยพลาดการตรวจสำคัญที่พบได้ค่อนข้างบ่อย ได้แก่ การไม่ได้ตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ส่งผลให้บุตรมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง และการไม่ได้ตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ยุพิน ใจแปง, 2561) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และคลอด ยกตัวอย่างเช่น ภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์ การตกเลือดเนื่องจากการบาดเจ็บของช่องคลอด เพราะทารกมีน้ำหนักแรกคลอดสูงกว่าเกณฑ์ (สูงกว่า 4,000 กรัม และมีชีวิต) และภาวะเบาหวานของมารดาในอนาคต เป็นต้น

3) ผลดีของการที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์

ประเทศไทยได้เริ่มมีการนำการผดุงครรภ์เข้ามาใช้ในการดูแลสุขภาพครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์และทารก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2385 ซึ่งอาศัยแนวทางการดูแลจากตำราสูติศาสตร์และการผดุงครรภ์ของมิชชันนารีชาวอเมริกัน โดยกำหนดให้หมอดำแยหรือผดุงครรภ์โบราณ เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลการตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด ทำให้การผดุงครรภ์โดยหมอดำแยเป็นที่นิยมของ

สตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2495 กรมการแพทย์ได้เริ่มมีการจัดตั้งโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดขึ้น 19 แห่งทั่วประเทศ และเพิ่มการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัด ครบทุกจังหวัดทั่วประเทศตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2504 เป็นต้นมา เพื่อให้ประชากรทุกรายที่อาศัยอยู่ในแต่ละจังหวัด สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ แต่ถึงอย่างไรก็ดี ในบางพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล หรือมีอุปสรรคทางด้านการคมนาคม ตลอดจนมีความเชื่อหรือแนวทางปฏิบัติที่จะต้องได้รับการดูแลครรภ์จากผดุงครรภ์โบราณเท่านั้น ก็ยังคงนิยมฝากครรภ์กับหมอดำแย เนื่องจากหมอดำแยมักจะไปให้บริการฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอดที่บ้านของสตรีตั้งครรภ์ได้ในทุกพื้นที่ และทุกช่วงเวลา อีกทั้ง หมอดำแยยังมีความใกล้ชิดกับสตรีตั้งครรภ์ และได้ใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารก ทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกผ่อนคลาย และรู้สึกไม่หวาดกลัวต่อกระบวนการดูแลครรภ์และการคลอด (สุดารัตน์ ธีระวาร, 2547) แต่ทั้งนี้ ยังพบปัญหาส่วนมากที่มักเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกที่ได้รับการฝากครรภ์จากหมอดำแย เนื่องจากหมอดำแยบางรายไม่ได้รับการอบรมทางด้านการผดุงครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการดูแลที่มีแบบแผนอย่างชัดเจน ยิ่งไปกว่านั้น พบว่า ในบางพื้นที่ยังมีแนวทางการดูแลครรภ์และพิธีกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก ยกตัวอย่างเช่น การเหยียบคลายเส้นในสตรีตั้งครรภ์ และการหมูนปรับท่าเด็กในท้องหรือการคัดท้อง เป็นต้น ทำให้สถานการณ์การเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในประเทศไทยในช่วงนั้นยังไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร ด้วยเหตุนี้ จึงส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2500-2509 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ได้มีการเปิดอบรมระยะสั้นทางด้านการผดุงครรภ์สมัยใหม่ พร้อมทั้งจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการผดุงครรภ์ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขให้แก่หมอดำแย และขึ้นทะเบียนให้แก่หมอดำแยที่ผ่านการอบรม ตำบลละ 3 ราย ทั่วประเทศไทย (มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2545) ในช่วงระยะเวลาถัดมา พบว่า จำนวนหมอดำแยลดน้อยลง เนื่องจาก ข้อปฏิบัติในการผดุงครรภ์ที่เคร่งครัดมากขึ้น ประกอบกับการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การแพทย์และสาธารณสุข ทำให้สตรีตั้งครรภ์เลือกที่จะฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมากขึ้น จึงทำให้มีความนิยมในการฝากครรภ์กับหมอดำแยลดน้อยลง ซึ่งมีความสอดคล้องกับอัตราการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในระยะเวลาี้ ที่มีค่าลดต่ำลงตามไปด้วย (อามีนะห์ ดำรงผล, 2549) ยกเว้นในบางพื้นที่ที่ยึดถือธรรมเนียมปฏิบัติจากรุ่นสู่รุ่น ว่าจะต้องฝากครรภ์และทำคลอดจากหมอดำแยเท่านั้น เนื่องจากการคลอดที่บ้านจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามประเพณีและวัฒนธรรม โดยไม่ขัดกับหลักศาสนาที่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวนับถือ สอดคล้องกับผลการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ซึ่งพบว่า สตรีตั้งครรภ์ไม่ถึงร้อยละ 1 ที่ฝากครรภ์กับหมอดำแย โดยเมื่อพิจารณาตามเขตที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหมอ

ตำแยโดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบทคิดเป็นร้อยละ 62.5 มากกว่าเขตเมืองคิดเป็นร้อยละ 37.5 ซึ่งหากพิจารณาตามภูมิภาค พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหมอตำแยโดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคใต้ รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และรองลงมาคือ ภาคเหนือเท่ากับภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 46 ร้อยละ 29 และร้อยละ 12.5 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดหนึ่งในเกณฑ์ของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพว่า สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับการฝากครรภ์จากแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ ซึ่งถือเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพที่ได้รับการรับรองทางการศึกษา และได้รับการฝึกฝนความเชี่ยวชาญทางด้านทักษะที่จำเป็นในการดูแลผดุงครรภ์ (Skilled Birth Attendant) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการฝากครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์รายปกติที่ไม่มีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ โดยให้บริการครอบคลุมตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเสริมภูมิคุ้มกัน และการเสริมวิตามินต่าง ๆ รวมไปถึงการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา และการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมตามมาตรฐานการดูแลการตั้งครรภ์อันเป็นส่วนหนึ่งของอนามัยมารดาและทารก เพื่อส่งเสริมให้การตั้งครรภ์และการคลอดดำเนินไปด้วยปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายมารดาและทารก

จากการสังเคราะห์ผลดีของการได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ผู้วิจัยพบว่า การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมีเป้าหมายในระยะสั้นเพื่อลดอัตราการตายมารดา ลดอัตราการตายทารก ลดจำนวนทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 2,500 กรัม และมีชีวิต) และลดจำนวนทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดสูงกว่าเกณฑ์ (สูงกว่า 4,000 กรัม และมีชีวิต) รวมไปถึงป้องกันความผิดปกติหรือความพิการของทารก ยกตัวอย่างเช่น โรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม โรคความบกพร่องของท่อประสาท โรคปากแหว่งเพดานโหว่ และภาวะขาดออกซิเจนในเด็กแรกเกิด เป็นต้น อันเป็นรากฐานที่สำคัญในการส่งเสริมให้ทารกมีความพร้อมในการได้รับการส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการที่มีความเหมาะสมตามช่วงวัย เพื่อส่งเสริมให้ทารกเจริญเติบโตไปเป็นประชากรที่มีคุณภาพของประเทศ (Carroli, Rooney, Villar, & Epidemiology, 2001) (ดังแสดงในตารางที่ 3)

2.2.3 ผลเสียของการไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลเสียทางด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกหลายประการ ได้แก่ ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ ทารกมีการเจริญเติบโตล่าช้าและมีความพิการ จนท้ายที่สุดนำไปสู่การเสียชีวิตของทารก ซึ่งมีเอกสารและงานการศึกษาหลายชิ้นที่ได้สนับสนุนผลลัพธ์ดังกล่าว ดังต่อไปนี้

1) ผลเสียของการที่สตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของการฝากครรภ์คุณภาพกับน้ำหนักทารกแรกคลอดของทารก พบว่า ปัจจัยทางด้านอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอดของทารกและอัตราการตายทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จารุวรรณ รวีไพบูลย์, 2532) เนื่องจาก การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ จะช่วยวินิจฉัยและให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็วตั้งแต่ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ หรือเมื่อมีอายุครรภ์น้อยกว่า ซึ่งมีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษา หรือป้องกันเมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า ส่งผลให้อัตราตายทารกในสตรีที่ฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์มีค่าต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์หลังจากไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (Olsen, 2017) นอกจากนี้ สตรีตั้งครรภ์ยังได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดตามเกณฑ์ รวมไปถึงมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย

2) ผลเสียของการที่สตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง

จากการศึกษาผลเสียของการไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพต่อการคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 5 ครั้ง มีโอกาสคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ สูงเป็น 1.8 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 5 ครั้ง (ทัสสนี นุชประยูร, 2530) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกอย่างต่อเนื่อง ยิ่งไปกว่านั้น สำหรับการไม่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ยังมีความสัมพันธ์กับความพิการของระบบสมองและระบบประสาท (พอลตา เกตุจิรัฐติกาล, 2543) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ มีโอกาสที่ทารกจะมีความพิการสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (จารุวรรณ รวีไพบูลย์, 2532) เนื่องจาก สตรีตั้งครรภ์อาจขาดการดูแลเฝ้าระวังการดูแลหนึ่งตามกระบวนการฝากครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น การคัดกรองความผิดปกติของพันธุกรรม การรับประทานวิตามินเสริม การเสริมภูมิคุ้มกัน และการกระตุ้นพัฒนาการตามอายุครรภ์ เป็นต้น ส่งผลให้ทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโต ไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมตามอายุครรภ์ และไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงเพื่อให้การรักษาได้อย่างทัน่วงที อันนำมาซึ่งความพิการแต่กำเนิดและการเสียชีวิตของทารก

3) ผลเสียของการที่สตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ และการผดุงครรภ์

จากการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อยู่ในพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์ ที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์จากแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์อันนำไปสู่สาเหตุของการเสียชีวิต สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์จากแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ (Carroli et al., 2001) เนื่องจากแพทย์หรือพยาบาลพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ถือเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพที่ได้รับการรับรองทางด้านการศึกษา และการฝึกฝนความเชี่ยวชาญทางด้านทักษะที่จำเป็นในการดูแลครรภ์ (Skilled Birth Attendant) ทำให้มีความรู้และความสามารถในการให้บริการฝากครรภ์อย่างถูกต้องตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารก

จากการสังเคราะห์ผลเสียของการไม่ได้ฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ผู้วิจัยพบว่า หากสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอาจจะก่อให้เกิดผลเสียต่าง ๆ ตามมามากมาย ซึ่งโดยส่วนใหญ่ มักจะเกิดกับทารกในครรภ์ เพราะทารกในครรภ์อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านทางด้าน การเจริญเติบโตและพัฒนาการ โดยผลเสียที่พบได้ค่อนข้างบ่อยคือ ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 2,500 กรัม และมีชีวิต) รองลงมาคือ ทารกมีความพิการของระบบสมองและระบบประสาท โดยหากมีอาการรุนแรงอาจนำไปสู่การเสียชีวิตของทารกได้ (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างผลดีของการได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ กับผลเสียของการไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

เกณฑ์	ผลดีของการได้รับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์	ผลเสียของการไม่ได้รับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์
1. ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	<ul style="list-style-type: none"> ➢ ป้องกันความพิการแต่กำเนิด ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคปากแหว่งเพดานโหว่ และแขนขาพิการ ➢ ป้องกันโรคเอ๋อ ➢ ป้องกันโรคความบกพร่องของท่อประสาท ➢ ส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก ➢ ป้องกันการแท้งบุตร ➢ ลดการเสียชีวิตของมารดาและทารก 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ เสี่ยงต่อทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ ➢ เสี่ยงต่อการเกิดความล่าช้าทางด้าน การเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารก ➢ เสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารก

เกณฑ์	ผลดีของการได้รับ การฝากครรภ์ตามเกณฑ์	ผลเสียของการไม่ได้รับ การฝากครรภ์ตามเกณฑ์
2. ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> ➢ ป้องกันการเกิดโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงในทารก ➢ ป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของมารดา ➢ ส่งเสริมให้ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดตามเกณฑ์ ➢ ส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก ➢ ป้องกันภาวะตกเลือดของมารดา ➢ ลดการเสียชีวิตของมารดาและทารก 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ เสี่ยงต่อทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ ➢ เสี่ยงต่อความพิการของระบบสมองและระบบประสาทของทารก
3. ฝากครรภ์กับแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์	<ul style="list-style-type: none"> ➢ ป้องกันการแท้งบุตร ➢ ลดการเสียชีวิตของมารดาและทารก 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ เสี่ยงต่อทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำหรือสูงกว่าเกณฑ์ ➢ เสี่ยงต่อทารกมีความพิการแต่กำเนิด ➢ เสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารก

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

2.3 ทฤษฎีและแนวคิดที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

2.3.1 แนวคิดเรื่องทุนมนุษย์

แนวคิดเรื่องทุนมนุษย์ (Human Capital) ถูกนำเสนอครั้งแรกในปี ค.ศ. 1961 โดยนักเศรษฐศาสตร์ชื่อ Theodore W. Schultz โดยได้ให้ความหมายของทุนมนุษย์ ว่าหมายถึงคุณลักษณะอันมีคุณค่าที่มีอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล ทั้งได้รับมาแต่กำเนิด และได้รับการเรียนรู้ (Schultz, 1961) รวมไปถึง สุขภาพที่อยู่ในตัวบุคคล อันได้รับจากการบริการสุขภาพ (Mincer, 1981) เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่พึงปรารถนา และก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและสังคม โดยอาศัยกระบวนการลงทุนในทุนมนุษย์ (Human Capital Investment) อย่างรวดเร็วและเหมาะสมผ่านแนวทางดังนี้ 1) ส่งเสริมระบบการศึกษา เพื่อยกระดับความรู้และศักยภาพในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล 2) ส่งเสริมระบบบริการสุขภาพ เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการนำความรู้และความสามารถไปใช้ในการพัฒนาตนเอง และ

สังคมอย่างเต็มศักยภาพ และ 3) ปรับโครงสร้างตลาดแรงงานให้มีความเหมาะสมต่อการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ (Tamura, 2006) โดยทุนมนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประเภท ได้แก่ 1) ทุนทางปัญญา (Intellectual Capital) หมายถึง ทุนที่เกิดจากศักยภาพส่วนบุคคล หรือความสามารถอันเกิดจากการเรียนรู้และการฝึกฝน ประกอบด้วย ความรู้ความสามารถในการเรียนรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่สะสม 2) ทุนทางสังคม (Social Capital) หมายถึง ทุนที่เกิดจากศักยภาพเกี่ยวกับความสัมพันธ์อันเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ความเข้าอกเข้าใจผู้อื่น และการใช้สังคมร่วมกับผู้อื่น และ 3) ทุนทางอารมณ์ (Emotional Capital) หมายถึง ทุนที่เกิดจากศักยภาพส่วนบุคคลในเชิงอารมณ์ ความรู้สึก และจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ความสามารถในการแสดงความรู้สึก และการควบคุมอารมณ์ (Gratton & Ghoshal, 2003)

เป็นที่ยอมรับกันดีว่า การลงทุนในทุนมนุษย์ (Human Capital) ทำให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถของมนุษย์ให้มีระดับสูงขึ้น เพื่อนำไปสู่การเพิ่มความสามารถในการผลิต และการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากการลงทุนในทุนมนุษย์ก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อสังคมในทางที่เป็นประโยชน์ (Positive Externalities) และสามารถกระทำได้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) ทั้งจากการเรียนรู้แบบเป็นทางการ ซึ่งหมายถึง การเรียนรู้จากการเรียนการสอนในระบบสถาบันการศึกษา หรือระบบโรงเรียน และการเรียนรู้แบบไม่เป็นทางการ ซึ่งหมายถึง การเรียนรู้นอกเหนือจากการเรียนการสอนในระบบ ยกตัวอย่างเช่น การเรียนรู้จากประสบการณ์ หรือการเรียนรู้ตามอัธยาศัย และการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้การลงทุนในทุนมนุษย์ยังสามารถขยายผลประโยชน์ต่อสังคมในวงกว้าง (Spill-over Effects) สอดคล้องกับทฤษฎีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจแนวใหม่ (Endogenous Growth Model) ที่ได้รับแนวคิดมาจากสำนักนีโอคลาสสิก ซึ่งมีแนวคิดว่าการที่จะพัฒนาประเทศให้มีการเจริญเติบโตที่ยั่งยืนในระยะยาวได้นั้น ไม่เพียงแต่มุ่งเน้นการลงทุนไปยังทุนทางด้านกายภาพ (Physical Capital) เท่านั้น แต่ต้องมาจากระบบการภายในซึ่งหมายถึง การพัฒนาทางด้านทุนมนุษย์ (Human Capital) โดยการลงทุนทางการศึกษาควบคู่กับการลงทุนทางด้านสุขภาพ จะก่อให้เกิดผลต่อสังคมในทางที่เป็นประโยชน์อย่างสูงที่สุด (Positive Externalities) (พลภัทร บุราคม, 2555)

จากการสังเคราะห์แนวคิดเรื่องทุนมนุษย์ ผู้วิจัยพบว่า การฝากครรภ์ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในกระบวนการลงทุนในทุนมนุษย์ทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ทารกมีความพร้อมต่อการส่งเสริมการเจริญเติบโต และมีความพร้อมต่อการส่งเสริมพัฒนาการของประชากรในช่วงวัยถัดไป อันมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาประเทศในอนาคต

2.3.2 ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางประชากร

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางประชากร (Theory of Demographic Transition) เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในทวีปยุโรปตะวันตก เนื่องจากนักวิชาการได้สังเกตเห็นว่า ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศต่าง ๆ ในแถบตะวันตกมีการเพิ่มขึ้นและการลดลงผ่านกระบวนการเกิดและการตายที่มีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (Blacker, 1947) (ดังแสดงในแผนภาพที่ 7) ดังต่อไปนี้

ระยะที่หนึ่ง การเปลี่ยนผ่านทางประชากรในช่วงก่อนการปฏิวัติอุตสาหกรรม (Pre-transition Phase) ในระยะนี้อัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรมีความสมดุลกันอยู่ในระดับสูง โดยสาเหตุของการที่อัตราการตายที่อยู่ในระดับสูงเป็นผลมาจากความล่าช้าทางด้าน การพัฒนาความรู้ และวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมไปถึงความขาดแคลนทรัพยากรในการอุปโภคและการบริโภคจากภัยพิบัติและภัยสงคราม ในขณะที่ อัตราการเกิดที่อยู่ในระดับสูงมีสาเหตุมาจากการที่ยังไม่มีการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว ประกอบกับประชากรมีค่านิยมในการมีบุตรจำนวนมาก เพื่อใช้เป็นแรงงานในภาคเกษตรของครัวเรือน และทดแทนการเสียชีวิตของบุตรที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง จึงทำให้อัตราการเพิ่มตามธรรมชาติของประชากรมีลักษณะลดลง และค่อนข้างผันผวน ในระยะนี้ พบว่า อัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ที่ 6 และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรน้อยกว่า 45 ปี

ระยะที่สอง การเปลี่ยนผ่านทางประชากรในช่วงต้นของการปฏิวัติอุตสาหกรรม (Early-transition Phase) ในระยะนี้อัตราการเกิดของประชากรยังคงอยู่ในระดับสูงต่อเนื่องจากระยะก่อนหน้า เนื่องจากยังไม่มี การคุมกำเนิด และการวางแผนครอบครัว ประกอบกับประชากรยังคงมีค่านิยมในการมีบุตรจำนวนมาก ในขณะที่ อัตราการตายเริ่มลดต่ำลง โดยเฉพาะการตายของเด็กทารก เนื่องจากเริ่มมีการพัฒนาความรู้ทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุข จึงทำให้อัตราการเพิ่มตามธรรมชาติของประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนเกิดเป็นปรากฏการณ์การระเบิดทางประชากร (Population Explosion) ในช่วงนี้ อัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ระหว่าง 4.5-6 และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรอยู่ระหว่าง 45-65 ปี

ระยะที่สาม การเปลี่ยนผ่านทางประชากรในช่วงปลายของการปฏิวัติอุตสาหกรรม (Late-transition Phase) ในระยะนี้อัตราการเกิดของประชากรเริ่มลดต่ำลง เนื่องจากเริ่มมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว ตลอดจนเริ่มมีการลดความเหลื่อมล้ำทางเพศโดยการส่งเสริมให้สตรีได้รับโอกาสทางการศึกษา และการประกอบอาชีพนอกครัวเรือน จึงทำให้สตรีเริ่มมีบทบาทในการตัดสินใจเลือกขนาดครอบครัว ในขณะที่ อัตราการตายลดลงอย่างรวดเร็ว

เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ค่านิยมเรื่องการมีบุตรจำนวนมากเพื่อทดแทนการเสียชีวิตของบุตรลดน้อยลง จึงทำให้อัตราการเพิ่มตามธรรมชาติลดลงอย่างรวดเร็ว ในระยะนี้อัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ระหว่าง 3-4.5 และอายุขัยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 55-65 ปี

ระยะที่สี่ การเปลี่ยนผ่านทางประชากรในช่วงหลังการปฏิวัติอุตสาหกรรม (Post-transition Phase) เป็นระยะที่มีการพัฒนาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม ประกอบกับความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีเป็นอย่างมาก ทำให้อัตราการเกิดของประชากรลดต่ำลงจนสมดุลกับอัตราการตาย แต่เป็นการสมดุลกันในระดับต่ำทั้งคู่ จึงทำให้อัตราการเพิ่มตามธรรมชาติของประชากรคงที่ในระดับต่ำ ในช่วงนี้อัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ระหว่าง 3-4.5 และอายุขัยเฉลี่ยมากกว่า 65 ปี

เมื่อระยะเวลาผ่านไป นักวิชาการหลายท่านได้สังเกตเห็นว่า หลายประเทศในทวีปยุโรปได้มีการเปลี่ยนผ่านทางประชากรจนถึงระยะที่สี่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงได้พัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางประชากรให้มีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยนำเสนอทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางประชากรในระยะที่สอง (Second Demographic Transition) ซึ่งได้เพิ่มเติมระยะการเปลี่ยนผ่านทางประชากรเป็น 5 ระยะ โดยอาศัยการวิเคราะห์ลักษณะการแต่งงาน ภาวะเจริญพันธุ์ การคุมกำเนิด และลักษณะวิถีชีวิตของประชากรในทวีปยุโรปควบคู่ไปด้วย (Van de Kaa, 2002) จึงนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงทางประชากรในระยะที่ห้า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

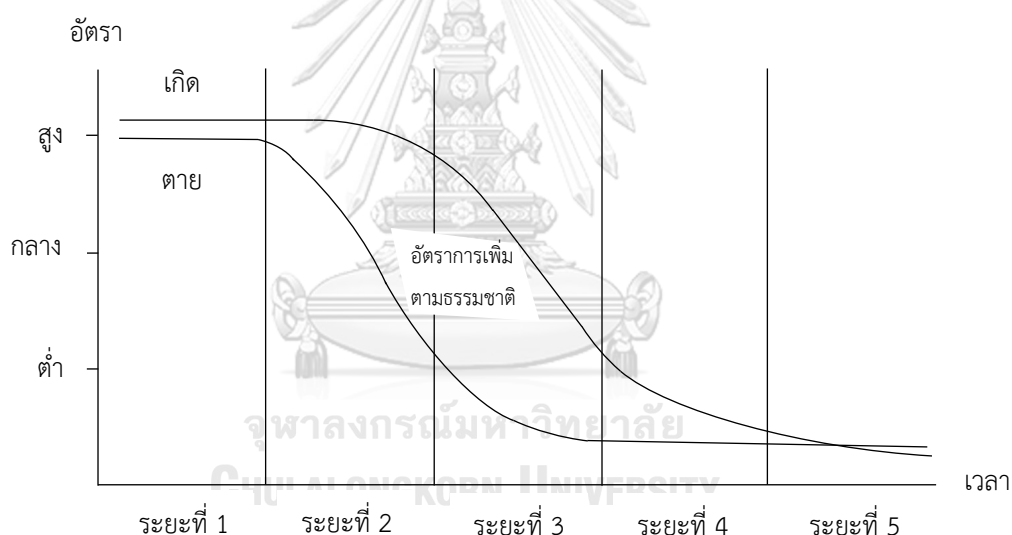
ระยะที่ห้า ในระยะนี้ มีการพัฒนาแนวทางการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดสมัยใหม่ ประชากรมีค่านิยมในการมีครอบครัวขนาดเล็ก สตรีได้รับโอกาสในการศึกษา และการประกอบอาชีพนอกครัวเรือนมากขึ้น ส่งผลให้สตรีมีการเลื่อนอายุสมรส และการอยู่เป็นโสดมากยิ่งขึ้น ต้องการมีครอบครัวขนาดเล็ก ในระยะนี้อัตราการเกิดจึงลดลงต่ำกว่าอัตราตาย ทำให้การเพิ่มตามธรรมชาติของประชากรลดลง

สำหรับข้อจำกัดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางประชากร และทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางประชากรในระยะที่สอง คือ ขาดการพิจารณาถึงระยะเวลาในการเริ่มต้น และระยะเวลาในการสิ้นสุดของแต่ละระยะอย่างชัดเจน อีกทั้ง ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศทั่วโลกมีความแตกต่างกัน ฉะนั้น การเปลี่ยนผ่านทางประชากรของบางประเทศอาจไม่ได้ดำเนินไปตามขั้นตอนของทฤษฎีดังกล่าว

จากการสังเคราะห์ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางประชากร ผู้วิจัยพบว่า ประเทศไทยได้มีการเพิ่มขึ้น และการลดลงผ่านกระบวนการเกิดและการตายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางประชากร โดยเริ่มจากในอดีตประเทศไทยมีอัตราการเกิดและอัตราการตายอยู่ในระดับสูง ถัดมาในระยะต้นของศตวรรษที่ 20 อัตราการตายลดลงก่อน ในขณะที่ อัตราการเกิดยังคงอยู่ใน

ระดับสูง จากนั้นในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2530 อัตราการเกิดของประชากรไทยได้เริ่มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงอยู่ในระดับสูงกว่าอัตราการตาย แต่ในอนาคตอีกไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยอาจเข้าสู่ระยะที่ห้า เนื่องจากอัตราการเกิดเริ่มลดต่ำกว่าอัตราการตาย (กนกวรรณ พวงประยงค์, 2562) ฉะนั้น การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ จึงถือเป็นหนึ่งในกระบวนการที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านทางประชากรในมิติของการเกิด เนื่องจากสถานการณ์การเพิ่มทางประชากรที่ลดลง ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเสียชีวิตขณะคลอดของสตรีตั้งครรภ์และการตายคลอดของทารก ที่เกิดจากการขาดการวางแผนต่อการตั้งครรภ์ ความผิดพลาดของการตั้งครรภ์ และการขาดแคลนบุคลากรหรือความล่าช้าของระบบบริการสาธารณสุข ดังนั้น การส่งเสริมการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจึงมีส่วนช่วยกระตุ้นให้อัตราการเกิดเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มจำนวนของประชากรในประเทศ

แผนภาพที่ 7 แสดงวิวัฒนาการการเปลี่ยนผ่านทางประชากรตามแนวคิดของ C.P. Blacker



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย อ้างถึงใน Blacker, 1947

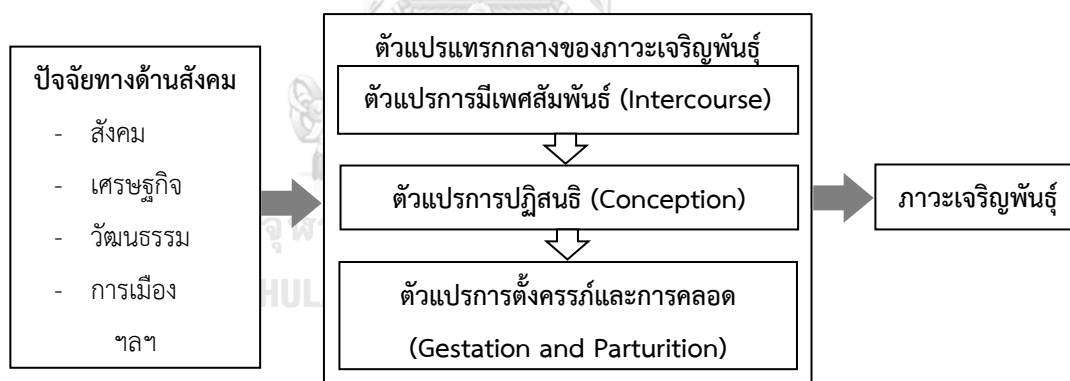
2.3.3 แนวคิดตัวแปรแทรกกลางของภาวะเจริญพันธุ์

ในการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดภาวะเจริญพันธุ์ ในปี ค.ศ. 1956 Kingsley Davis และ Judith Blake ได้เสนอกรอบการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์ โดยได้นำหลักการของการมีบุตรที่เป็นไปตามกระบวนการสืบพันธุ์ที่สมบูรณ์ของมนุษย์ ซึ่งมีลักษณะเป็นขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การมีเพศสัมพันธ์ที่มีการปฏิสนธิเกิดขึ้น จากนั้นทารกจะมีการเจริญเติบโตอยู่ในครรภ์มารดาจนครบกำหนด และคลอดออกมามีสัญญาณชีพของการมีชีวิต มาใช้เป็นเกณฑ์ในการกำหนดเงื่อนไขสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม 11

ตัวแปร ซึ่งถูกเรียกว่า ตัวแปรแทรกกลาง (Intermediate Variables) โดยอยู่ระหว่างปัจจัยทางด้านสังคมและการเจริญพันธุ์ ดังต่อไปนี้ กลุ่มที่ 1) การมีเพศสัมพันธ์ (Intercourse) ประกอบด้วย 6 ตัวแปร ได้แก่ อายุแรกสมรส การอยู่เป็นโสด ระยะเวลาอยู่ร่วมกัน การงดเว้นการร่วมเพศโดยสมัครใจ การงดเว้นการร่วมเพศโดยไม่สมัครใจ และความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มที่ 2) การปฏิสนธิ (Conception) ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ ความไม่สามารถตั้งครรภ์โดยไม่สมัครใจ การคุมกำเนิดและความไม่สามารถตั้งครรภ์โดยสมัครใจ และกลุ่มที่ 3) การตั้งครรภ์และการคลอด (Gestation and Parturition) ประกอบด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ การแท้ง และการทำแท้ง (Davis, Blake, & change, 1956) (ดังแสดงในแผนภาพที่ 8)

จากการสังเคราะห์แนวคิดตัวแปรแทรกกลางของภาวะเจริญพันธุ์ ผู้วิจัยพบว่า การตั้งครรภ์ถือเป็นหนึ่งในตัวแปรที่กำหนดภาวะเจริญพันธุ์ โดยการส่งเสริมการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจะมีส่วนช่วยป้องกันการเสียชีวิตของทารก จากการแท้ง และการตายคลอด อันส่งผลให้กระบวนการของภาวะเจริญพันธุ์ดำเนินไปอย่างสมบูรณ์

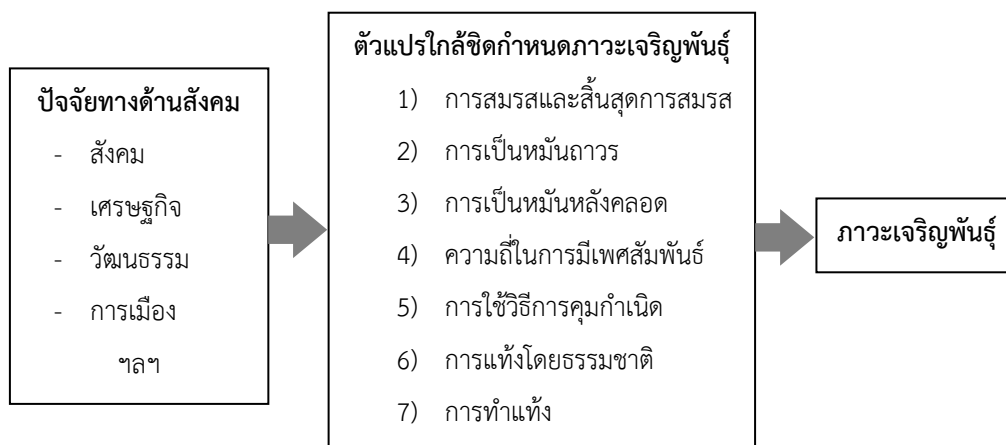
แผนภาพที่ 8 แสดงกรอบแนวคิดภาวะเจริญพันธุ์ของ Kingsley Davis



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย อ้างถึงใน ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2543

ถัดมา John Bongaarts ได้ปรับปรุงแนวคิดของ Kingsley Davis โดยนำเสนอตัวแปรใกล้ชิด 7 ตัวแปร ที่ส่งผลโดยตรงต่อภาวะเจริญพันธุ์ ได้แก่ การสมรสและสิ้นสุดการสมรส การเป็นหมั้นถาวร การเป็นหมั้นหลังคลอด ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ การใช้วิธีการคุมกำเนิด การแท้งโดยธรรมชาติ และการทำแท้ง (Bongaarts & review, 1978) (ดังแสดงในแผนภาพที่ 9)

แผนภาพที่ 9 แสดงกรอบแนวคิดตัวแปรใกล้ขีดภาวะเจริญพันธุ์ของ John Bongaarts



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย อ้างถึงใน Bongaarts, 1978

2.3.4 ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ

ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกนำเสนอครั้งแรกตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 โดย Pender ได้ให้นิยามของพฤติกรรมสุขภาพว่าหมายถึง การกระทำใด ๆ ก็ตาม ภายใต้แนวคิดความเชื่อของบุคคลว่าจะทำให้มีสุขภาพดี ทั้งสิ่งที่สมัครใจจะกระทำ หรือละเว้นจากการกระทำ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) พฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ ยกตัวอย่างเช่น การปฏิบัติหรือการกระทำ และปฏิกิริยาต่าง ๆ เป็นต้น และ 2) พฤติกรรมภายในที่ไม่สามารถมองเห็นได้ ยกตัวอย่างเช่น ความรู้ ความคิด ค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้ และแรงจูงใจ เป็นต้น (Twaddle, 1981) โดยการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมจะมีความแตกต่างกันออกไปตามบริบทโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม แต่มีวัตถุประสงค์เดียวกันคือ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค โดยการส่งเสริมสุขภาพหมายถึง การยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่วนการป้องกันโรค หมายถึง การเฝ้าระวัง หรือป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งได้มีการอธิบายปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยเฉพาะของแต่ละบุคคล หรือปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา และศาสนา เป็นต้น 2) ปัจจัยทางด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการรับรู้อุปสรรคของการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) ปัจจัยด้านผลที่เกิดจากพฤติกรรม

หมายถึง การวางแผนการกระทำตามความชอบหรือความต้องการ (Pender, Murdaugh, Parsons, & Ann, 2006)

จากการสังเคราะห์ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสรุปว่า พฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ หมายถึง การกระทำใด ๆ ก็ตาม ที่สตรีตั้งครรภ์เลือกที่จะกระทำ หรืองดเว้นการกระทำเพื่อให้ตนเอง และทารกในครรภ์มีสุขภาวะที่ดี ทั้งในด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยสตรีตั้งครรภ์มีแนวทางการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพครรภ์ที่แตกต่างกันออกไป ตามลักษณะทางด้านปัจเจกบุคคล เศรษฐกิจและสังคม ความเชื่อ และวัฒนธรรม เป็นต้น

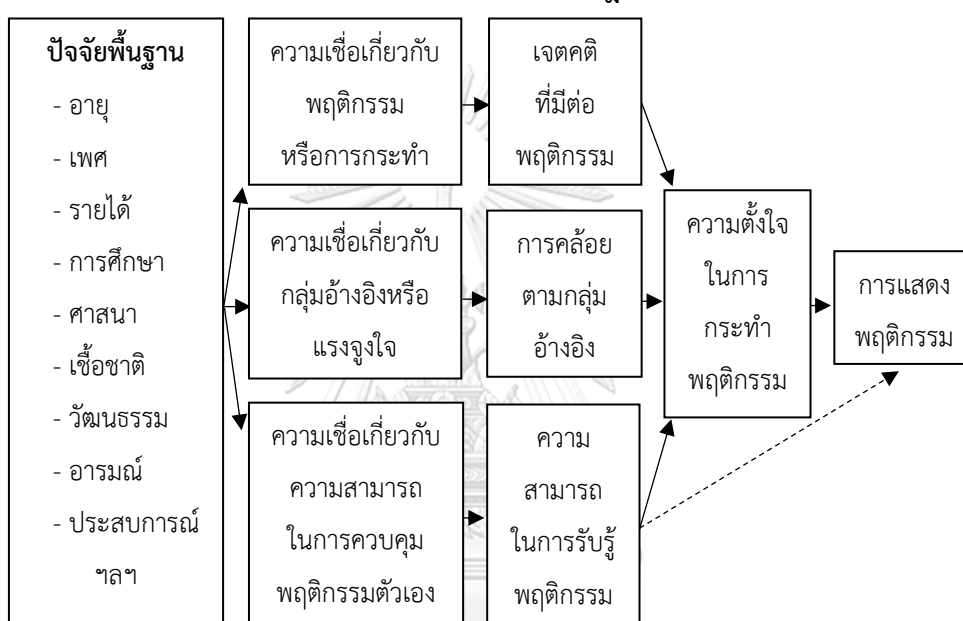
2.3.5 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

Fishbein และ Ajzen ได้นำเสนอทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) โดยได้อธิบายว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งนั้น เป็นผลมาจาก 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตัวเอง (Fishbein & Ajzen, 1975) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ สำหรับตัวแปรความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมระบุว่า หากบุคคลประเมินว่า เมื่อกระทำพฤติกรรมใด ๆ ก็ตามแล้วส่งผลดี จะก่อให้เกิดเจตคติทางบวก และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลประเมินว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมใด ๆ ก็ตามแล้วส่งผลเสีย จะก่อให้เกิดเจตคติทางลบ ซึ่งจะมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ส่วนตัวแปรความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงระบุว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเมื่อรู้สึกคล้อยตามหรือได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง ยกตัวอย่างเช่น ครอบครัว เพื่อนสนิท และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ส่วนตัวแปรความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตัวเองระบุว่า เมื่อบุคคลประเมินว่าสามารถควบคุมผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรมนั้นได้ง่าย จะส่งผลให้บุคคลเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อีกนัยหนึ่ง เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน หรือเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด บุคคลจะแสดงพฤติกรรมโดยผ่านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองโดยตรง ปราศจากซึ่งความตั้งใจ (ดังแสดงในแผนภาพที่ 10)

จากการสังเคราะห์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ผู้วิจัยพบว่า การกระทำพฤติกรรมตามแผน ส่งผลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ดังต่อไปนี้ เมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับความรู้ หรือข้อมูลข่าวสารที่ระบุถึงผลดีหากได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และผลเสียหากไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีเจตคติที่ดีกับการฝากครรภ์คุณภาพ และมีแนวโน้มที่จะฝากครรภ์คุณภาพ ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับแรงจูงใจ หรือการสนับสนุนเรื่องการฝากครรภ์ในด้านต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น ด้านการให้คำปรึกษา ด้านค่าใช้จ่าย ด้านจิตใจ และด้านการช่วยเหลือเกื้อกูลในส่วนอื่น ๆ เป็นต้น

โดยเฉพาะจากสามี และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งถือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ และมีอิทธิพลกับสตรีตั้งครรภ์ จะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกคล้อยตาม และมีแรงจูงใจที่จะเข้ารับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ประกอบกับสตรีตั้งครรภ์ที่ประเมินว่าการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่าย และมีความสะดวก ไม่ยุ่งยาก จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความตั้งใจที่อยากจะฝากครรภ์ อันนำไปสู่พฤติกรรมการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

แผนภาพที่ 10 แสดงกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย อ้างอิงใน Fishbein และ Ajzen, 1975

CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.3.6 แนวคิดทางการเปลี่ยนแปลงพัฒนกิจของสตรีตั้งครรภ์

พัฒนกิจ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือลักษณะการแสดงออกทางพฤติกรรม ที่มีการเกิดขึ้น และมีการเปลี่ยนผ่านตามระยะของพัฒนาการ โดยในระยะตั้งครรภ์ สตรีจะมีขั้นตอนของการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาทั้งหมด 4 ชั้น (Leifer, 2013) ดังต่อไปนี้

พัฒนกิจขั้นที่หนึ่ง การสร้างความมั่นใจ และการยอมรับการตั้งครรภ์ (Pregnancy Validation) โดยในขั้นนี้สตรีตั้งครรภ์จะทดสอบการตั้งครรภ์ ว่ามีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นจริงหรือไม่ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับตนเอง หากผลการทดสอบพบว่าตั้งครรภ์ สตรีจึงจะยอมรับการตั้งครรภ์ และแจ้งแก่ผู้อื่น โดยเฉพาะสามี และบุคคลในครอบครัว

พัฒนาขั้นที่สอง การรับรู้ว่าทารกเป็นส่วนหนึ่งของตน (Fetal Embodiment) โดยในขั้นนี้สตรีตั้งครรภ์จะงดการกระทำที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น การงดกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย การงดเดินทางไกล เป็นต้น ควบคู่กับการส่งเสริมการกระทำที่ก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อทารกในครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ และการออกกำลังกายเบา ๆ เป็นต้น นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ยังมีความรู้สึกพึ่งพาสามี และสนใจทารกมากขึ้น

พัฒนาขั้นที่สาม การยอมรับว่าทารกในครรภ์มีบุคลิกแตกต่างจากตน (Fetal Distinction) โดยในขั้นนี้สตรีตั้งครรภ์จะเริ่มเตรียมเสื้อผ้าสำหรับทารก ชักจูงให้สามีสนใจทารก รู้สึกปลอดภัยมากยิ่งขึ้น และมีการทบทวนสัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับมารดาทั้งในอดีตและปัจจุบัน

พัฒนาขั้นที่สี่ การเปลี่ยนบทบาทในการเป็นมารดา (Role Transition) โดยในขั้นนี้สตรีตั้งครรภ์จะเริ่มคาดหวัง และเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดา มีการจัดเตรียมสิ่งของภายในบ้าน รวมถึงการเตรียมสมาชิกในครัวเรือนให้มีความพร้อมในการต้อนรับบุตรที่กำลังจะคลอด

จากการสังเคราะห์แนวคิดด้านการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการของสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยพบว่า การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ในมิติของการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ จะมีส่วนช่วยให้สตรีตั้งครรภ์บรรลุพัฒนาขั้นที่หนึ่ง เนื่องจากสตรีจะได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์จากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนในพัฒนาขั้นถัดมา พบว่า สามี และสมาชิกในครอบครัว จะมีส่วนช่วยให้สตรีตั้งครรภ์บรรลุพัฒนาขั้นที่สอง เนื่องจากสตรีจะรู้สึกปลอดภัย และพึ่งพาคู่คนที่อยู่ใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น โดยเมื่อสตรีตั้งครรภ์บรรลุพัฒนาขั้น จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เปลี่ยนบทบาทเป็นมารดาและแสวงหาแนวทางในการดูแลทารกในครรภ์อย่างมีคุณภาพ

2.3.7 แนวคิดทางด้านสวัสดิการสังคม

ในการส่งเสริมให้ประชาชนมีมาตรฐานความเป็นอยู่ขั้นพื้นฐานที่มั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผ่านการใช้แนวทางการพัฒนาต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยนโยบายควบคู่กับการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อสร้างระบบบริการสังคมอย่างครอบคลุม

สวัสดิการทางสังคม (Social Welfare) หมายถึง โครงสร้าง ระบบ ระเบียบ นโยบาย การบริการ และการดำเนินการต่าง ๆ อันมีประโยชน์และมีความสอดคล้องกับความต้องการของประชากรในสังคม (Friedlander & Apte, 1980) โดยอาศัยความร่วมมือจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อมุ่งป้องกัน แก้ไข ขจัดภาวะที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ของประชาชน และทำให้ประชาชนสามารถขยายความช่วยเหลือไปสู่ผู้อื่นในสังคมเดียวกันได้ (Turner, 1974) โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่ประชาชนพึงจะได้รับ สำหรับประเทศไทยหน่วยงานที่มีบทบาทในการจัดสวัสดิการทางสังคม คือ คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสังคมแห่งชาติ ได้มีการกำหนด

ขอบเขตของงานสวัสดิการสังคมไว้ 7 ด้าน ดังต่อไปนี้ 1) การศึกษา 2) สุขภาพอนามัย 3) การประกันรายได้ 4) ที่อยู่อาศัย 5) ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน และความมั่นคงทางสังคม 6) นันทนาการ และ 7) บริการสังคมปัจเจกบุคคล (พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม, 2546)

สำหรับเรื่องการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ จัดอยู่ในสวัสดิการทางด้านสุขภาพ ว่าด้วยเรื่องของการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยในระยะเวลาที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งโครงการและสวัสดิการต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ ดังต่อไปนี้

1. “สวัสดิการฝากครรภ์ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ” ถูกจัดตั้งโครงการในปีพ.ศ. 2556 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการฝากครรภ์อย่างเท่าเทียม ผ่านการสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ทุกสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งบูรณาการในระบบเบิกจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทางด้านการประเมินบริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการขั้นพื้นฐาน ซึ่งสามารถใช้ได้กับทุกสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 ระบบ ดังต่อไปนี้ 1) สิทธิประกันสุขภาพ (บัตรทอง หรือ 30 บาท) หมายถึง สิทธิสวัสดิการขั้นพื้นฐานของประชาชน สำหรับประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในสิทธิของข้าราชการและสิทธิประกันสังคม 2) สิทธิข้าราชการ หมายถึง สิทธิสวัสดิการสำหรับข้าราชการ และผู้อาศัยสิทธิของข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ หรือรัฐวิสาหกิจ และ 3) สิทธิประกันสังคมหรือกองทุนเงินทดแทน หมายถึง สิทธิสวัสดิการของลูกจ้างภาคเอกชน ซึ่งภาครัฐได้ดำเนินการลดปัญหาด้านความซ้ำซ้อนของสิทธิ โดยกำหนดให้ประชากรแต่ละรายสามารถมีสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจได้สูงสุดเพียง 1 สิทธิการรักษาเท่านั้น (สิทธิการรักษาพยาบาลข้างต้นไม่รวมถึงสิทธิสวัสดิการจากระบบประกันสุขภาพของภาคเอกชน)

จากผลการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 พบว่า ประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15-49 ปี ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลระบบใดระบบหนึ่งจาก 3 ระบบ ได้แก่ 1) สิทธิประกันสุขภาพ (บัตรทอง หรือ 30 บาท) 2) สิทธิข้าราชการ และ 3) สิทธิประกันสังคมหรือกองทุนเงินทดแทน จากรัฐวิสาหกิจมากถึงร้อยละ 96.45 ในขณะที่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบใดเลยจากรัฐวิสาหกิจเพียงร้อยละ 3.55 เมื่อพิจารณาสิทธิการรักษาพยาบาลในการฝากครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ โดยส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลระบบสิทธิประกันสุขภาพ (บัตรทอง หรือ 30 บาท) รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม หรือกองทุนเงินทดแทน รองลงมาคือ สิทธิข้าราชการ หรือข้าราชการบำนาญ หรือรัฐวิสาหกิจ และน้อยที่สุดคือ ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลใน

ระบบไตเลยจากรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 71.60 ร้อยละ 20.76 ร้อยละ 4.25 และร้อยละ 3.39 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) เนื่องจาก สิทธิหลักประกันสุขภาพถือเป็นสิทธิที่ประชากรไทยทุกรายพึงที่จะได้รับตามกฎหมาย เพื่อส่งเสริมให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะการกำหนดให้สิทธิประโยชน์ของการฝากครรภ์ถือเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ ซึ่งมีส่วนช่วยในการลดภาระเรื่องค่าใช้จ่ายทางตรงที่มาจากกระบวนการฝากครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์มากยิ่งขึ้น

2. “โครงการสาวไทยแถมแดงมีลูกเพื่อชาติ” ถูกจัดตั้งโครงการในปีพ.ศ. 2559 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้สตรีวัยเจริญพันธุ์เข้าถึงภาวะโภชนาการที่ดี รวมไปถึงวิตามินธาตุเหล็ก และโฟลิกอย่างน้อย 12 สัปดาห์ก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้สตรีมีความพร้อม มีความตั้งใจ และมีการวางแผนที่จะมีบุตร อันมีความสำคัญต่อน้ำหนักของทารกแรกคลอดตามเกณฑ์มาตรฐาน และการพัฒนาของเซลล์สมองและระบบประสาทของทารก อีกทั้ง ยังมีส่วนช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการตกเลือด และป้องกันภาวะโลหิตจาง

3. “โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต” ถูกจัดตั้งโครงการในปีพ.ศ. 2560 โดยมุ่งเน้นความสำคัญตั้งแต่สตรีตั้งครรภ์เริ่มมีการปฏิสนธิจนกระทั่งทารกคลอดออกมามีอายุครบ 2 ปี เนื่องจากระยะดังกล่าวเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาเซลล์สมอง ระบบประสาท และการสร้างอวัยวะต่าง ๆ ทั้งระบบภูมิคุ้มกัน ระบบเผาผลาญสารอาหาร และระบบทางเดินอาหาร สำหรับในช่วงของการตั้งครรภ์จะมุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค โดยการพัฒนาคุณภาพคลินิกฝากครรภ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ อันประกอบไปด้วย การส่งเสริมการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ การเฝ้าระวังและติดตามการเจริญเติบโตของทารก การประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ การตรวจช่องปาก และการให้คำแนะนำด้านต่าง ๆ แก่สตรีตั้งครรภ์ ดังต่อไปนี้ ภาวะโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การพักผ่อนนอนหลับ การดูแลสุขภาพช่องปาก อุบัติเหตุที่ควรระวัง การใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) รวมไปถึงการให้วิตามินเสริม และการสร้างภูมิคุ้มกัน

4. “โครงการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน” ถูกจัดตั้งโครงการในปีพ.ศ. 2552 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมีการจัดตั้งโครงการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS) ทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 875 แห่งทั่วประเทศ เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นและเยาวชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก ทัวถึง ตลอดจนมีแรงจูงใจและการสนับสนุนที่ดี ซึ่งมีแนวทางป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3 แนวทาง ได้แก่ 1) การป้องกันระดับ

ปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันก่อนเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
 2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการวินิจฉัยและให้การรักษาเพื่อป้องกัน
 ภาวะแทรกซ้อนขณะสตรีวัยรุ่นกำลังตั้งครรภ์ และ 3) การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary
 Prevention) เป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังคลอด
 ให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว จากผลการสำรวจการรับรู้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและ
 เยาวชน พบว่า วัยรุ่นและเยาวชนที่ไม่รู้จักบริการสุขภาพดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 44 เนื่องจากการ
 รณรงค์ในการเพิ่มการรับรู้ข้อมูลของการบริการยังไม่ทั่วถึง ตลอดจนความไม่เพียงพอในด้านการมี
 ส่วนร่วมของวัยรุ่นและเยาวชนที่มีต่อกระบวนการบริการ (กรมอนามัย, 2562)

5. “โครงการส่งเสริมการป้องกันโรคของมารดาและทารกด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และ
 เด็ก” ถูกจัดตั้งโครงการในปีพ.ศ. 2528 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราตายมารดาและทารก
 โดยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ในครั้งแรก จากสถานบริการสุขภาพของภาครัฐ
 ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Handbook: MCHH) หรือที่
 เรียกว่า “สมุดชมพู” ซึ่งจะมีเนื้อหาครอบคลุมตั้งแต่สตรีตั้งครรภ์ จนกระทั่งทารกมีอายุครบ 5 ปี
 โดยองค์ประกอบของสมุดจะถูกแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ช่วงการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ประวัติ
 ส่วนตัวของสตรีตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ความเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ การบันทึกการ
 ตรวจครรภ์ การนับลูกดิ้น การนัดตรวจครรภ์ในครั้งต่อไป และการบันทึกการคลอด 2) ช่วงการ
 เจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก ประกอบด้วย การบันทึกการเจริญเติบโตและพัฒนาการของ
 ทารกในแต่ละช่วงวัย และ 3) การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว ประกอบด้วย ข้อปฏิบัติของสตรีในระยะ
 ตั้งครรภ์ และการประเมินพัฒนาการของทารกในครรภ์ตามช่วงวัย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
 แห่งชาติ, 2561) โดยจะมีการปรับปรุงเนื้อหาของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กทุกปี เพื่อให้สอดคล้อง
 กับบริบทของประเทศไทยในระยเวลานั้น ส่วนสถานบริการสุขภาพของภาคเอกชนบางแห่ง ได้มีการ
 ปรับเปลี่ยนรูปแบบของสมุดบันทึกสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป ยกตัวอย่างเช่น การจัดเก็บในระบบ
 ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล เอกสาร/คู่มือการให้วัคซีน ระบบสแกนรหัสคิวอาร์ (Quick Response
 Code: QR Code) เป็นต้น เนื่องจาก การบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกสุขภาพมีความยุ่งยาก และไม่
 สะดวกต่อการพกพา

จากโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 พบว่า สตรี
 ตั้งครรภ์ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพมากถึงร้อยละ 84.66 ในขณะที่ไม่ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพเพียงร้อย
 ละ 15.34 โดยสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพจะได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ
 เนื่องจากผลการสำรวจการอ่านสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของสตรีตั้งครรภ์ตัวอย่างที่เข้ารับการ

ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกมากเป็น 2.5 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพ (Atthakorn & Saksiriwuttho, 2019)

จากการสังเคราะห์ ผู้วิจัยพบว่า สวัสดิการหรือโครงการที่มีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยในระยะเวลาที่ผ่านมา สามารถตอบสนองต่อปัญหาการไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในด้านต่าง ๆ ได้อย่างครอบคลุม ยกตัวอย่างเช่น ด้านค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการฝากครรภ์ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝากครรภ์ ด้านการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ตรงตามเกณฑ์ ด้านการส่งเสริมให้ทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมวัย ตลอดจนด้านการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นต้น แต่สำหรับบางสวัสดิการหรือบางโครงการ พบว่า ยังมีข้อจำกัดอยู่บางประการ ยกตัวอย่างเช่น การขาดการพิจารณาค่าใช้จ่ายแฝงที่ใช้ในการฝากครรภ์ การขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้และเข้าใจถึงผลประโยชน์ของสวัสดิการ หรือโครงการที่พึงจะได้รับตามกฎหมายอย่างทั่วถึง เป็นต้น ซึ่งหากแนวทางของสวัสดิการหรือโครงการได้รับการพัฒนาอย่างครอบคลุมและครบถ้วนมากยิ่งขึ้น จะมีส่วนสำคัญที่ทำให้สถานการณ์การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

2.3.8 แนวคิดความเหลื่อมล้ำทางด้านสาธารณสุขเชิงพื้นที่

ความเหลื่อมล้ำทางด้านสาธารณสุข หมายถึง ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข อันประกอบด้วย โรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ทรัพยากรหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ สวัสดิการทางการรักษาพยาบาล อาหารและยา รวมไปถึงกิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกัน การรักษา การบำบัดฟื้นฟูโรค และการส่งเสริมสุขภาพะ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของประชากร อันมีสาเหตุมาจากการพัฒนาที่ขาดความสมดุล หรือการพัฒนาที่มีการกระจุกตัวอยู่ในเฉพาะบางส่วน ส่งผลให้กลุ่มประชากรที่มีลักษณะทางสังคมที่แตกต่างกันในด้านต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น ระดับการศึกษา รายได้ และพื้นที่อยู่อาศัย เป็นต้น ไม่สามารถเข้าถึงผลประโยชน์ของทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขจากการพัฒนาได้อย่างเท่าเทียม

ในปัจจุบันประเทศไทยยังเผชิญกับปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสาธารณสุขเชิงพื้นที่ ทั้งในด้านปริมาณ และด้านคุณภาพ เพราะถึงแม้ว่าในปี พ.ศ. 2551 กระทรวงสาธารณสุขจะพยายามขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพให้มีความครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยได้มีการยกระดับสถานีอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีขีดความสามารถในการให้บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) จำนวนทั้งสิ้น 9,806 แห่งทั่วประเทศ ทำให้ประชากรสามารถเข้าถึงการ

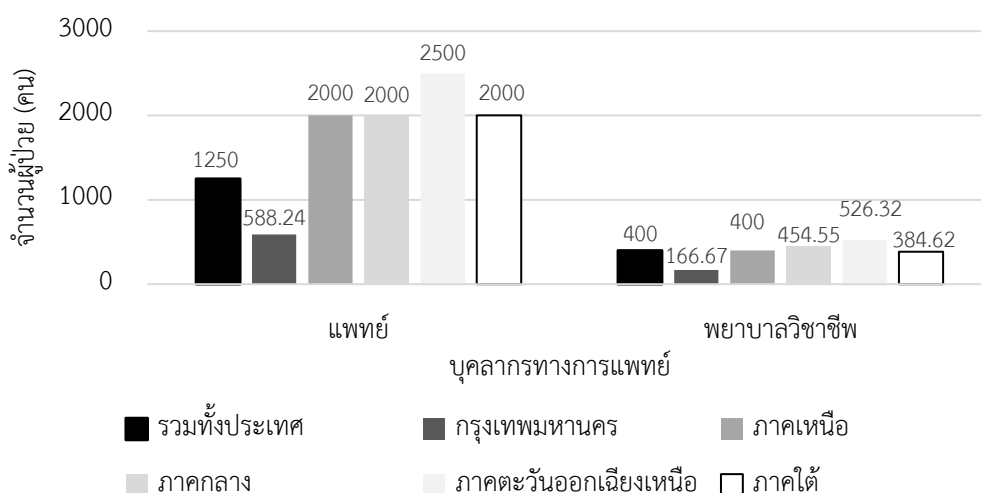
บริการสุขภาพที่จำเป็นในหน่วยบริการที่ใกล้บ้าน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพ และลดปริมาณผู้ป่วยที่ไปรับบริการจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ถึงอย่างไรก็ดี ยังพบว่า การบริการระดับปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ ได้แก่ ข้อจำกัดในการตรวจ หรือวินิจฉัยโรค อันเนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ และการขาดแคลนเครื่องมือการตรวจโรค ยกตัวอย่างเช่น เครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) เครื่องตรวจอวัยวะด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) อุปกรณ์สำหรับตรวจโรคทางพันธุกรรม (DNA Analysis) รวมไปถึงรถพยาบาล (Ambulance) เป็นต้น ทำให้เกิดข้อจำกัดในการรักษาโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และเกิดปัญหาการขาดความต่อเนื่องในส่งต่อผู้ป่วย หรือการประสานงานไปยังโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นที่ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง ส่งผลให้ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทเข้าถึงทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพน้อยกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง สอดคล้องกับผลการศึกษาของการฝากครรภ์ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการบริการทางด้านสาธารณสุข พบว่ามีความเหลื่อมล้ำในเชิงพื้นที่ ดังต่อไปนี้ จากผลการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง และมากกว่ากรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 51.93 ร้อยละ 41.65 และร้อยละ 6.42 ตามลำดับ โดยเหตุผลหลักในการไม่ฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร คือ ต้องประกอบอาชีพ ไม่สามารถลางานเพื่อไปฝากครรภ์ได้ ส่วนเหตุผลหลักในการไม่ฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท คือ อุปสรรคในการเดินทางไกลเพื่อไปฝากครรภ์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

2.3.8.1 แนวคิดเรื่องความเหลื่อมล้ำทางด้านอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์เชิงพื้นที่

จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2561 เมื่อศึกษาอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ ต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลของภาครัฐ โดยวิเคราะห์ในระดับประเทศ พบว่า แพทย์หนึ่งรายรองรับผู้ป่วยจำนวน 1,250 คน แต่เมื่อวิเคราะห์แยกตามรายภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร พบว่า แพทย์หนึ่งรายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือรองรับผู้ป่วยจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือ เท่ากับภาคกลาง และเท่ากับภาคใต้ และน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร คิดเป็นจำนวน 2,500 คน จำนวน 2,000 คน และจำนวน 588.24 คน สอดคล้องกับผลการศึกษาอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วย โดยเมื่อวิเคราะห์ในระดับประเทศ พบว่า พยาบาลวิชาชีพหนึ่งรายรองรับผู้ป่วยจำนวน 400 คน แต่เมื่อ

วิเคราะห์แยกตามรายภาคและกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลวิชาชีพหนึ่งรายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือรองรับผู้ป่วยจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง รองลงมาคือภาคเหนือ รองลงมาคือภาคใต้ และน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร คิดเป็นจำนวน 526.32 คน จำนวน 454.55 คน จำนวน 400 คน จำนวน 384.62 คน และจำนวน 166.67คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2561) (ดังแสดงในแผนภาพที่ 12) ผลของความเหลื่อมล้ำทางด้านอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ มีเหตุผลสนับสนุนหลายประการ ประการแรกคือ การไหลออกของบุคลากรทางการแพทย์ของภาครัฐไปยังภาคเอกชนด้วยเหตุผลจูงใจทางด้านค่าจ้างที่เพิ่มขึ้น และภาระงานที่น้อยลง ทำให้จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังคงเหลืออยู่ในภาครัฐลดลง ประการที่สองคือ การที่ปริมาณของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ส่วนที่ยังคงเหลืออยู่ในภาครัฐรองรับผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น ส่วนประการสุดท้าย คือ การกระจายตัวของสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐ ที่ไม่กระจายตัวไปในแต่ละพื้นที่อย่างทั่วถึง ทำให้อัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ต่อจำนวนผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า อัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่าในพื้นที่อื่น ๆ ประมาณ 4 เท่า ซึ่งแน่นอนว่าปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ที่มีอัตรากำลังสูง มีความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้น และย่อมกระทบต่อคุณภาพของการบริการที่แยลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แผนภาพที่ 11 แสดงอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์หนึ่งรายต่อจำนวนผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ จำแนกตามภูมิภาค ปี พ.ศ. 2561



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2561

2.3.8.2 แนวคิดเรื่องความเหลื่อมล้ำทางด้านโรงพยาบาลเชิงพื้นที่

สำหรับการจัดประเภทของโรงพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดประเภทของโรงพยาบาลในหน่วยงานสาธารณสุขตามขนาด และจำนวนเตียง ออกเป็น 3 ประเภท 6 ขนาด (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) (ดังแสดงในแผนภาพที่ 12) ได้แก่

1. โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับอำเภอ ที่มีขนาดเตียงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 180 เตียง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ขนาด ได้แก่

1.1 โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (First-level Hospital 3: F3) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเตียงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งไม่มีความจำเป็นต้องทำหัตถการ และไม่มีการจัดบริการผู้ป่วยที่เต็มรูปแบบ

1.2 โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (First-level Hospital 2: F2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเตียง 11-90 เตียง ซึ่งมีแพทย์เวชปฏิบัติ ที่จัดบริการผู้ป่วยอย่างเต็มรูปแบบ แต่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

1.3 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (First-level Hospital 1: F1) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเตียง 91-120 เตียง ซึ่งมีแพทย์เวชปฏิบัติ และแพทย์เฉพาะทางบางสาขา ใน 6 สาขาหลัก ประกอบด้วย อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูตินรีเวชวิทยา กุมารเวชศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญี

1.4 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่พิเศษ (Mid-level Hospital 2: M2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเตียง 121-180 เตียง ซึ่งมีแพทย์เวชปฏิบัติ และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก ตามที่ได้กล่าวไปในข้างต้น

2. โรงพยาบาลทั่วไป หมายถึง โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายหลักในการบริการระดับจังหวัด ที่มีขนาดเตียง 181-500 เตียง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ขนาด ได้แก่

2.1 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (Mid-level Hospital 1: M1) หมายถึง โรงพยาบาลที่รับและส่งต่อผู้ป่วยในระดับกลาง ที่มีขนาดเตียง 181-300 เตียง ซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักครบทุกสาขา และแพทย์สาขารองบางสาขาที่มีความจำเป็น

2.2 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (Standard-level Hospital: S) หมายถึง โรงพยาบาลหลักของเครือข่ายจังหวัด รองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่มีความซับซ้อนมากขึ้น มีขนาดเตียง 301-500 เตียง ซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักครบทุกสาขา และแพทย์สาขารองบางสาขาที่มีความจำเป็น

3. **โรงพยาบาลศูนย์** (Advance Hospital: A) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถในการรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัด มีขนาดเตียงมากกว่า 500 เตียง ซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญครบทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยที่มีความจำเป็น ประกอบกับการมีเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับกับการรักษาที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน

แผนภาพที่ 12 แสดงการแบ่งประเภทของโรงพยาบาลตามขนาดเตียง



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข, 2555

หากพิจารณาเชิงพื้นที่ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ได้จำแนกเขตการปกครองตามการสำมะโนและการสำรวจ โดยแบ่งออกเป็น 4 ภาค ได้แก่ 1) ภาคเหนือ 2) ภาคกลาง 3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 4) ภาคใต้ และ 2 เขตการปกครอง ได้แก่ 1) ในเขตเทศบาล หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล ซึ่งผู้วิจัยตีความได้ว่าเป็น “เขตเมือง” และ 2) นอกเขตเทศบาล หมายถึง เขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งผู้วิจัยตีความได้ว่าเป็น “เขตชนบท” ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้แยกกรุงเทพมหานคร ออกจากพื้นที่อื่น ๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2553) เนื่องจาก กรุงเทพมหานครมีรูปแบบการปกครองที่มีความพิเศษแตกต่างจากจังหวัดอื่น ๆ ของประเทศ กล่าวคือ กรุงเทพมหานครมีบทบาทและความสำคัญทั้งในฐานะเป็นเมืองหลวงของประเทศเทศ อีกทั้ง ยังมีรูปแบบการบริหารแบบระบบชั้นเดียว ทำให้ผู้วิจัยแบ่งพื้นที่ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ออกเป็น 15 พื้นที่ ได้แก่ 1) เขตเมือง 2) เขตชนบท 3) ภาคเหนือ 4) ภาคกลาง 5) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6) ภาคใต้ 7) เขตเมืองในภาคเหนือ 8) เขตเมืองในภาคกลาง 9) เขตเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 10) เขตเมืองในภาคใต้ 11) เขตชนบทในภาคเหนือ 12) เขตชนบทในภาคกลาง 13) เขตชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 14) เขตชนบทในภาคใต้ และ 15) กรุงเทพมหานคร

จากผลการรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2561 ซึ่งได้จำแนกประเภทของโรงพยาบาลเขตที่อยู่อาศัย พบว่า โรงพยาบาลชุมชนโดยส่วนใหญ่ ตั้งอยู่ในเขตชนบทมากถึงร้อยละ 60.21 ในขณะที่ โรงพยาบาลที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ แพทย์เฉพาะทางสาขาหลักและสาขาย่อย รวมไปถึงเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ โดยส่วนใหญ่กลับตั้งอยู่ในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 91.67 และร้อยละ 98.08 ตามลำดับ ยิ่งไปกว่านั้น โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นโรงพยาบาลทางเลือกให้ผู้รับบริการมีความสะดวกสบายในการรับบริการมากขึ้น ทั้งในด้านของระยะเวลาในการรอรับการรักษารับบริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่มีความทันสมัย และความเพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐวิสาหกิจ โดยพบว่าโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 97.79 (ดังแสดงในตารางที่ 4)

หากพิจารณาประเภทของโรงพยาบาลจำแนกตามภาค พบว่า โรงพยาบาลชุมชนโดยส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคกลาง รองลงมาคือภาคใต้ รองลงมาคือภาคเหนือ และน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 36.22 ร้อยละ 31.27 ร้อยละ 16.99 ร้อยละ 13.61 และร้อยละ 1.91 ตามลำดับ ในขณะที่ โรงพยาบาลทั่วไป โดยส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในภาคกลาง รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคใต้ รองลงมาคือภาคเหนือ และน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 44.23 ร้อยละ 25.00 ร้อยละ 12.50 ร้อยละ 10.58 และร้อยละ 7.69 ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลศูนย์ โดยส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในภาคกลาง รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับกรุงเทพมหานคร และรองลงมาคือภาคเหนือเท่ากับภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 32.30 ร้อยละ 20.00 และร้อยละ 13.85 ตามลำดับ และสำหรับโรงพยาบาลเอกชน พบว่า โดยส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร รองลงมาคือภาคกลาง รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคใต้ และน้อยที่สุดคือภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 37.22 ร้อยละ 36.39 เท่ากับร้อยละ 11.67 และร้อยละ 8.61 เท่ากับร้อยละ 6.11 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 5)

หากพิจารณาประเภทของโรงพยาบาลจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) พบว่า มีความเหลื่อมล้ำทางการกระจายตัวของโรงพยาบาลในเขตที่อยู่อาศัยของแต่ละภาค โดยโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ของทุกภาคตั้งอยู่ในเขตชนบท ยกตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ตั้งอยู่ในเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 62.25 มากกว่าในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 37.75 ส่วนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชน โดยส่วนใหญ่ของทุกภาคตั้งอยู่ในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท ยกตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ตั้งอยู่ในเขตเมือง

คิดเป็นร้อยละ 92.31 มากกว่าเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 7.69 ส่วนโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ตั้งอยู่ในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 100.00 และโรงพยาบาลเอกชนในภาคใต้ตั้งอยู่ในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 96.77 มากกว่าเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 3.23 หากพิจารณาทางด้านความเหลื่อมล้ำระหว่างเขตชนบทและเขตเมืองจำแนกตามภูมิภาค พบว่า ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความเหลื่อมล้ำของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ระหว่างเขตชนบทและเขตเมืองมากที่สุด สำหรับภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง มีความเหลื่อมล้ำของโรงพยาบาลศูนย์ ระหว่างเขตชนบทและเขตเมืองมากที่สุด ในขณะที่ภาคเหนือมีความเหลื่อมล้ำของโรงพยาบาลเอกชน ระหว่างเขตชนบทและเขตเมืองมากที่สุด ฉะนั้น จากการวิเคราะห์จึงพบว่า ภาคใต้เป็นภาคที่มีปัญหาทางด้านความเหลื่อมล้ำของการกระจายตัวของโรงพยาบาลภาครัฐ (โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์) ระหว่างเขตชนบทและเขตเมืองมากที่สุด โดยเฉพาะโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความพร้อมทางด้านบุคลากรทางการแพทย์ และเครื่องมือทางการแพทย์ พบว่าโดยส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2561) (แสดงในตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงการกระจายตัวของประเภทโรงพยาบาลจำแนกตามลักษณะภูมิภาคและเขตการปกครองในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561

ประเภทของ โรงพยาบาล	ภาคเหนือ			ภาคกลาง			ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			ภาคใต้			รวมทั้งประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร)		
	เมือง	ชนบท	รวม	เมือง	ชนบท	รวม	เมือง	ชนบท	รวม	เมือง	ชนบท	รวม	เมือง	ชนบท	รวม
1) โรงพยาบาลชุมชน (ระบบบริการปฐมภูมิ)															
1.1 ขนาดเล็ก (F3)	45.45 (55)	54.55 (66)	100.00 (121)	43.17 (120)	56.83 (158)	100.00 (278)	35.71 (115)	64.29 (207)	100.00 (322)	37.75 (57)	62.25 (94)	100.00 (151)	39.79 (347)	60.21 (525)	100.00 (872)
1.2 ขนาดกลาง (F2)	60.00 (6)	40.00 (4)	100.00 (10)	60.00 (12)	40.00 (8)	100.00 (20)	31.82 (7)	68.18 (15)	100.00 (22)	70.00 (7)	30.00 (3)	100.00 (10)	51.61 (32)	48.39 (30)	100.00 (62)
1.3 ขนาดใหญ่ (F1)	40.40 (40)	59.60 (59)	100.00 (99)	39.35 (85)	60.65 (131)	100.00 (216)	35.42 (85)	64.58 (155)	100.00 (240)	33.08 (43)	66.92 (87)	100.00 (130)	36.93 (34)	63.07 (37)	100.00 (71)
2) โรงพยาบาลทั่วไป (ระบบบริการทุติยภูมิ)															
2.1 ขนาดเล็ก (M1)	66.67 (4)	33.33 (2)	100.00 (6)	45.83 (11)	54.17 (13)	100.00 (24)	42.86 (15)	57.14 (20)	100.00 (35)	66.67 (4)	33.33 (2)	100.00 (6)	47.89 (28)	52.11 (26)	100.00 (54)
2.2 ขนาดใหญ่ (S)	83.33 (5)	16.67 (1)	100.00 (6)	66.67 (12)	33.33 (6)	100.00 (18)	32.00 (8)	68.00 (17)	100.00 (25)	60.00 (3)	40.00 (2)	100.00 (5)	51.85 (28)	48.15 (26)	100.00 (54)
	81.82 (9)	18.18 (2)	100.00 (11)	93.48 (43)	6.52 (3)	100.00 (46)	92.31 (24)	7.69 (2)	100.00 (26)	92.31 (12)	7.69 (1)	100.00 (13)	91.67 (88)	7.69 (8)	100.00 (96)
	60.00 (3)	40.00 (2)	100.00 (5)	83.33 (15)	16.67 (3)	100.00 (18)	86.67 (13)	13.33 (2)	100.00 (15)	88.89 (8)	11.11 (1)	100.00 (9)	82.98 (39)	17.02 (8)	100.00 (47)
	100.00 (6)	0.00 (0)	100.00 (6)	100.00 (28)	0.00 (0)	100.00 (28)	100.00 (11)	0.00 (0)	100.00 (11)	100.00 (4)	0.00 (0)	100.00 (4)	100.00 (49)	0.00 (0)	100.00 (49)

ประเภทของ โรงพยาบาล	ภาคเหนือ			ภาคกลาง			ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			ภาคใต้			รวมทั้งประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร)		
	เมือง	ชนบท	รวม	เมือง	ชนบท	รวม	เมือง	ชนบท	รวม	เมือง	ชนบท	รวม	เมือง	ชนบท	รวม
3) โรงพยาบาลศูนย์	88.89 (8)	11.11 (1)	100.00 (9)	100.00 (21)	0.00 (0)	100.00 (21)	100.00 (13)	0.00 (0)	100.00 (13)	100.00 (9)	0.00 (0)	100.00 (9)	98.08 (51)	1.92 (1)	100.00 (52)
4) โรงพยาบาลเอกชน	100.00 (22)	0.00 (0)	100.00 (22)	97.71 (128)	2.29 (3)	100.00 (131)	97.62 (41)	2.38 (1)	100.00 (42)	96.77 (30)	3.23 (1)	100.00 (31)	97.79 (221)	2.21 (5)	100.00 (226)

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2561



ตารางที่ 5 แสดงการกระจายตัวของประเภทโรงพยาบาลจำแนกตามภูมิภาคต่าง ๆ
ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561

ประเภทของ โรงพยาบาล	รวมทั้ง ประเทศ	กรุงเทพ มหานคร	ภาคเหนือ	ภาคกลาง	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
1) โรงพยาบาลชุมชน (ระบบบริการทุติยภูมิ)	100.00 (889)	1.91 (17)	13.61 (121)	31.27 (278)	36.22 (322)	16.99 (151)
1.1) ขนาดเล็ก (F3)	100.00 (63)	1.59 (1)	15.87 (10)	31.75 (20)	34.92 (22)	15.87 (10)
1.2) ขนาดกลาง (F2)	100.00 (694)	1.30 (9)	14.27 (99)	31.12 (216)	34.58 (240)	18.73 (130)
1.3) ขนาดใหญ่ (F1)	100.00 (76)	6.58 (5)	7.89 (6)	31.58 (24)	46.05 (35)	7.90 (6)
1.4) ขนาดใหญ่พิเศษ (M2)	100.00 (56)	3.57 (2)	10.72 (6)	32.14 (18)	44.64 (25)	8.93 (5)
2) โรงพยาบาลทั่วไป (ระบบบริการตติยภูมิ)	100.00 (104)	7.69 (8)	10.58 (11)	44.23 (46)	25.00 (26)	12.50 (13)
2.1) ขนาดเล็ก (M1)	100.00 (50)	6.00 (3)	10.00 (5)	36.00 (18)	30.00 (15)	18.00 (9)
2.2) ขนาดใหญ่ (S)	100.00 (54)	9.26 (5)	11.11 (6)	51.85 (28)	20.37 (11)	7.41 (4)
3) โรงพยาบาลศูนย์	100.00 (65)	20.00 (13)	13.85 (9)	32.30 (21)	20.00 (13)	13.85 (9)
4) โรงพยาบาล เอกชน	100.00 (360)	37.22 (134)	6.11 (22)	36.39 (131)	11.67 (42)	8.61 (31)

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2561

จากการสังเคราะห์แนวคิดความเหลื่อมล้ำทางด้านสาธารณสุขเชิงพื้นที่ ผู้วิจัยพบว่า ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาทางด้านความเหลื่อมล้ำทางด้านสาธารณสุข ทั้งในด้านของโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในพื้นที่ที่มีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม หรืออยู่ในเขตเมือง ทำให้ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทไม่ได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม อนึ่งโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเป็นการประกอบกิจการด้วยระบบการค้าแบบเสรี ซึ่งต้องการมุ่งหวังผลกำไร

สูงสุดในเชิงธุรกิจที่ตั้งอยู่ในเขตเมือง เพื่อให้รองรับกับผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย ทำให้สถานบริการสุขภาพโดยส่วนใหญ่ยิ่งเกิดการกระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง หากพิจารณาในเรื่องของการฝากครรภ์ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งในงานบริการทางด้านอนามัยและทารก พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท โดยเฉพาะในเขตชนบทในภาคใต้ ส่วนหนึ่งได้รับผลกระทบจากปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากกระบวนการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ สตรีตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งต้องอาศัยเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ยกตัวอย่างเช่น เครื่องมือฟังเสียงหัวใจของทารก เครื่องอัลตราซาวด์ ชุดตรวจเบาหวานและโปรตีนในปัสสาวะ เป็นต้น อีกทั้ง ยังจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ และบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถให้การบริการฝากครรภ์อย่างมีคุณภาพ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท โดยเฉพาะในเขตชนบทในภาคใต้ ต้องรับภาระในการไปฝากครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ยกตัวอย่างเช่น ค่าใช้จ่ายจากการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทาง และความเหนื่อยล้าจากการเดินทาง เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อการเข้าถึงการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และส่งผลกระทบต่อการคลอดบุตร รวมไปถึงสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในระยะเวลาต่อมา

2.4 เอกสารและงานการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

จากการทบทวนเอกสารและงานการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพทั้งของในประเทศไทยและในต่างประเทศ พบว่า งานการศึกษาส่วนใหญ่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์คุณภาพ โดยกำหนดเกณฑ์ของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพตามองค์ประกอบที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ การฝากครรภ์ การเริ่มฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ หรือเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และการได้รับการฝากครรภ์และการทำคลอดจากแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ เป็นต้น โดยมีการวิเคราะห์ปัจจัยอิสระต่าง ๆ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยทางด้านประชากร หรือปัจเจกบุคคล 2) ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน 3) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ 4) ปัจจัยทางด้านสังคม และ 5) ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ยกตัวอย่างเช่น ค่าเฉลี่ยพื้นฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวน การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค และการวิเคราะห์การถดถอยโพรบิท เป็นต้น จึงทำให้ผลการศึกษาของแต่ละงานการศึกษามีลักษณะแตกต่างกันออกไป ทั้งในด้านขนาดของผลการศึกษา (Magnitude) และทิศทางความสัมพันธ์ (Direction) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านประชากร หรือปัจเจกบุคคล

ปัจจัยทางด้านประชากร หรือปัจเจกบุคคล เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงลักษณะพื้นฐานเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุขณะตั้งครรภ์บุตร ลำดับของบุตร และความต้องการมีบุตร ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1. อายุขณะตั้งครรภ์บุตร

อายุ ถือเป็นตัวแปรที่สำคัญในการศึกษาปัจจัยทางด้านประชากร หรือปัจเจกบุคคล เนื่องจากประชากรในแต่ละช่วงอายุ ย่อมมีความแตกต่างกันในด้านกระบวนการทางความคิด และการแสดงออกทางพฤติกรรม อันเป็นผลมาจากความแตกต่างทางด้านกระบวนการเรียนรู้ การสะสมประสบการณ์ วิธีการคิดและการตัดสินใจ สิ่งแวดล้อมในยุคสมัยที่เจริญเติบโต รวมไปถึงวิธีการปรับตัวและการรับมือกับปัญหา เป็นต้น ฉะนั้น เมื่อพิจารณางานการศึกษาจึงพบว่า ช่วงอายุสตรีขณะตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน จะส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากการศึกษารูปแบบและปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการเข้าถึงการดูแลตามมาตรฐานของอนามัยมารดาและทารกของประเทศจอร์แดน เมื่อพิจารณาในมิติทางการฝากครรภ์ โดยแบ่งกลุ่มอายุของสตรีวัยเจริญพันธุ์ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ อายุ 15-24 ปี อายุ 25-39 ปี และอายุ 40-49 ปี ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 15-24 ปี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ต่ำเป็น 0.8 เท่า ของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 25-39 ปี ส่วนสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 40-49 ปี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์สูงเป็น 1 เท่า ของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 25-39 ปี (Obermeyer & Potter, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับอนามัยมารดาและทารกในประเทศไทย เมื่อแบ่งกลุ่มอายุออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ อายุ 15-19 ปี อายุ 20-29 ปี อายุ 30-39 ปี และอายุ 40 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 20-29 ปี อายุ 30-39 ปี และอายุ 40 ปีขึ้นไป มีโอกาสฝากครรภ์สูงเป็น 1.7 เท่า 2.52 เท่า และ 2.6 เท่า ตามลำดับ ของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 15-19 ปี (Raghupathy & medicine, 1996) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ในเขตตอนใต้ของประเทศอินเดีย เมื่อแบ่งกลุ่มอายุออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ อายุต่ำกว่า 18 ปี อายุ 19-24 ปี อายุ 25-29 ปี และอายุ 30 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุน้อยกว่า 18 ปี มีโอกาสฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง ต่ำเป็น 0.9 เท่า ของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 19-24 ปี ในขณะที่ สตรีที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุ 25-29 ปี และอายุ 30 ปีขึ้นไป มีโอกาสฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง สูงเป็น 1.2 เท่า และ 1.4 เท่า ตามลำดับ ของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 19-24 ปี (Nielsen et al., 2001) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุขณะตั้งครรภ์มากขึ้น จะมีความมั่นคงทางด้าน

วุฒิภาวะ อารมณ์ เศรษฐกิจ และมีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ส่งผลให้สตรีมีความพร้อมต่อการตั้งครรภ์ ยอมรับการมีบุตร และยอมรับต่อการปรับบทบาทการเป็นมารดา นอกจากนี้ สตรีตั้งครรภ์ขณะอายุมากบางรายมักจะรู้สึกกลัวความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น ความไม่สมบูรณ์ของทารกในครรภ์ การคลอดบุตรก่อนกำหนด และการแท้งบุตร เป็นต้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์ขณะอายุมากแสวงหาวิธีการดูแลครรภ์ตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารก เพื่อให้ตนเองและทารกในครรภ์มีความปลอดภัยและสุขภาพแข็งแรง

ในขณะที่การศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในกลุ่มประเทศเขตทะเลแคริบเบียน ได้แบ่งกลุ่มของอายุสตรีขณะตั้งครรภ์บุตรออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ อายุ 12-19 ปี อายุ 20-29 ปี อายุ 30-39 ปี และอายุ 40 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาในองค์ประกอบทางด้านการไม่ฝากครรภ์ พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 12-19 ปี มีโอกาสที่จะไม่ฝากครรภ์สูงเป็น 1.7 เท่า ของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 20-29 ปี ส่วนสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 30-39 ปี และอายุ 40 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะไม่ฝากครรภ์ต่ำเป็น 0.6 เท่า และ 0.4 เท่า ของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 20-29 ปี ส่วนผลการศึกษาในองค์ประกอบทางด้านการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (มากกว่า 12 สัปดาห์) พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 12-19 ปี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ล่าช้าสูงที่สุด รองลงมาคืออายุ 40 ปีขึ้นไป และน้อยที่สุดคือ อายุ 20-39 ปี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ล่าช้าสูงเป็น 1.5 เท่า 1.3 เท่า และ 1 เท่า ตามลำดับของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 20-29 ปี ผลการศึกษาข้างต้นมีลักษณะสอดคล้องกับผลการศึกษาในองค์ประกอบทางด้านการเริ่มฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์) พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 30-39 ปี มีโอกาสที่จะเริ่มฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์สูงเป็น 1.4 เท่า ของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 20-29 ปี ในขณะที่สตรีที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุ 12-19 ปี และอายุ 40 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ต่ำเป็น 0.5 เท่า และ 0.9 เท่าตามลำดับ ของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 20-29 ปี เนื่องจากสตรีส่วนใหญ่ที่ตั้งครรภ์ขณะอายุน้อยกว่า 20 ปี มักจะไม่มีคามพึงประสงค์ที่จะตั้งครรภ์ และกลัวการถูกสังคมตีตราจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ทำให้สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะมีอายุน้อยไม่ฝากครรภ์ และเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า หรือไม่ได้เริ่มฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ส่วนสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุมากบางรายจะมีความรู้สึกกังวลใจว่าตนเองตั้งครรภ์ เนื่องจากอยู่ในช่วงอายุที่มีโอกาสในการตั้งครรภ์ต่ำ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ขณะอายุมากเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า หรือไม่ได้ฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (McCaw-Binns, La Grenade, Ashley, & medicine, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุต่ำกว่า 20 ปี) หรือที่เรียกว่า “แม่วัยใส” มีความสัมพันธ์กับการฝาก

ครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักจะไม่มีความเตรียมพร้อมในการตั้งครรภ์ รู้สึกอาย ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ และมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ จนนำไปสู่การเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับฝากครรภ์ (ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์และการวางแผนครอบครัวของประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อแบ่งกลุ่มอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ อายุ 14-24 ปี อายุ 25-34 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไป ผลการศึกษา พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 14-24 ปี และ 25-34 ปี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์สูงเป็น 1.37 เท่า และ 1.69 เท่า ตามลำดับ ของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 35 ปีขึ้นไป เนื่องจากสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุมากบางรายจะรู้สึกประหม่า และเขินอายเมื่อต้องออกสู่สังคมขณะตั้งครรภ์ (Miles-Doan & Brewster, 1998)

จากการสังเคราะห์งานการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า ตัวแปรอายุส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ในองค์ประกอบของการฝากครรภ์ การฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ในลักษณะ 2 รูปแบบ ได้แก่

รูปแบบที่หนึ่ง ความสัมพันธ์ระหว่างอายุสตรีขณะตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมีลักษณะเป็นเชิงบวก กล่าวคือ เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีอายุมากขึ้น จะมีโอกาสฝากครรภ์ที่มีคุณภาพสูงขึ้นตามไปด้วย เนื่องจากการที่สตรีมีอายุมากขึ้นจะส่งผลให้สตรีมีวิวัฒนาการทางความคิดที่มีลักษณะเป็นเหตุเป็นผลตลอดจนมีความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น จึงเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์ และหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ อีกทั้ง ความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ ค่านิยม การยอมรับ และการสนับสนุนของสังคมที่มีต่อการตั้งครรภ์ ส่งผลให้สตรีมีความพร้อมต่อการตั้งครรภ์ และการปรับบทบาทในการเป็นมารดา โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์รายที่มีอายุมาก จะปฏิบัติตามแนวทางการฝากครรภ์ที่เป็นมาตรฐานของอนามัยมารดาและทารกอย่างเคร่งครัดมากขึ้น เพราะรู้สึกวิตกกังวลและกลัวความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ขณะอายุมาก ยกตัวอย่างเช่น ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ความไม่สมบูรณ์ทางโครโมโซมของทารกในครรภ์ ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 2,500 กรัม และมีซีวิต) การแท้งบุตร และการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์อายุมากแสวงหาวิธีการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอันเป็นประโยชน์ต่อการตั้งครรภ์ของตนเองและทารกในครรภ์

รูปแบบที่สอง ความสัมพันธ์ระหว่างอายุสตรีขณะตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมีลักษณะไม่เป็นเส้นตรง กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (ต่ำกว่า 20 ปี) และสตรีตั้งครรภ์ขณะอายุมากเกินไป (มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี) มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-34 ปี เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยเกินไป โดยส่วนใหญ่มักจะตั้งครรภ์โดยไม่พึง

ประสงค์ ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ และขาดความพร้อมต่อการตั้งครรภ์ ประกอบกับค่านิยมของสังคมที่ตีตราความไม่เหมาะสมของการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์อายุน้อยไม่ฝากครรภ์ ฝากครรภ์ล่าช้า และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ส่วนสตรีตั้งครรภ์ขณะอายุมาก มักจะรู้สึกลังเลใจเมื่อตั้งครรภ์ เนื่องจากปัจจัยทางด้านกายภาพและสรีรวิทยาส่งผลให้สตรีที่มีอายุมากมีโอกาสในการตั้งครรภ์ต่ำ นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์อายุมากบางรายรู้สึกเงินอายเมื่อออกสู่สังคมขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้ไม่ได้เข้ารับการฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการฝากครรภ์

1.2. ลำดับของบุตร

ลำดับของบุตร เป็นปัจจัยทางด้านประชากร หรือปัจเจกบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์ ซึ่งสามารถบ่งบอกถึงระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในเชิงปริมาณ และแสดงถึงความสามารถในการมีบุตรของสตรี

การศึกษาส่วนใหญ่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลำดับของบุตรกับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยได้แบ่งลำดับของการมีบุตรออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก ลำดับที่สอง ถึงลำดับที่สี่ และลำดับที่ห้าขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า มีลักษณะที่สอดคล้องกัน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกในตอนใต้ของประเทศอินเดีย พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรกมีโอกาสที่จะฝากครรภ์สูงเป็น 1.8 เท่า ของสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับที่สองถึงลำดับที่สี่ ส่วนสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับที่ห้าขึ้นไป มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ต่ำเป็น 0.6 เท่า ของสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับที่สองถึงลำดับที่สี่ (Bhatia & Cleland, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อความเหลื่อมล้ำในการเข้าฝากครรภ์ของสตรีเจริญพันธุ์ชาวเอกวาดอร์ ซึ่งพบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับที่ห้าขึ้นไปมีโอกาสฝากครรภ์ต่ำเป็น 2.5 เท่า ของสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก (Paredes et al., 2005) ส่วนสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับที่สองถึงลำดับที่สี่ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ต่ำเป็น 2 เท่า ของสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก (Mekonnen, Mekonnen, & nutrition, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับอนามัยมารดาและทารกในประเทศไทย ซึ่งพบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับที่สองถึงลำดับที่สี่ และสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับที่ห้าขึ้นไป มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ต่ำเป็น 0.6 เท่า และ 0.4 เท่า ตามลำดับ ของสตรีตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก (Raghupathy & medicine, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงอนามัยมารดาและทารกในเขตทางตอนเหนือของประเทศอินเดีย ที่พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรมากกว่าหรือเท่ากับลำดับที่สอง มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ต่ำเป็น 2 เท่า ของสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก (Pallikadavath, Foss, Stones, & medicine, 2004) เนื่องจากสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน จึงมักรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเมื่อต้องเปลี่ยนจากบุคคล

ที่อยู่ในสภาวะปกติมาเป็นสตรีตั้งครรภ์ ส่งผลให้สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรกให้ความสำคัญกับการฝากครรภ์มากกว่าสตรีที่เคยมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน

ส่วนงานการศึกษาอื่น ๆ ที่ได้แบ่งลำดับการมีบุตรที่มีลักษณะแตกต่างกันออกไปดังต่อไปนี้ การศึกษาการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกของประเทศอินเดีย ได้แบ่งกลุ่มของลำดับการมีบุตรออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก ลำดับที่สอง ลำดับที่สาม และลำดับที่สี่ขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสตรีตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่มากขึ้น มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ต่ำลง โดยสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับที่สอง ลำดับที่สาม และลำดับที่สี่ขึ้นไป มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ต่ำเป็น 0.9 เท่า 0.5 เท่า และ 0.3 เท่า ตามลำดับ ของสตรีตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก (Navaneetham, Dharmalingam, & medicine, 2002) ส่วนการศึกษาปัจจัยที่ผลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในกลุ่มประเทศแถบเขตทะเลแคริบเบียน เมื่อแบ่งกลุ่มของลำดับการมีบุตรออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก ลำดับที่สองถึงลำดับที่สี่ ลำดับที่ห้าถึงลำดับที่เก้า และลำดับที่สิบขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับที่สองถึงลำดับที่สี่ บุตรลำดับที่ห้าถึงลำดับที่เก้า และบุตรลำดับที่สิบขึ้นไป มีโอกาสที่จะไม่ฝากครรภ์สูงเป็น 4.8 เท่า 5.5 เท่า และ 12.4 เท่า ตามลำดับ ของสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก สอดคล้องกับ สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับที่สองถึงลำดับที่สี่ บุตรลำดับที่ห้าถึงลำดับที่เก้า และบุตรลำดับที่สิบขึ้นไป มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงเป็น 1.3 เท่า 1.9 เท่า และ 2.1 เท่า ตามลำดับ ของสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก (McCaw-Binns et al., 1995) เนื่องจาก สตรีที่เคยมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน จะเกิดกระบวนการระดมองค์ความรู้และประสบการณ์จากกระบวนการดูแลการตั้งครรภ์ในครั้งก่อน และนำมาปรับใช้ในการดูแลบุตรในลำดับถัดมา ทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกว่าจะไม่มีความจำเป็นที่จะเข้าฝากครรภ์ โดยเฉพาะการฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

จากการสังเคราะห์งานการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า ตัวแปรลำดับของบุตรส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์ในเชิงลบ กล่าวคือ เมื่อสตรีตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่มากขึ้น จะมีโอกาสฝากครรภ์ที่มีคุณภาพน้อยลง ในขณะที่ สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรคนแรกมีโอกาสที่จะได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมากที่สุด เนื่องจากสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก ไม่เคยมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน จะรู้สึกตื่นเต้นและวิตกกังวลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ฉะนั้น สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรกจึงจะแสวงหาวิธีการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ในทางตรงกันข้ามสตรีที่เคยมีประสบการณ์มีบุตรมาก่อนจะสามารถปรับตัวและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ผ่านการระดมองค์ความรู้และประสบการณ์จาก

การตั้งครรภ์ที่ผ่านมา ทำให้สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่มากขึ้น จะเข้ารับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพลดลง

1.3. ความต้องการมีบุตร

ความต้องการมีบุตร ถือเป็นปัจจัยทางด้านประชากร หรือปัจเจกบุคคลที่มีความสำคัญต่อภาวะเจริญพันธุ์ เนื่องจากพฤติกรรมการมีบุตรเป็นผลมาจากกระบวนการตัดสินใจตามทัศนคติและความเชื่อต่อสิ่งนั้น ฉะนั้น ความต้องการมีบุตรจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองและทารกในครรภ์

การศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของประเทศตุรกี พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความต้องการมีบุตรและเริ่มฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 36.6 ซึ่งมากกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีความต้องการมีบุตรและเริ่มฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 27.4 (Erci, 2003) สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในกลุ่มประเทศแถบเขตทะเลแคเรียน ซึ่งพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีความต้องการมีบุตรมีโอกาสที่จะไม่ฝากครรภ์สูงเป็น 2.8 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความต้องการมีบุตร หากพิจารณาในองค์ประกอบทางการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีความต้องการมีบุตรมีโอกาสที่จะฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์สูงเป็น 2.2 เท่า ของสตรีที่มีความต้องการในการมีบุตร (McCaw-Binns et al., 1995) สอดคล้องกับการศึกษาความถี่และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ในประเทศเคนยา พบว่า ความต้องการมีบุตรเป็นปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมการฝากครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีความต้องการมีบุตรมีโอกาสที่จะฝากครรภ์ครบจำนวนและฝากครรภ์ครั้งแรกภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ต่ำเป็น 0.4 และ 0.3 เท่า ตามลำดับ ของสตรีที่มีความต้องการมีบุตร (Magadi, Madise, Rodrigues, & medicine, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในประเทศแซมเบีย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความต้องการมีบุตรเป็นปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อันประกอบด้วย 1) ฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง 2) ฝากครรภ์กับแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ (Skilled Health Worker) และการได้รับการดูแลครบทั้ง 8 ขั้นตอน ดังนี้ 2.1) ชั่งน้ำหนัก 2.2) วัดส่วนสูง 2.3) วัดความดันโลหิต 2.4) ทดสอบปัสสาวะ 2.5) ตรวจเลือด 2.6) การเสริมภูมิคุ้มกัน 2.7) การให้วิตามินเสริมธาตุเหล็ก 2.8) การให้สุขศึกษา และ 3) ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (Kyei, Chansa, Gabrysch, & childbirth, 2012)

จากการสังเคราะห์งานการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า ความต้องการมีบุตรส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีความต้องการมีบุตร มักจะมีความพร้อมและมีการวางแผน

แผนการตั้งครรภ์ โดยความต้องการมีบุตรจะนำไปสู่การกำหนดความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร ส่งผลให้สตรีเข้ารับฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพะที่ดี รวมไปถึงส่งเสริมการตั้งครรภ์และการคลอดให้ดำเนินไปด้วยความปลอดภัย

2. ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน

ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงลักษณะโครงสร้างอายุและเพศของสมาชิกในครัวเรือน ได้แก่ ขนาดของครัวเรือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และเพศของหัวหน้าครัวเรือน

2.1. ขนาดของครัวเรือน

เมื่อพิจารณาลักษณะโครงสร้างของครัวเรือนโดยภาพรวม ซึ่งได้แบ่งประเภทของครัวเรือนออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ครัวเรือนเดี่ยวและครัวเรือนขยาย โดยครัวเรือนเดี่ยว หมายถึง ครัวเรือนที่ประกอบด้วยบุคคลที่ใช้ชีวิตร่วมกันฉันท์สามี ภรรยาและบุตร ไม่เกิน 2 รุ่น ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ส่วนครัวเรือนขยาย หมายถึง ครัวเรือนที่ประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 3 รุ่นขึ้นไป ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขยายมีโอกาสที่จะฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงเป็น 5.5 เท่า ของสตรีที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดี่ยว (Matsumura & Gubhaju, 2001) เนื่องจากลักษณะความสัมพันธ์ของครัวเรือนขยายมักมีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และสนับสนุนสิ่งที่ดีก่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกภายในครัวเรือน อีกทั้ง ครอบครัวขยายโดยส่วนใหญ่มักมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจมากกว่าครอบครัวเดี่ยว จึงมีส่วนช่วยในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่ใช้สำหรับการฝากครรภ์

2.2. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

เมื่อพิจารณาลักษณะและจำนวนของสมาชิกในครัวเรือนที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ภายในครัวเรือนที่อาศัยอยู่มีจำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี มากกว่า 6 คน มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ต่ำเป็น 0.6 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่ภายในครัวเรือนที่อาศัยอยู่มีจำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี 1-2 คน และสตรีตั้งครรภ์ที่ภายในครัวเรือนที่อาศัยอยู่มีจำนวนผู้สูงอายุหรือบุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี มากกว่า 3 คน มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ต่ำเป็น 0.7 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่ภายในครัวเรือนที่อาศัยอยู่มีจำนวนผู้สูงอายุหรือบุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คน (Obermeyer & Potter, 1991) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ภายในครัวเรือนที่อาศัยอยู่มีจำนวนผู้สูงอายุหรือบุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี จำนวน 3-4 คน มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ต่ำเป็น 0.8 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่ภายในครัวเรือนที่อาศัยอยู่มีจำนวนผู้สูงอายุหรือบุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี จำนวน 1-2 คน (McCaw-Binns et al., 1995) เนื่องจาก สตรีตั้งครรภ์

จำเป็นต้องลดค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการฝากครรภ์ จากการที่คร้วเรือนมีภาวะพึ่งพิงทางเศรษฐกิจของวัยเด็ก และวัยผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

จากการสังเคราะห์งานการศึกษา พบว่า จำนวนและลักษณะของสมาชิกในคร้วเรือน ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยมีเหตุผลสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจาก สมาชิกภายในคร้วเรือนมีพฤติกรรมทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน โดยคร้วเรือนที่มีสมาชิกวัยพึ่งพิงจำนวนมาก ได้แก่ ประชากรวัยเด็กที่มีอายุ 0-14 ปี และประชากรวัยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ปีของประชากรวัยสูงอายุขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละประเทศ) จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ต้องแบ่งค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งที่ใช้ในการฝากครรภ์ ไปใช้ในการดูแลสมาชิกวัยพึ่งพิงในคร้วเรือน

2.3 เพศของหัวหน้าคร้วเรือน

เพศของหัวหน้าคร้วเรือน เป็นหนึ่งในปัจจัยทางด้านลักษณะคร้วเรือน เนื่องจากหัวหน้าคร้วเรือนถือเป็นบุคคลที่ได้รับการยกย่องจากสมาชิกในคร้วเรือน จึงมีอิทธิพลต่อการกำหนดบทบาท หรือการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของสมาชิกภายในคร้วเรือน

การศึกษาลักษณะโครงสร้างคร้วเรือนที่ส่งอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกในประเทศเนปาล ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าเรือนเป็นเพศชาย มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ต่ำเป็น 5.5 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าเรือนเป็นเพศหญิง (Matsumura & Gubhaju, 2001) เนื่องจาก หัวหน้าคร้วเรือนที่เป็นเพศหญิงจะมีความเข้าใจ และให้ความสำคัญต่อการตั้งครรภ์ของสตรี มักจะส่งเสริมการฝากครรภ์หรือการดูแลสุขภาพครรภ์ต่าง ๆ อีกทั้ง ยังช่วยแบ่งปันงานบ้านให้แก่สมาชิกรายอื่น ๆ ภายในครอบครัวเมื่อสตรีตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์และการไม่มาฝากครรภ์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนเพ็ญ ศิลปอนันต์, 2557) เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากสมาชิกในครอบครัว ยกตัวอย่างเช่น การช่วยเหลือ การสนับสนุน การให้กำลังใจ การแบ่งปันสิ่งของ รวมไปถึงการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ รู้สึกมั่นใจ ไม่โดดเดี่ยว และแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพครรภ์เพื่อให้ตนเองและทารกมีสุขภาพะที่ดี

จากการสังเคราะห์งานการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า เพศของหัวหน้าคร้วเรือนส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เนื่องจากหัวหน้าคร้วเรือนถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดบทบาทความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในคร้วเรือน ในกรณีที่เพศของหัวหน้าคร้วเรือนเป็นเพศหญิงจะส่งผลให้เกิดความเข้าใจ และเกิดแรงสนับสนุนจากสมาชิกในคร้วเรือนแก่สตรีตั้งครรภ์ ซึ่งหาก

สตรีตั้งครรภ์ได้รับการช่วยเหลือ การให้คำแนะนำ และการให้กำลังใจจากหัวหน้าครัวเรือนจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เพื่อคาดหวังให้การตั้งครรภ์และการคลอดดำเนินไปด้วยความปลอดภัย

3. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

3.1. เศรษฐฐานะทางเศรษฐกิจ

เศรษฐฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นตัวแปรทางด้านเศรษฐกิจอันสำคัญที่สะท้อนถึงรายได้ การเป็นเจ้าของทรัพย์สิน และสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีผลต่อลักษณะความเป็นอยู่ของสมาชิกภายในครัวเรือน

การศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกในตอนใต้ของประเทศอินเดีย โดยการคำนวณจำนวนเงินโดยเฉลี่ยที่ใช้จ่ายเพื่อหาอาหารต่อสัปดาห์ เพื่อนำไปแบ่งระดับสถานะทางเศรษฐกิจออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ระดับสูงสุด ระดับสูง ระดับต่ำ และระดับต่ำสุด ผลการศึกษาพบว่า ยิ่งระดับสถานะทางเศรษฐกิจลดลง ยิ่งมีโอกาสที่จะไม่ได้ฝากครรภ์มากขึ้น โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีเศรษฐฐานะทางเศรษฐกิจในระดับสูง ระดับต่ำ และระดับต่ำสุด มีโอกาสที่จะไม่ได้ฝากครรภ์สูงเป็น 1.9 เท่า 2 เท่า และ 3.1 เท่า ตามลำดับ ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีเศรษฐฐานะทางเศรษฐกิจในระดับสูงสุด (Bhatia & Cleland, 1995) เนื่องจากการฝากครรภ์ต้องอาศัยค่าใช้จ่ายทั้งทางตรง และค่าใช้จ่ายทางแฝง โดยค่าใช้จ่ายทางตรงของการฝากครรภ์ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปกับกระบวนการฝากครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น ค่าฝากครรภ์ ค่าวิตามินหรือแร่ธาตุเสริมขณะตั้งครรภ์ ค่ายาเสริมภูมิคุ้มกัน ค่าอัลตราซาวด์ รวมไปถึงค่าการตรวจพิเศษที่จำเป็นอื่น ๆ เป็นต้น ส่วนค่าใช้จ่ายทางแฝงของการฝากครรภ์ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในส่วนอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการฝากครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น ค่าเดินทาง ค่าขาดรายได้จากการหยุดงานเพื่อมาฝากครรภ์ และค่าอุปโภคบริโภค เป็นต้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะเศรษฐกิจในระดับต่ำมากไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า เศรษฐฐานะทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ (เอื้อมพร ราชภูติ, จันทรรัตน์ เจริญสันติ, & กรรณิการ์ กันธะรักษา, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในเขตชนบทของประเทศเคนยา ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สถานะทางเศรษฐกิจในระดับที่สูงมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Afulani et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับอนามัยมารดาและทารกในประเทศไทย ซึ่งได้พิจารณาปัจจัยทางด้านสถานะทางเศรษฐกิจ ที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ล่าช้า โดยผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มี

สถานะทางเศรษฐกิจในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ล่าช้าสูงเป็น 1.4 เท่า 1.5 เท่า และ 1.7 เท่า ตามลำดับ ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจในระดับสูงสุด (Raghupathy & medicine, 1996) เนื่องจาก นโยบายที่สนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ในทุกสถานพยาบาลของสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ได้ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายแฝงจากการฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในกลุ่มประเทศเขตทะเลแคริบเบียน ซึ่งได้พิจารณาปัจจัยทางด้านสถานะทางเศรษฐกิจที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ต่ำเป็น 0.7 เท่า 0.6 เท่า และ 0.5 เท่า ตามลำดับ ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจในระดับสูงสุด (McCaw-Binns et al., 1995) เนื่องจากปัญหาทางด้านการเงินและความยากจน ถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์

การศึกษาการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกของประเทศอินเดีย เมื่อแบ่งสถานะทางเศรษฐกิจ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับกลาง และระดับสูง มีโอกาสที่จะได้รับการฝากครรภ์สูงเป็น 1.5 และ 2.1 เท่า ตามลำดับ ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ (Navaneetham et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของประเทศตุรกี เมื่อแบ่งระดับสถานะทางเศรษฐกิจออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ระดับสูง และระดับต่ำ ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจในระดับต่ำ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ต่ำเป็น 0.17 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจในระดับสูง (Magadi et al., 2000) ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจในระดับสูงมีโอกาสที่จะฝากครรภ์สูงเป็น 1.3 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจในระดับต่ำ (Pallikadavath et al., 2004)

สำหรับงานการศึกษารูปแบบและปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการเข้าถึงการดูแลตามมาตรฐานของอนามัยมารดาและทารกในประเทศจอร์แดน ซึ่งได้ใช้เกณฑ์การมีเครื่องอำนวยความสะดวก และการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยเป็นตัวชี้วัดสถานะทางเศรษฐกิจ ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีเครื่องอำนวยความสะดวก และเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยมีโอกาสฝากครรภ์สูงเป็น 1.5 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีเครื่องอำนวยความสะดวกและไม่ได้เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย (Obermeyer & Potter, 1991) ในขณะที่ การศึกษาลักษณะโครงสร้างครัวเรือนที่ส่งอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกในประเทศเนปาล ได้ใช้การวัดจากอุปกรณ์ในครัวเรือนทั้ง 8 อย่าง

ได้แก่ น้ำประปา สุขา พื้นสะอาด ไฟฟ้า วิทยุ โทรทัศน์ โทรศัพท์มือถือ และรถจักรยาน โดยกำหนดค่าเป็นเชิงปริมาณคือ 0-8 ผลการศึกษาพบว่า ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีระดับสถานะเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น 1 ระดับ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เพิ่มสูงขึ้น 1.55 เท่า (Matsumura & Gubhaju, 2001) เนื่องจากค่าใช้จ่ายมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

จากการสังเคราะห์งานการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า สถานะทางเศรษฐกิจส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เนื่องจากการฝากครรภ์มีทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและค่าใช้จ่ายทางแฝง ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีเศรษฐกิจฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในระดับต่ำมีเงินสำรองไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย และกลัวการขาดรายได้จากการลางานเพื่อมาฝากครรภ์ จึงส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในระดับต่ำกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์คุณภาพน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในระดับสูงกว่า

4. ปัจจัยทางด้านสังคม

ปัจจัยทางด้านสังคม เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงลักษณะวิถีชีวิตของมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุดที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับ ระดับการศึกษาสูงสุดที่สามีได้รับ การประกอบอาชีพของสตรีตั้งครรภ์ ศาสนาที่สตรีตั้งครรภ์นับถือ และการเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนของสตรีตั้งครรภ์

4.1. สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรทางด้านสังคมที่แสดงถึงตำแหน่งหรือฐานะของความสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีและภรรยา ที่มีส่วนต่อการตัดสินใจฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

การศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกในตอนใต้ของประเทศอินเดีย ได้แบ่งสถานะสมรสออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ สมรส และไม่ได้สมรส ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสมีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์สูงเป็น 1.2 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้สมรส (Mekonnen et al., 2003) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรส จะรู้สึกมั่นใจว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว หรือไม่แปลกแยก มีความพร้อมต่อกระบวนการฝากครรภ์และการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในกลุ่มประเทศแถบเขตทะเลแคริเบียน เมื่อแบ่งสถานะสมรสออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ สมรสและอยู่ด้วยกัน สมรสแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่และหย่าร้าง ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพแยกกันอยู่ หย่าร้าง และสมรสแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน มีโอกาสที่จะไม่ฝากครรภ์สูงเป็น 3.8 เท่า 3.2 เท่า และ 2.3 เท่า ตามลำดับ ของสตรีตั้งครรภ์ที่มี

สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน อีกทั้ง สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพแยกกันอยู่ หย่าร้าง และสมรสแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกันมีโอกาสที่จะฝากครรภ์ล่าช้าสูงเป็น 2.7 เท่า 2.4 เท่า และ 2.1 เท่า ตามลำดับของสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (McCaw-Binns et al., 1995) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับสามี จะรู้สึกมีแรงจูงใจที่จะแสดงพฤติกรรมในการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ จากการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสามี

จากการสังเคราะห์งานการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า สถานภาพสมรสส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เนื่องจากระยะตั้งครรภ์ถือเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกประหลาดใจ จึงจำเป็นต้องได้รับการกำลังใจ การปลอบโยน ตลอดจนการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ให้ดำเนินไปด้วยความปลอดภัย โดยบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อสตรีในระยะตั้งครรภ์มากที่สุดคือ สามี ฉะนั้น สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่กับสามีหรือมีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี ย่อมส่งผลดีต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

4.2 ระดับการศึกษาสูงสุดที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับ

ระดับการศึกษาสูงสุดที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับ เป็นตัวแปรทางด้านสังคมที่สามารถบ่งบอกถึงศักยภาพในการพัฒนาทางด้านกระบวนการความคิด การตัดสินใจ และการกำหนดทัศนคติที่มีต่อเรื่องต่าง ๆ อีกทั้งยังมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างสถานภาพทางเศรษฐกิจ และการเป็นที่ยอมรับของสังคม

การศึกษาค้นคว้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกของประเทศอินเดีย ได้แบ่งประเภทของระดับการศึกษาออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา และสูงกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษา ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดสูงกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษา มีโอกาสที่จะได้รับการฝากครรภ์สูงเป็น 11 เท่า ของสตรีที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับประถมศึกษา (Navaneetham et al., 2002) เนื่องจากการศึกษามีส่วนช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ รวมไปถึงการเข้าถึงองค์ความรู้หรือข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการฝากครรภ์และอนามัยมารดาทารก สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของระดับการศึกษาสูงสุดที่สตรีได้รับที่มีผลต่อการได้รับการฝากครรภ์ตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารก โดยได้แบ่งประเภทของระดับการศึกษาออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับสูงกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดสูงกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษามีโอกาสที่จะได้รับการฝากครรภ์ตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารก

สูงเป็น 2.5 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าประถมศึกษา (Mekonnen et al., 2003) เนื่องจากการศึกษามีส่วนช่วยในการเสริมสร้างให้สตรีตั้งครรภ์มีกระบวนการคิดและการตัดสินใจในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและทารกในครรภ์ แต่ทั้งนี้ การศึกษาดังกล่าวได้แบ่งระดับของการศึกษาได้อย่างไม่ครอบคลุมลักษณะของประชากรเท่าที่ควร ทำให้มีความแตกต่างของประชากรในแต่ละระดับการศึกษาค่อนข้างมาก ถัดมาได้มีการศึกษาผลกระทบของระดับการศึกษาสูงสุดที่สตรีได้รับที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยใช้การฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกเป็นตัวแปรแทนของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และแบ่งประเภทของระดับการศึกษาออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับสูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการศึกษาสูงสุดสูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรีมีโอกาสที่จะได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพสูงเป็น 0.7 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา (McCaw-Binns et al., 1995) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับประถมศึกษา จะส่งผลต่อการขาดความรู้ความเข้าใจต่อการฝากครรภ์อันนำมาซึ่งการเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งถ้าหากจะส่งเสริมให้สตรีได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ควรเริ่มจากการส่งเสริมให้ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างน้อยในระดับประถมศึกษา (Erci, 2003) สำหรับการศึกษาผลกระทบของการศึกษาที่ส่งอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกในประเทศไทย โดยใช้การได้รับการฝากครรภ์เป็นดัชนีชี้วัดการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารก และได้แบ่งประเภทของระดับของการศึกษาสูงสุดที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้รับการศึกษา ต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ผลการศึกษา พบว่า ยิ่งสตรีได้รับการศึกษาในระดับที่สูงมากขึ้นจะทำให้มีโอกาสที่จะได้รับการฝากครรภ์มากยิ่งขึ้น โดยสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการศึกษาสูงกว่าระดับมัศึกษามีโอกาสที่จะได้รับการฝากครรภ์สูงเป็น 13 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการศึกษา (Raghupathy & medicine, 1996)

จากการสังเคราะห์งานการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยมีลักษณะความสัมพันธ์เป็นทิศทางบวก กล่าวคือ เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีระดับการศึกษาสูงขึ้น จะมีโอกาสฝากครรภ์ที่มีคุณภาพสูงขึ้นตามไปด้วย เนื่องจากการศึกษาส่งผลต่อกระบวนการทางความคิด การตัดสินใจ ตลอดจนการเข้าถึงข้อมูลอันเป็นประโยชน์ที่มีความเกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ทราบถึงผลดีของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และผลเสียของการฝากครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าแสวงหาแนวทางในการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า

4.3 ระดับการศึกษาสูงสุดที่สามมีได้รับ

การศึกษาการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกของประเทศอินเดีย ได้แบ่งระดับการศึกษาสูงสุดที่สามมีได้รับออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือไม่ได้ศึกษา ต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ผลการศึกษาพบว่า สามมีที่ได้รับการศึกษาสูงสุดในระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา มีโอกาสฝากครรภ์สูงเป็น 1.8 เท่า 2.8 เท่า และ 4.5 เท่า ตามลำดับ ของสามมีที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือไม่ได้ศึกษา (Navaneetham et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์และการวางแผนครอบครัวของประเทศฟิลิปปินส์ ที่ได้แบ่งระดับการศึกษาสูงสุดที่สามมีได้รับออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ไม่ได้ศึกษา ต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา และสูงกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษา ผลการศึกษาพบว่า สามมีที่ได้รับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา และสูงกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษา มีโอกาสฝากครรภ์สูงเป็น 1.4 เท่า และ 2.7 เท่า ตามลำดับ ของสามมีที่ไม่ได้ศึกษา (Miles-Doan & Brewster, 1998) เนื่องจากการศึกษาส่งผลให้สามมีมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพครรภ์ของภรรยา อันนำไปสู่พฤติกรรมฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

จากการสังเคราะห์งานการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า ระดับการศึกษาของสามมีส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยมีลักษณะความสัมพันธ์เป็นทิศทางบวก กล่าวคือ เมื่อสามมีมีระดับการศึกษาสูงขึ้น มีโอกาสที่สตรีตั้งครรภ์จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพสูงขึ้นตามไปด้วย เนื่องจาก ระดับการศึกษาสูงสุดส่งผลต่อการเข้าถึงความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ฉะนั้น การที่สามมีซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์ ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น ส่งอิทธิพลให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมากขึ้นตามไปด้วย

4.4 การประกอบอาชีพของสตรีตั้งครรภ์

การประกอบอาชีพ เป็นตัวแปรทางด้านสังคมที่แสดงถึงกิจกรรมใด ๆ ก็ตาม ที่ก่อให้เกิดรายได้เพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ฉะนั้น การประกอบอาชีพจึงส่งผลต่อทั้งฐานะทางสังคม และเศรษฐกิจ

การศึกษาการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกของประเทศอินเดีย ได้แบ่งลักษณะการประกอบอาชีพออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพแต่ไม่ได้รับเงินเดือน และประกอบอาชีพและได้รับเงินเดือน ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์สูงเป็น 2.1 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพและ

ได้รับเงินเดือน ในขณะที่ สตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพแต่ไม่ได้รับเงินเดือน มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ต่ำ เป็น 0.6 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพและได้รับเงินเดือน (Navaneetham et al., 2002) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจะมีเวลาในการไปฝากครรภ์ โดยไม่สูญเสียโอกาสจากการทำงาน ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพแต่ไม่ได้รับเงินเดือนจะรับภาระจากค่าใช้จ่ายทางตรงและค่าใช้จ่ายแฝงจากการตั้งครรภ์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพและได้รับเงินเดือน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ผลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในกลุ่มประเทศแถบเขตทะเลแคริบเบียน ได้แบ่งลักษณะการประกอบอาชีพออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ประกอบอาชีพ และไม่ได้ประกอบอาชีพ ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพมีโอกาสฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ต่ำเป็น 0.7 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (McCaw-Binns et al., 1995) เนื่องจาก สตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพ ไม่สามารถลางาน เพื่อเข้ารับการฝากครรภ์ได้ทุกครั้งตามเกณฑ์ของการฝากครรภ์

ในขณะที่การศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์และการวางแผนครอบครัว ของประเทศฟิลิปปินส์ ได้แบ่งลักษณะการประกอบอาชีพออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ พนักงานออฟฟิศ หรืองานทางด้านวิชาชีพ งานบริการหรืองานทางด้านการใช้แรงงาน ประกอบธุรกิจส่วนตัว งานที่ได้รับค่าจ้างตามจำนวนงานที่ทำได้หรืองานรับเหมา และไม่ได้ประกอบอาชีพอาชีพ ผลการศึกษาพบว่า พนักงานออฟฟิศหรืองานทางด้านวิชาชีพ มีโอกาสฝากครรภ์สูงเป็น 2.4 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (Miles-Doan & Brewster, 1998) เนื่องจากพนักงานออฟฟิศ หรืองานทางด้านวิชาชีพมีรายได้เฉลี่ยมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ อีกทั้ง พนักงานออฟฟิศหรืองานทางด้านวิชาชีพ ยังมีสวัสดิการที่ครอบคลุมถึงผลประโยชน์ทางด้านการศึกษา

จากการสังเคราะห์งานการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า การประกอบอาชีพส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ในลักษณะ 2 รูปแบบ ได้แก่

รูปแบบที่หนึ่ง สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีโอกาสที่จะฝากครรภ์คุณภาพมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพ เนื่องจาก สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพบางรายจะมีเวลาเพียงพอที่จะไปฝากครรภ์คุณภาพ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพซึ่งรับภาระเรื่องงานและกลัวการสูญเสียเวลาหรือรายได้จากการประกอบอาชีพ จึงทำให้ไม่ได้ฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

รูปแบบที่สอง สตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพ มีโอกาสฝากครรภ์คุณภาพมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจาก สตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพ บางรายมีความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ ที่รองรับต่อทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและค่าใช้จ่ายแฝงจากการฝากครรภ์คุณภาพ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อีกทั้ง ในบางอาชีพยังจัดสวัสดิการที่ครอบคลุมถึงผลประโยชน์

ทางด้าน การฝากครรภ์ และการคลอด ยกตัวอย่างเช่น สิทธิการลางานเพื่อฝากครรภ์ สิทธิค่าตรวจ และสิทธิการคลอด เป็นต้น

4.5 ศาสนาที่สตรีตั้งครรรภ์นับถือ

ศาสนาที่สตรีตั้งครรรภ์นับถือ เป็นตัวแปรทางด้านสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับจิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากศาสนาถือเป็นสิ่งที่พึงทางจิตใจของสมาชิกในสังคม โดยแต่ละศาสนาย่อมมีความเชื่อและแนวทางในการปฏิบัติที่สอดคล้องกับหลักธรรมคำสอนที่บ่งบอกถึงความเป็นศาสนานั้น ๆ

การศึกษาการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกของประเทศอินเดีย เมื่อแบ่งศาสนาที่นับถือออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ พุทธ คริสต์ และอิสลาม ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรรภ์ที่นับถือศาสนาอิสลามมีโอกาสฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรรภ์ และฝากครรรภ์ครบตามเกณฑ์ต่ำเป็น 0.7 และ 0.3 เท่า ตามลำดับ ของสตรีตั้งครรรภ์ที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาคริสต์ (Navaneetham et al., 2002) เนื่องจากข้อปฏิบัติ และหลักความเชื่อของศาสนาอิสลาม มักจำกัดการออกนอกบ้านของสตรี ทำให้สตรีตั้งครรรภ์ที่นับถือศาสนาอิสลามไม่สามารถไปฝากครรรภ์ที่โรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกของประเทศอินเดีย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ศาสนาพุทธและศาสนาคริสต์ มีโอกาสที่จะฝากครรรภ์สูงเป็น 2.3 และ 3.2 ตามลำดับ ของศาสนาอิสลาม (Pallikadavath et al., 2004) เนื่องจากสตรีตั้งครรรภ์ที่นับถือศาสนาอิสลามมักจะนิยมฝากครรรภ์กับผดุงครรรภ์โบราณที่ให้บริการฝากครรรภ์เคลื่อนที่ตามบ้านของสตรีตั้งครรรภ์ ตามหลักความเชื่อทางศาสนา และวิถีชีวิตที่ปฏิบัติสืบทอดตามกันมา

จากการสังเคราะห์งานการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า ศาสนาที่นับถือส่งอิทธิพลต่อการฝากครรรภ์ ผ่านการกำหนดความเชื่อและการแสดงออกทางพฤติกรรม โดยศาสนาอิสลามมีแนวทางการปฏิบัติที่เคร่งครัดในเรื่องการกำจัดการออกนอกบริเวณบ้านของสตรีตั้งครรรภ์ ประกอบกับความเชื่อในการฝากครรรภ์กับผดุงครรรภ์โบราณ ทำให้สตรีตั้งครรรภ์ชาวมุสลิมเข้ารับการฝากครรรภ์ที่มีคุณภาพน้อยกว่าสตรีที่นับถือศาสนาอื่น ๆ

4.6 การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนของสตรีตั้งครรรภ์

การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนของสตรีตั้งครรรภ์ ถือเป็นตัวแปรทางด้านสังคมที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรรภ์ เนื่องจากระบบการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาอย่างเป็นทางการในโรงเรียนถือเป็นกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับเพศที่ครอบคลุมพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ การทำงานของสรีระ การดูแลสุขภาพอนามัย ทัศนคติ ค่านิยม สัมพันธภาพ พฤติกรรมทางเพศ มิติทางสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อวิถีชีวิตทางเพศ ซึ่งบรรจุเนื้อหาการเรียนการสอนเกี่ยวกับเพศวิถีครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ 1) ความสัมพันธ์ 2) ค่านิยม ทัศนคติ และทักษะ 3) วัฒนธรรม สังคม และ

สิทธิมนุษยชน 4) พัฒนาการของมนุษย์ 5) พฤติกรรมทางเพศ และ 6) สุขภาพทางเพศ และอนามัย การเจริญพันธุ์ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2559) ทำให้สตรีที่เคยเรียนเรื่องเพศศึกษาตระหนัก มีความรู้ และความเข้าใจถึงความสำคัญของการฝากครรภ์

การศึกษาส่วนใหญ่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนเรื่องเพศศึกษาใน โรงเรียนกับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการศึกษาเรื่องเพศศึกษาในหัวข้อ เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ และได้รับการฝากครรภ์ มีมากถึงร้อยละ 81.5 (Paredes et al., 2005) เนื่องจากการเรียนเรื่องเพศศึกษาจะส่งผลให้สตรีตระหนักถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์ และเข้ารับ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและ ทารกของประเทศอินเดีย ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่อง เพศศึกษา มีโอกาสที่จะฝากครรภ์สูงเป็น 2 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่อง เพศศึกษา (Navaneetham et al., 2002) เนื่องจากการได้รับข้อมูลเรื่องเพศศึกษาจะสะท้อนให้เห็น ถึงผลดีของการฝากครรภ์ และผลเสียของการไม่ฝากครรภ์ (Pallikadavath et al., 2004)

จากการสังเคราะห์งานการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า ตัวแปรการเรียนเรื่องเพศศึกษาใน โรงเรียนส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เนื่องจากหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษา ในสถาบันการศึกษาอย่างเป็นทางการจะได้รับการรับรองหลักสูตรที่มีความครอบคลุมทางด้านอนามัย การเจริญพันธุ์ และมีการประเมินผลการศึกษาอย่างเป็นทางการเป็นมาตรฐาน ทำให้สตรีที่เคยได้รับการศึกษา เรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนมีความตระหนัก และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝากครรภ์

5. ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย

ที่อยู่อาศัย เป็นตัวแปรทางด้านที่อยู่อาศัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างของพื้นที่และเป็น ตัวกำหนดความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อีกทั้ง ยังสะท้อนให้ เห็นถึงความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และพฤติกรรมของประชากรในพื้นที่นั้นอีกด้วย

5.1 เขตที่อยู่อาศัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ในเขตตอนใต้ของประเทศอินเดีย เมื่อแบ่งกลุ่มของเขตที่อยู่อาศัยออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เขตเมืองและเขตชนบท ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง มีโอกาสที่จะได้รับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์หรือฝากครรภ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง สูงเป็น 1.3 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท (Nielsen et al., 2001) เนื่องจากพื้นที่เขตเมืองมีการกระจายตัวของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขที่มี แพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์มากกว่าเขตชนบท ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขต เมืองสามารถเข้าถึงการฝากครรภ์ที่สะดวกสบายมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท สอดคล้อง

กับ การศึกษาการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกของประเทศอินเดีย ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีโอกาสที่จะฝากครรภ์สูงเป็น 1.5 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท (Navaneetham et al., 2002) เนื่องจาก โรงพยาบาลและ หน่วยงานสาธารณสุขโดยส่วนใหญ่มักตั้งอยู่ในเขตเมือง อีกทั้ง การเดินทางไปโรงพยาบาลหรือ หน่วยงานสาธารณสุขในเขตเมืองมีความสะดวกสบายมากกว่าเขตชนบท ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยใน เขตเมืองเข้ารับการฝากครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตชนบท สอดคล้องกับการศึกษา ลักษณะโครงสร้างครัวเรือนที่ส่งอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารก ในประเทศเนปาล ผลการศึกษาพบว่า จำนวนของสถานบริการสุขภาพ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ มีความทันสมัยอยู่ในเขตเมืองคิดเป็นร้อยละ 64 ซึ่งมากกว่าในเขตชนบทคิดเป็นร้อยละ 36 ตามลำดับ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตเมืองมีโอกาสฝากครรภ์สูงเป็น 1.4 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยใน เขตชนบท (Matsumura & Gubhaju, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการได้รับ การดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกในตอนใต้ของประเทศอินเดีย ผลการศึกษาพบว่า สตรี ตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตเมืองมีโอกาสฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์สูงเป็น 4 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตชนบท (Mekonnen et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในเขตชนบทของประเทศเคนยา ผลการศึกษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยในเมืองมีโอกาสฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยใน เขตชนบท 3 เท่า (Raghupathy & medicine, 1996) เนื่องจาก สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตชนบท จะต้องเผชิญกับความไม่สะดวกสบายในการเดินทางเพื่อไปฝากครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยใน เขตเมือง นอกจากนี้ยังพบว่า ความไม่เพียงพอของทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ และอุปกรณ์ ทางทางการแพทย์ในเขตชนบท ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีโอกาสที่จะฝากครรภ์สูงเป็น 1.1 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท (Bhatia & Cleland, 1995)

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของประเทศตุรกี ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตชนบทมีโอกาสฝากครรภ์ต่ำเป็น 0.3 เท่า ของสตรี ตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตเมือง (Magadi et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบและปัจจัยที่ส่ง อิทธิพลต่อการเข้าถึงการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารกของประเทศจอร์แดน ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตชนบทมีโอกาสฝากครรภ์ต่ำเป็น 0.8 เท่า ของสตรี ตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตเมือง (Obermeyer & Potter, 1991) เนื่องจาก สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขต ชนบทมักมีความเชื่อและค่านิยมเกี่ยวกับการผดุงครรภ์โบราณ ประกอบกับความไม่เพียงพอของ โรงพยาบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุข

จากการสังเคราะห์งานการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า พื้นที่อยู่อาศัยส่งอิทธิพลต่อการฝาก
ครรภ์ที่มีคุณภาพ เมื่อแบ่งพื้นที่อยู่อาศัยออกเป็นเขตเมืองและเขตชนบท เนื่องจาก ความเหลื่อม
ล้ำของการเข้าถึงการฝากครรภ์ ได้แก่ ความไม่เพียงพอทางด้านโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ
ในเขตชนบท ความไม่เพียงพอทางด้านทรัพยากรบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในเขตชนบท
และความสะดวกสบายในการเดินทางเพื่อไปฝากครรภ์ในเขตเมือง เป็นต้น ประกอบกับความเชื่อและ
ค่านิยมในการฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณในเขตชนบท ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตเมืองมี
โอกาสฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตชนบท



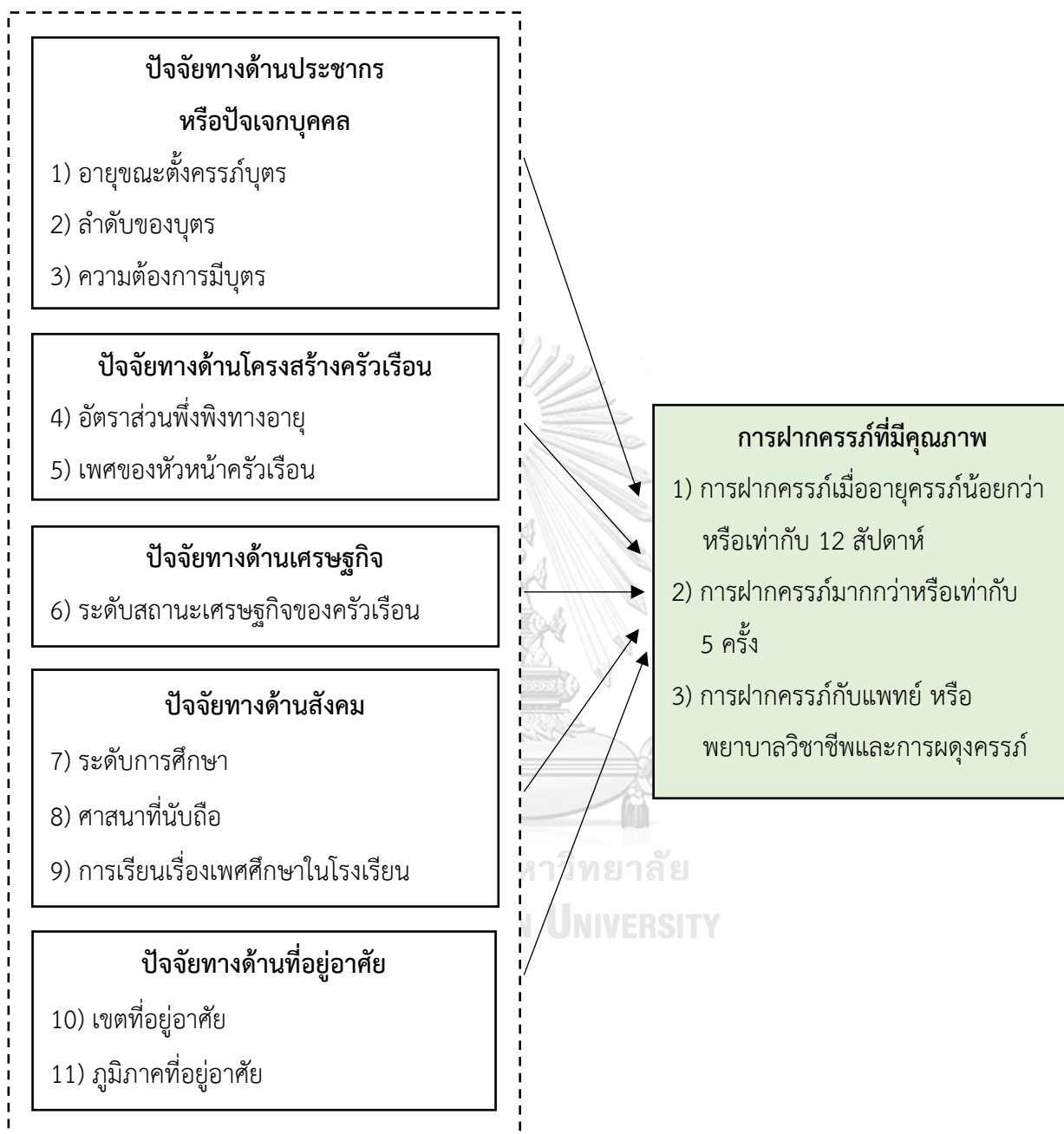
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

จากการทบทวนเอกสารและงานการศึกษาพบว่า มีตัวแปรอิสระมากมายที่ส่งอิทธิพลต่อตัวแปรที่สนใจศึกษา คือ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558-2559 ซึ่งตรงกับรอบการจัดทำครั้งที่ 5 ในระดับนานาชาติ (The Multiple Indicator Cluster Survey: MICS5) อันเป็นข้อมูลชนิดทุติยภูมิ ซึ่งไม่ได้เป็นข้อมูลที่เกิดจากการสำรวจของผู้วิจัยเอง จึงทำให้ตัวแปรอิสระบางตัวที่ได้ศึกษา มาจากเอกสารการศึกษาและงานวิจัยในอดีต ว่าส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากตัวแปรไม่ได้ถูกสำรวจในโครงการดังกล่าว ดังนั้น กรอบแนวคิดที่นำมาใช้เพื่อการศึกษาดังกล่าว จึงสามารถแบ่งประเภทปัจจัยของตัวแปรอิสระออกเป็น 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล 2) ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน 3) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ 4) ปัจจัยทางด้านสังคม และ 5) ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย (ดังแสดงในแผนภาพที่ 13)



แผนภาพที่ 13 แสดงกรอบแนวคิดการศึกษาในครั้งนี้



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัยและแหล่งที่มาของข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้วิธีวิทยา (Methodology) ที่เป็นระบบ ในการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องมือทางสถิติที่เน้นการใช้ตัวเลขเป็นหลักฐานในการสนับสนุนข้อค้นพบ และข้อสรุปสำหรับการศึกษา โดยในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จาก “โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 ซึ่งตรงกับรอบการจัดทำครั้งที่ 5 ในระดับนานาชาติ” (The Multiple Indicator Cluster Survey: MICS5) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติภายใต้การสนับสนุนขององค์การยูนิเซฟ (Unicef) ซึ่งมีลักษณะข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-Section Data) เนื่องจากเป็นข้อมูลที่เกิดจากการสำรวจระดับประเทศในช่วงเวลาหนึ่ง

ส่วนในด้านของความเป็นมาของโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (The Multiple Indicator Cluster Survey: MICS) เป็นการสำรวจที่พัฒนาโดยองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติหรือองค์การยูนิเซฟ (Unicef) ซึ่งจัดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1995 โดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ 1) เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลให้มีความทันสมัย สำหรับใช้ในการประเมินสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย 2) เพื่อสร้างข้อมูลสำหรับใช้ประเมินและติดตามความก้าวหน้าในด้านต่าง ๆ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน 3) เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและแผนงานต่าง ๆ 4) เพื่อจัดทำดัชนีชี้วัดที่เป็นสากล และสามารถนำไปเปรียบเทียบระหว่างประเทศได้

สำหรับประเทศไทย หน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย คือ สำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อใช้ข้อมูลสำหรับประกอบการกำหนดนโยบายและโครงการต่าง ๆ รวมทั้งใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยได้มีการจัดทำสำรวจดังกล่าวขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2549 หรือ MICS3 หลังจากนั้นได้มีการสำรวจเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและประเมินสถานการณ์เด็กและสตรีอย่างต่อเนื่องโดยมีการจัดทำสำรวจขึ้นในครั้งที่สองตรงกับปี พ.ศ. 2555 หรือ MICS4 โดยได้นำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในกระบวนการบันทึกและจัดเก็บข้อมูล อีกทั้ง ยังเปลี่ยนการบันทึกข้อมูลจากการเขียนด้วยลายมือเป็นการบันทึกลงในอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ที่มีการติดตั้งโปรแกรมสำหรับการบันทึกข้อมูลในแต่ละข้อคำถาม พร้อมทั้งมีการตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของข้อมูลอย่างเป็นระบบ ล่าสุดได้พัฒนาการสำรวจจนมาถึงครั้งที่ห้า ซึ่งดำเนินการจัดทำ

ระหว่างเดือนพฤศจิกายนในปี พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมีนาคม ในปี พ.ศ. 2559 ได้มีการเพิ่มข้อคำถาม และกำหนดดัชนีชี้วัดที่ทันสมัยเกี่ยวกับสถานการณ์เด็กและสตรี เพื่อก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อประเทศชาติในอนาคต

ในส่วนของโครงสร้างแบบสอบถามโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 (The Multiple Indicator Cluster Survey: MICS5) ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ประเภท ได้แก่ 1) แบบสอบถามครัวเรือน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นของครัวเรือน ลักษณะครัวเรือน ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน พฤติกรรมในการอบรมเด็ก น้ำและสุขาภิบาล การล้างมือ และเกลือไอโอดีน 2) แบบสอบถามสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15-49 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นของสตรี ภาวะเจริญพันธุ์ ความต้องการบุตรคนสุดท้าย อนามัยมารดาและทารก การคุมกำเนิด ความต้องการที่ยังไม่สัมฤทธิ์ ทักษะคิดต่อความรุนแรงในครอบครัว การสมรสหรือการอยู่ร่วมกันฉันสามีภรรยา และการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ 3) แบบสอบถามผู้ชายวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15-49 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นของผู้ชาย ภาวะเจริญพันธุ์ ทักษะคิดต่อความรุนแรงในครอบครัว การสมรสหรือการอยู่ร่วมกันฉันสามีภรรยา และการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ และ 4) แบบสอบถามสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นของเด็ก อายุของเด็ก การจดทะเบียนเกิด พัฒนาการของเด็ก การกินนมแม่และการกินอาหาร ภูมิคุ้มกัน การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลบางส่วนจากแบบสอบถามครัวเรือนและแบบสอบถามสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15-49 ปี ซึ่งมีข้อคำถามที่สามารถนำมาสร้างและกำหนดตัวแปรอิสระในการศึกษา ดังต่อไปนี้ คำถามเรื่องลักษณะทั่วไปของสตรี ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาของสตรี สถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน คำถามเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ ได้แก่ ปี พ.ศ. ที่ให้กำเนิดบุตรคนสุดท้าย คำถามเรื่องความต้องการบุตรคนสุดท้าย ได้แก่ ความต้องการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย คำถามเรื่องอนามัยมารดาและทารก ได้แก่ การฝากครรภ์ขณะตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย บุคคลที่ไปพบระหว่างฝากครรภ์ ระยะเวลาที่ไปฝากครรภ์ครั้งแรกหลังจากตั้งครรภ์ จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจครรภ์ การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน สำหรับในส่วนของแบบสอบถามครัวเรือน ข้อคำถามเกี่ยวกับเขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาคที่อยู่อาศัย เพศของหัวหน้าครัวเรือน ศาสนาที่สตรีนับถือ จากนั้นได้สร้างตัวแปรขึ้นมาใหม่คือ อัตราส่วนพึงพิงทางอายุ จากตัวแปรอายุของสมาชิกในครัวเรือนเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษารื่องการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นประเด็นเรื่องการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับงานทางด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ดังนั้น ประชากรกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มวิเคราะห์ จึงเป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15-49 ปี ที่เคยคลอดบุตรคนสุดท้ายภายใน 2 ปีก่อนการสัมภาษณ์ จำนวนทั้งสิ้น 2,092 คน เนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับกระบวนการฝากครรภ์ อันจะทำให้การศึกษาเรื่องการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในครั้งนี้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

3.3 ขั้นตอนการเลือกตัวอย่าง

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สุ่มตัวอย่างของโครงการสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบสองชั้นภูมิ (Stratified Two-Stage Sampling) ซึ่งใช้เกณฑ์ด้านพื้นที่เป็นตัวกำหนดชั้นภูมิ คือ กรุงเทพมหานคร และอีก 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ และจำแนกตามเขตการปกครอง ได้แก่ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล

การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง เป็นการเลือกเขตแขงนับตัวอย่าง (Enumeration Areas: EA) ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบโดยความน่าจะเป็นที่เป็นสัดส่วนกับจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้นในเขตแขงนับนั้น ๆ (Systematically with Probability Proportional to Size: PPS) เป็นสัดส่วนกับจำนวนครัวเรือนทั้งหมดในเขตแขงนับนั้น ๆ จึงทำให้ได้จำนวนครัวเรือนตัวอย่างจากเขตแขงนับทั้งหมด 1,579 เขต ซึ่งมีการกระจายตัวในลักษณะเท่ากันตามเขตการปกครอง (ดังแสดงในตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนเขตแขงนับตัวอย่าง จำแนกตามภูมิภาคและเขตการปกครอง

ภูมิภาค	รวม		ในเขตเทศบาล		นอกเขตเทศบาล	
	จำนวน EA	จำนวน ครัวเรือน	จำนวน EA	จำนวน ครัวเรือน	จำนวน EA	จำนวน ครัวเรือน
กรุงเทพมหานคร	150	3,000	150	3,000	-	-
ภาคกลาง	271	5,420	129	2,580	142	2,840
ภาคเหนือ	272	5,440	113	2,260	159	3,180
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	447	8,940	187	3,740	260	5,200
ภาคใต้	439	8,780	196	3,920	243	4,860
ทั่วประเทศ	1,579	31,580	775	15,500	804	16,080

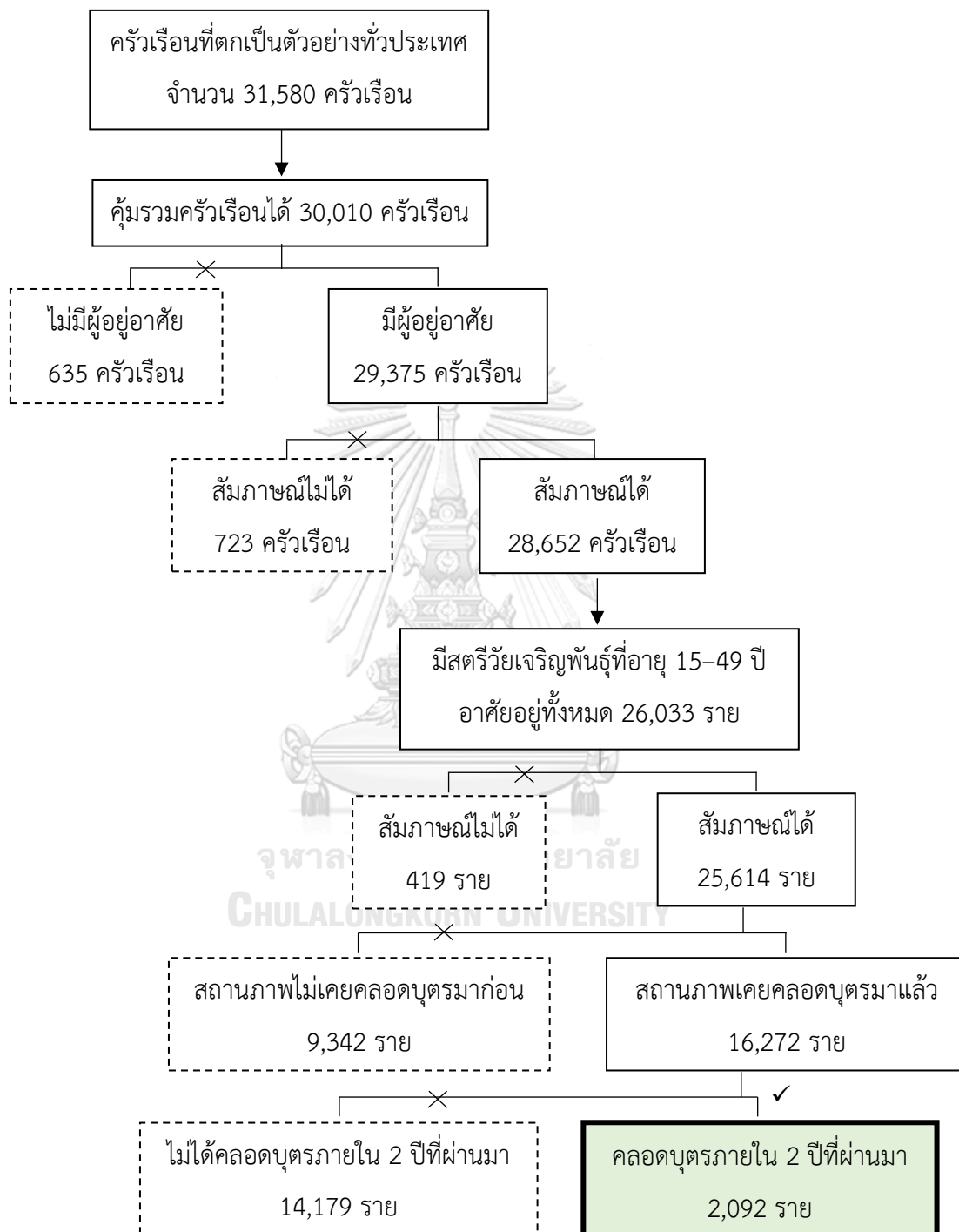
ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562

การเลือกตัวอย่างขั้นที่สอง เป็นการเลือกครัวเรือนจากเขตแฉงนั้บทั้หมด โดยเลือกเขตแฉงนั้บ
ละ 20 ครัวเรือน ดั้งนั้บ จะได้ครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างทั้ประเทศจันวนทั้สั้ 31,580 ครัวเรือน
และมีการนำเสนอผลโดยการใช้ค่าถ่วงน้ำหนกตัวอย่างตามเพศและอายุ

ดั้งนั้บ ประชากรกลุ่มเป้าหมายจึงมาจากแผนสุ่มครัวเรือนตัวอย่างจันวน 31,580 ครัวเรือน
แต่เนื่องจากขนาดครัวเรือนที่ทำการสำรวจจันวนน้อยกว่าที่กำหนดไว้ในแผนการสุ่มตัวอย่าง ทำให้คั้ม
รวมครัวเรือนได้ทั้สั้ 30,010 ครัวเรือน ซึ่งมีผู้อาศัยจันวน 29,375 ครัวเรือน และสามารถ
สัมภาษณ์ได้จันวน 29,375 ครัวเรือน โดยในครัวเรือนที่สัมภาษณ์ได้นี้มีสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อายุ
15–49 ปี จันวน 26,033 ราย สัมภาษณ์ได้ทั้สั้ 25,614 ราย และในส่วนของสตรีที่สัมภาษณ์ได้
เป็นสตรีที่มีสถานสถานภาพเคยคลอดบุตรมาแล้วจันวน 16,272 ราย โดยสตรีที่คลอดบุตรภายใน 2
ปีที่ผ่านมามีเข้าข่ายเป็นตัวอย่างในการศึกษาจันวน 2,092 ราย อันที่จะสามารถสะท้อนการศึกษา
เรื่องการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพได้อย่างชัดเจน (ดั้งแสดงในแผนภาพที่ 14)



แผนภาพที่ 14 แสดงขั้นตอนการจำแนกประชากรตามสถานภาพการมีบุตร



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562

3.4 ขอบเขต ข้อจำกัด และคุณค่าของการศึกษา

3.4.1 ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 15-49 ปี ที่เคยคลอดบุตร คนสุดท้ายภายใน 2 ปี ก่อนการสัมภาษณ์ จำนวนทั้งสิ้น 2,092 คน ข้อมูลจากการตั้งครรภ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ เป็นข้อมูลการตั้งครรภ์ของบุตรคนสุดท้ายของสตรีในกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น

3.4.2 ข้อจำกัดของการศึกษา

ในส่วนข้อจำกัดทางด้านข้อมูล พบว่า เนื่องจากผู้วิจัยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทยในหลากหลายมิติ ไม่ได้สร้างขึ้นมาเพื่อการศึกษาเรื่องการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพโดยเฉพาะ จึงทำให้ข้อมูลดังกล่าวไม่ปรากฏปัจจัยบางประการที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ได้แก่ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคู่สมรสของสตรีขณะตั้งครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของคู่สมรส และความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส เป็นต้น และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของสตรีตั้งครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น ลักษณะอาชีพของสตรีขณะตั้งครรภ์ และสวัสดิการการรักษาพยาบาล เป็นต้น

สำหรับข้อจำกัดทางการศึกษา พบว่า เกณฑ์คุณภาพที่ใช้ในการวิเคราะห์การฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์เป็นเกณฑ์สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกประเมินจากแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์แล้วว่าจะไม่มีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกประเมินว่ามีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจพิเศษซึ่งมีลักษณะเฉพาะรายตามอาการแสดง และความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์รายนั้น ทั้งนี้ ในระหว่างการตั้งครรภ์ สตรีอาจมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มที่มีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ และกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ได้

3.4.3 ประโยชน์ที่ได้รับในเชิงนโยบาย

ข้อมูลโครงการสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นข้อมูลที่น่าเสนอสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทยที่ดีที่สุด และทันสมัยที่สุดในประเทศ ดังนั้น การวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยในครั้งนี้ จึงเป็นข้อค้นพบที่ได้รับการสนับสนุนจากข้อมูลในเชิงสถิติที่มีคุณค่าแก่การนำไปสร้างสรรค์แนวทางในการออกนโยบาย เพื่อพัฒนาแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพอย่างตรงจุดและละเอียดลึกซึ้ง อันจะนำไปสู่การพัฒนาประชากรที่มีคุณภาพของประเทศ

3.5 การบริหารจัดการข้อมูลและการนิยามตัวแปรเพื่อการเตรียมก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานศึกษาที่เกี่ยวข้องก่อนหน้านี้ซึ่งพบปัจจัยที่คาดว่าจะส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ จึงได้ดำเนินการสู่ขั้นตอนการบริหารจัดการข้อมูล เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 (The Multiple Indicator Cluster Survey: MICS5) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังนั้น จึงมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลให้มีความครบถ้วนและถูกต้องมากที่สุด โดยเริ่มจากการตรวจสอบตัวแปรสถานภาพการคลอดบุตรภายใน 2 ปีที่ผ่านมา จากนั้นทำการตรวจสอบตัวแปรอิสระต่าง ๆ ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนเอกสารและงานการศึกษาที่กระจายอยู่ตามแต่ละส่วนของแบบสอบถาม จากนั้นได้ทำการตรวจสอบข้อมูลที่สูญหาย (Missing Data) และทำการแก้ไขค่าข้อมูลเพียงบางส่วนที่ตอบไม่ครบหรือไม่ถูกต้อง ยกตัวอย่างเช่น การแปลงระยะเวลาของการฝากครรภ์จากหน่วยเดือนเป็นสัปดาห์ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับหน่วยวิเคราะห์ของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้บริหารจัดการค่าตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ยกตัวอย่างเช่น การสร้างตัวแปรใหม่และการจัดกลุ่มตัวแปรให้มีความสอดคล้องกับตัวแปรของการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครบถ้วนและสมบูรณ์ เหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ

ในการบริหารจัดการค่าตัวแปร ผู้วิจัยได้ทำการนิยามและจัดกลุ่มตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา โดยตัวแปรตาม คือ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และจัดประเภทของปัจจัยตัวแปรอิสระออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล 2) ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน 3) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ 4) ปัจจัยทางด้านสังคม และ 5) ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย (ดังแสดงในตารางที่ 8)

3.5.1 ตัวแปรที่สนใจศึกษา

ตัวแปรที่สนใจศึกษา คือ การได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ หมายถึง การบริการและการดูแลที่ผ่านแนวทางการพิสูจน์แล้วว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เพื่อให้ได้รับการตรวจตามกระบวนการดูแลการตั้งครรภ์อย่างถูกต้องและครบถ้วน (สุพร แก้วศิริวรรณ, 2556) ซึ่งประกอบด้วย 3 ตัวแปรย่อย ได้แก่

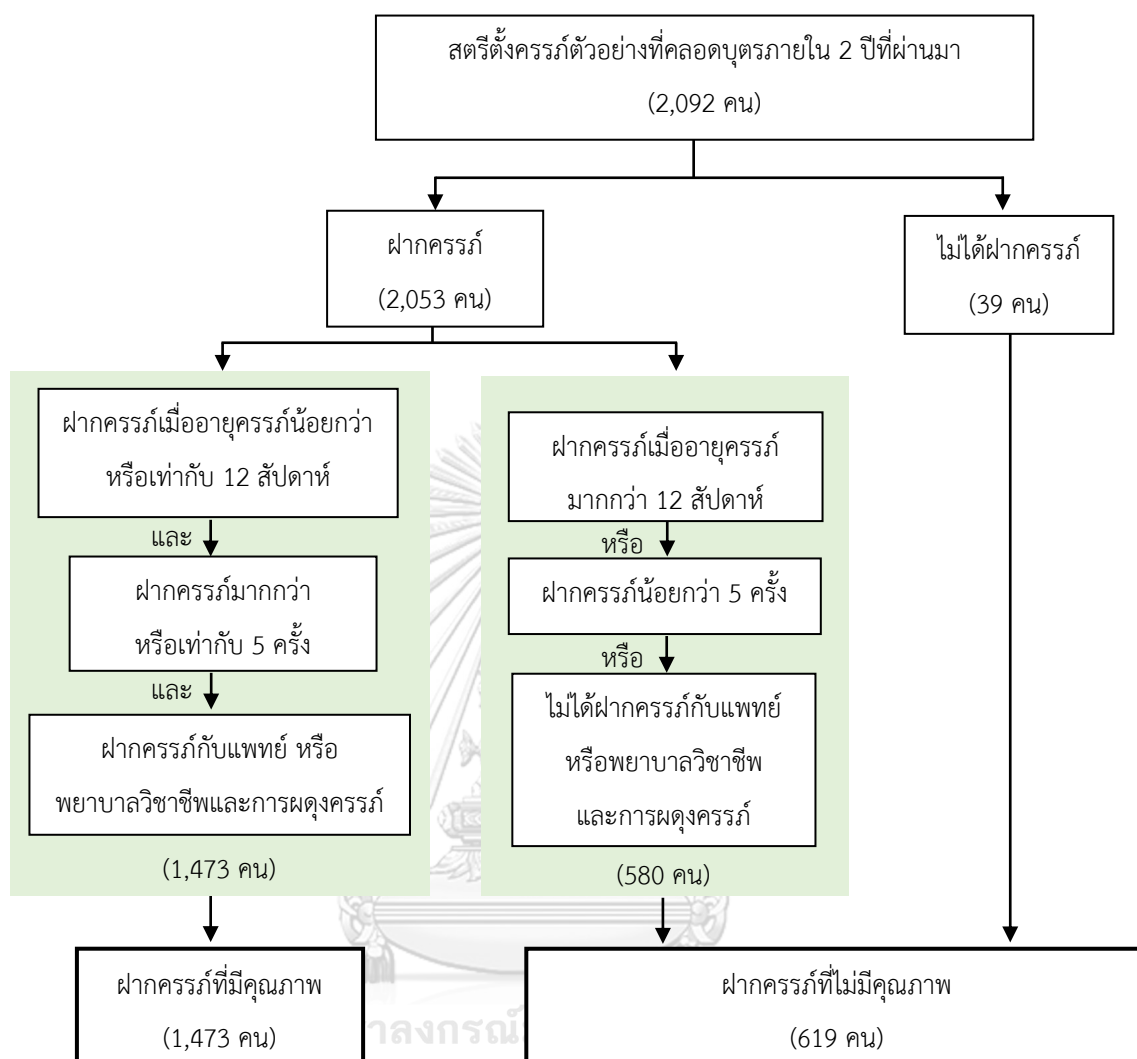
1) การฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ หมายถึง ระยะเวลาที่สตรีฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์บุตร ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากข้อคำถามว่า “ท่านไปฝากครรภ์ (ชื่อบุตร) ครั้งแรกหลังจากตั้งครรภ์แล้วก็สัปดาห์ หรือกี่เดือน” โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ได้แก่ 1) ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ เป็นกลุ่มอ้างอิง และ 2) ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

2) การฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง หมายถึง จำนวนครั้งที่สตรีฝากครรภ์ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอดบุตร ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากข้อคำถามว่า “ท่านได้รับการตรวจครรภ์กี่ ครั้ง ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้” โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ได้แก่ 1) ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง เป็นกลุ่มอ้างอิง และ 2) ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง

3) การฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ หมายถึง บุคคลที่ให้บริการฝากครรภ์แก่สตรี ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากข้อคำถามว่า “ท่านไปฝากครรภ์กับใคร” โดยข้อคำถามดังกล่าวสามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ได้แก่ 1) ไม่ได้ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและผดุงครรภ์ เป็นกลุ่มอ้างอิง และ 2) ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและผดุงครรภ์

จากนั้น ผู้วิจัยได้นำตัวแปรย่อยทั้ง 3 ตัวแปร มาสร้างเป็นตัวแปรหลักคือ ตัวแปรการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งจะต้องประกอบด้วย 3 ตัวแปรย่อย คือ 1) ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ 2) ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง และ 3) ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและผดุงครรภ์ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้ฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ผู้วิจัยได้มาจากการขาดตัวแปรย่อยใดตัวแปรย่อยหนึ่งของตัวแปรการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ รวมกับตัวแปรการไม่ได้ฝากครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากข้อคำถามว่า “ขณะตั้งครรภ์ (ซึ่งบุตร) ท่านฝากครรภ์กับใครหรือไม่” จากนั้น ผู้วิจัยได้ทำการปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ได้แก่ 1) ไม่ได้ฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เป็นกลุ่มอ้างอิง และ 2) ฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ (ดังแสดงในแผนภาพที่ 15)

แผนภาพที่ 15 แสดงการจัดกลุ่มประชากรตามลักษณะตัวแปรที่สนใจศึกษา



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

3.5.2 ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระของการศึกษาในครั้งนี้ถูกจำแนกออกเป็น 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล 2) ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน 3) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ 4) ปัจจัยทางด้านสังคม และ 5) ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย (ดังแสดงในตารางที่ 8)

1. ปัจจัยทางด้านประชากรและปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ อายุสตรีขณะตั้งครรภ์บุตร ลำดับของบุตร และความต้องการมีบุตร โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

อายุสตรีขณะตั้งครรภ์บุตร หมายถึง อายุปีและเดือนตั้งแต่ 15-49 ปีบริบูรณ์ นับตั้งแต่สตรีตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย โดยกำหนดให้สตรีตั้งครรภ์ตัวอย่างทุกรายตั้งครรภ์แบบปกติ

กล่าวคือ สตรีใช้ระยะเวลาในการตั้งครรภ์ 9 เดือน ซึ่งตัวแปรดังกล่าว ผู้วิจัยนำมาจาก 3 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อคำถาม “เดือน และปีที่ถูกสัมภาษณ์” ข้อคำถามว่า “ท่านเกิดเดือนอะไร และ พ.ศ.อะไร” และ ข้อคำถาม “จากจำนวนบุตรทั้งสิ้น ท่านให้กำเนิดบุตรคนสุดท้ายเมื่อเดือนอะไร และ พ.ศ.อะไร” โดยผู้วิจัยใช้วิธีการคำนวณ 6 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่หนึ่ง: หาอายุสตรี (หน่วยเป็นเดือน) ณ วันที่สัมภาษณ์ โดยคำนวณจากการนำปีที่สตรีตั้งครรภ์ถูกสัมภาษณ์ลบกับปีที่สตรีตั้งครรภ์เกิด แล้วนำค่าที่ได้ไปคูณกับค่า 12 เพื่อแปลงให้เป็นหน่วยเดือน จากนั้นนำค่าที่ได้ไปบวกกับเดือนที่สตรีตั้งครรภ์ถูกสัมภาษณ์ ลบกับเดือนที่สตรีตั้งครรภ์เกิด ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะนำอายุสตรีที่คำนวณได้ ไปตรวจสอบความถูกต้องกับตัวแปรอายุที่สตรีรายงาน หากพบว่าข้อมูลอายุสตรีที่คำนวณได้มีการสูญหาย (Missing Data) ข้อมูลนั้นจะถูกแทนที่ด้วยตัวแปรอายุที่สตรีรายงาน

$$\text{อายุสตรี (หน่วยเป็นเดือน)} = ((\text{ปีที่สัมภาษณ์} - \text{ปีเกิดของสตรี}) \times 12) + (\text{เดือนที่สัมภาษณ์} - \text{เดือนเกิดของสตรี})$$

ขั้นตอนที่สอง: หาอายุบุตร (หน่วยเป็นเดือน) ณ วันที่สัมภาษณ์ โดยคำนวณจากการนำปีที่สตรีตั้งครรภ์ถูกสัมภาษณ์ลบกับปีที่บุตรเกิด แล้วนำค่าที่ได้ไปคูณกับค่า 12 เพื่อแปลงให้เป็นหน่วยเดือน จากนั้นนำค่าที่ได้ไปบวกกับเดือนที่สตรีตั้งครรภ์ถูกสัมภาษณ์ลบกับเดือนที่บุตรเกิด

$$\text{อายุบุตร (หน่วยเป็นเดือน)} = ((\text{ปีที่สัมภาษณ์} - \text{ปีเกิดของบุตร}) \times 12) + (\text{เดือนที่สัมภาษณ์} - \text{เดือนเกิดของบุตร})$$

ขั้นตอนที่สาม: หาอายุสตรีขณะตั้งครรภ์ (หน่วยเป็นเดือน) โดยคำนวณจากการนำอายุสตรีตั้งครรภ์ (เดือน) ที่ได้จากขั้นตอนที่หนึ่ง ลบกับอายุบุตร (เดือน) ที่ได้จากขั้นตอนที่สอง แล้วลบกับระยะเวลาในการตั้งครรภ์คือค่า 9

$$\text{อายุสตรีขณะตั้งครรภ์ (หน่วยเป็นเดือน)} = (\text{อายุสตรี} - \text{อายุบุตร}) - 9$$

ขั้นตอนที่สี่: หาอายุปีของสตรีขณะตั้งครรภ์ (หน่วยเป็นปี) โดยคำนวณจากการนำอายุสตรีขณะตั้งครรภ์ (หน่วยเป็นเดือน) ที่ได้จากขั้นตอนที่สาม มาหารด้วยจำนวนเดือนทั้งหมดคือค่า 12 จากนั้นทำการปัดเศษลง (Round Down) เพื่อเอาเฉพาะอายุเต็มปีของสตรีตั้งครรภ์

$$\text{อายุเต็มปีของสตรีขณะตั้งครรภ์ (หน่วยเป็นปี)} = \text{อายุสตรีขณะตั้งครรภ์ (หน่วยเป็นเดือน)} \div 12$$

ขั้นตอนที่ห้า: หาอายุเดือนของสตรีขณะตั้งครรภ์ (หน่วยเป็นเดือน) โดยคำนวณจากการนำอายุสตรีขณะตั้งครรภ์ (หน่วยเป็นเดือน) ลบกับอายุปีของสตรีขณะตั้งครรภ์ (หน่วยเป็นปี) ที่คูณกับจำนวนเดือนทั้งหมดคือค่า 12

$$\text{อายุเดือนของสตรีขณะตั้งครรภ์ (หน่วยเป็นเดือน)} = \text{อายุสตรีขณะตั้งครรภ์ (หน่วยเป็นเดือน)} - (\text{อายุเต็มของสตรีขณะตั้งครรภ์ (หน่วยเป็นปี)} \times 12)$$

ขั้นตอนที่หก: นำค่าที่คำนวณได้มาสร้างเป็นตัวแปรอายุของสตรีขณะตั้งครรภ์ โดยอายุเต็มปี คือ ค่าที่คำนวณได้จากขั้นตอนที่สี่ ส่วนอายุเดือน คือ ค่าที่คำนวณได้จากขั้นตอนที่ห้า

จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับตัวแปรให้เป็นตัวแปรกลุ่มอายุ (Categorical Variable) จำนวน 5 กลุ่ม ตามลักษณะกลุ่มอายุมาตรฐานที่นิยมใช้ในการแสดงโครงสร้างทางประชากรคือ กลุ่มอายุ 5 ปี ได้แก่ 1) อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี เป็นกลุ่มอ้างอิง 2) อายุ 20-24 ปี 3) อายุ 25-29 ปี 4) อายุ 30-34 ปี และ 5) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี

ลำดับของบุตร หมายถึง ลำดับของบุตรจากจำนวนบุตรก่อนหน้าทั้งหมดที่สตรีเคยตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากข้อคำถาม “จำนวนบุตรทั้งหมดที่ให้กำเนิด” เนื่องจากบุตรลำดับสุดท้ายที่สตรีตั้งครรภ์ให้กำเนิดคือ บุตรคนสุดท้าย ซึ่งมีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เคยคลอดบุตรคนสุดท้ายภายใน 2 ปี ก่อนการสัมภาษณ์ ทำให้ผู้วิจัยสามารถนำตัวแปรจากข้อคำถามดังกล่าว มาสร้างเป็นตัวแปรลำดับของบุตรได้ โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับให้เป็นตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variable) จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทารกในครรภ์เป็นบุตรลำดับแรก เป็นกลุ่มอ้างอิง 2) ทารกในครรภ์เป็นบุตรลำดับที่สอง และ 3) ทารกในครรภ์เป็นบุตรลำดับที่สาม และ 4) ทารกในครรภ์เป็นบุตรลำดับที่สี่ขึ้นไป

ความต้องการมีบุตร หมายถึง ความปรารถนาหรือความต้องการมีบุตร เมื่อสตรีทราบว่าตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากข้อคำถาม “ขณะท่านตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายนั้น ท่านต้องการตั้งครรภ์ในตอนนั้นหรือไม่” โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ได้แก่ 1) ต้องการมีบุตร เป็นกลุ่มอ้างอิง และ 2) ไม่ต้องการมีบุตร

2. ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน ประกอบด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ และเพศของหัวหน้าครัวเรือน

อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ หมายถึง อัตราส่วนทางประชากร สามารถคำนวณมาจากประชากรวัยเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 0-14 ปี รวมเข้ากับจำนวนประชากรวัยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ปีของประชากรวัยสูงอายุขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละประเทศ) ทหารด้วยประชากรวัยแรงงานที่มีอายุ

ตั้งแต่ 15-59 ปี ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามครัวเรือนเรื่องตัวแปรอายุของสมาชิกในครอบครัว โดยสามารถแสดงเป็นสมการได้ดังนี้

$$\text{อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ} = \frac{P_{0-14} + P_{60+}}{P_{15-59}}$$

โดย	P_{0-14}	หมายถึง ประชากรวัยเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 0-14 ปี
	P_{60+}	หมายถึง ประชากรวัยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
	P_{15-59}	หมายถึง ประชากรวัยแรงงานที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี

ทั้งนี้ ตัวแปรดังกล่าวมีลักษณะเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous Variable) เนื่องจากค่าที่ได้จากการคำนวณจะมีค่าตั้งแต่ 0 ขึ้นไป ซึ่งหากอัตราส่วนพึ่งพิงมีค่าสูงขึ้น แสดงว่าวัยแรงงานต้องดูแลวัยพึ่งพิงมีค่าสูงขึ้นตามไปด้วย

เพศของหัวหน้าครัวเรือน หมายถึง ลักษณะเพศสภาพของหัวหน้าครัวเรือน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการรับผิดชอบและตัดสินใจในเรื่องสำคัญของสมาชิกในครัวเรือน ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากตัวแปร “เพศของหัวหน้าครัวเรือน” โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ได้แก่ 1) เพศชาย เป็นกลุ่มอ้างอิง และ 2) เพศหญิง

3. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน หมายถึง ฐานะของครอบครัวสตรีซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดสำคัญที่มาจากองค์ประกอบของมาตรฐานการดำเนินชีวิตของครัวเรือน ซึ่งในโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 ได้นิยามสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนว่าเป็นดัชนีความมั่นคงของครัวเรือน ที่ใช้วัดองค์ประกอบมาตรฐานการดำเนินชีวิตของสมาชิกภายในครัวเรือน โดยมีวิธีวิเคราะห์ 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่หนึ่ง: กำหนดปัจจัยตั้งต้นที่ในการวิเคราะห์สถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle Component Analysis: PCA) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่งคั่งของครัวเรือน มีจำนวนทั้งสิ้น 4 ประเภท และ 21 ปัจจัย ได้แก่ 1) ทรัพย์สิน ประกอบด้วย ลักษณะของที่อยู่อาศัย (วัสดุหลักที่ใช้ทำพื้นบ้าน หลังคา ฝาบ้านด้านนอก) เชื้อเพลิงหลักที่ใช้ในการประกอบอาหาร ทรัพย์สินประเภทคงทน (ยกตัวอย่างเช่น ตู้เย็น พัดลม เครื่องซักผ้า เต้าไมโครเวฟ โทรทัศน์ นาฬิกาข้อมือ โทรศัพท์มือถือ รถจักรยานยนต์ รถยนต์ และการมีบัญชีธนาคาร/บัตรเครดิต เป็นต้น) 2) การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ประกอบด้วย การเป็นเจ้าของ

ที่ดินที่ใช้ทำการเกษตร และการเป็นเจ้าของปศุสัตว์ 3) น้ำและสุขาภิบาล ประกอบด้วย แหล่งน้ำดื่มหลัก การใช้ส้วม และการล้างมือ และ 4) คุณลักษณะอื่น ๆ ประกอบด้วย จำนวนคนรับใช้ และจำนวนพ่อ/แม่ของเด็กที่อาศัยอยู่ต่างประเทศ

ขั้นตอนที่สอง: คำนวณค่าน้ำหนักของแต่ละปัจจัยตั้งต้นที่ใช้วิเคราะห์ความมั่งคั่งของครัวเรือนให้กับครัวเรือนตัวอย่างทั้งหมด

ขั้นตอนที่สาม: คำนวณค่าน้ำหนักของแต่ละปัจจัยตั้งต้นที่ใช้วิเคราะห์ความมั่งคั่งของครัวเรือน โดยแยกการคำนวณค่าน้ำหนักระหว่างครัวเรือนในเขตเทศบาลหรือเขตเมือง และนอกเขตเทศบาลหรือเขตชนบท เพื่อลดความเอนเอียงของสังคมเมือง (Urban Bias)

ขั้นตอนที่สี่: นำค่าน้ำหนักของปัจจัยตั้งต้นที่ใช้ในการวิเคราะห์ความมั่งคั่งของครัวเรือนในเขตเมืองและเขตชนบท มาหาสมการถดถอย ซึ่งมีลักษณะของสมการ ดังต่อไปนี้

ค่าสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนตัวอย่างในเขตเมือง = $0.317 + (0.942 \times \text{ค่าน้ำหนักของปัจจัยตั้งต้นของครัวเรือนตัวอย่างในเขตเมือง})$

ค่าสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนตัวอย่างในเขตชนบท = $-0.283 + (0.908 \times \text{ค่าน้ำหนักของปัจจัยตั้งต้นของครัวเรือนตัวอย่างในเขตชนบท})$

ขั้นตอนที่ห้า: นำค่าสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนตัวอย่างทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทมาจำแนกตามเปอร์เซ็นต์ไทล์ ดังต่อไปนี้

เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 1: น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 อยู่ในระดับยากจนมาก

เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 2: 21-40 อยู่ในระดับยากจน

เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3: 41-60 อยู่ในระดับปานกลาง

เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 4: 61-80 อยู่ในระดับร่ำรวย

เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 5: มากกว่าหรือเท่ากับ 81 อยู่ในระดับร่ำรวยมาก

ทำให้ผู้วิจัยได้มาซึ่งตัวแปรสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ที่มีลักษณะเป็นตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variable) จำนวน 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ยากจนมาก เป็นกลุ่มอ้างอิง 2) ยากจน 3) ปานกลาง 4) ร่ำรวย และ 5) ร่ำรวยมาก

4. ปัจจัยทางด้านสังคม

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดที่สตรีได้รับ ซึ่งผู้วิจัยนำมาจาก 2 ข้อคำถาม “ท่านได้เรียนหนังสือสูงสุดระดับใด” และความสามารถในการอ่านและเข้าใจความหมาย จากข้อคำถาม “ต่อไปนี้จะขอให้ท่านอ่านประโยคนี้ให้ฟัง” โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับให้

เป็นตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variable) จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) อ่านหนังสือไม่ออก หรือไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา เป็นกลุ่มอ้างอิง 2) ระดับมัธยมศึกษา (ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ประกาศนียบัตรวิชาชีพการศึกษาด้าน/ประกาศนียบัตรครูเทคนิคชั้นสูง) 3) ระดับอนุปริญญา (ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิค/ประกาศนียบัตรวิชาการศึกษาระดับสูง) และ 4) สูงกว่าหรือเท่ากับระดับปริญญาตรี

ศาสนาที่นับถือ หมายถึง ลัทธิความเชื่อที่สตรีตั้งครรถ์นับถือ ซึ่งผู้วิจัยได้มาจากข้อคำถาม “ท่านนับถือศาสนาอะไร” โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ได้แก่ 1) ศาสนาพุทธและศาสนาคริสต์ เป็นกลุ่มอ้างอิง และ 2) ศาสนาอิสลาม

การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน หมายถึง การเรียนเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนของสตรีตั้งครรถ์ ซึ่งผู้วิจัยได้มาจากข้อคำถาม “ท่านได้เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนหรือไม่” โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ได้แก่ 1) เรียน เป็นกลุ่มอ้างอิง และ 2) ไม่ได้เรียน

5. ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง เขตการปกครองสตรีตั้งครรถ์อาศัยอยู่ ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากข้อคำถาม “เขตที่อยู่อาศัย” โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ได้แก่ 1) เขตเมือง เป็นกลุ่มอ้างอิง และ 2) เขตชนบท

ภูมิภาคที่อยู่อาศัย หมายถึง ภูมิภาคการปกครองสตรีตั้งครรถ์อาศัยอยู่ ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากข้อคำถาม “ภาคที่อยู่อาศัย” โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับให้เป็นตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variable) จำนวน 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กรุงเทพมหานคร เป็นกลุ่มอ้างอิง 2) ภาคเหนือ 3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4) ภาคใต้ และ 5) ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)

ตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย เพื่อศึกษาผลกระทบระหว่างตัวแปรอิสระที่ส่งผลกระทบต่อตัวแปรที่สนใจศึกษา ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับของตัวแปรอิสระอีกตัวหนึ่ง โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับให้เป็นตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variable) จำนวน 9 กลุ่ม ได้แก่ 1) กรุงเทพมหานคร (กรุงเทพมหานครทั้งหมดอยู่ในเขตเมือง) 2) เขตเมืองในภาคเหนือ 3) เขตเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4) เขตเมืองในภาคใต้ 5) เขตเมืองในภาคกลาง 6) เขตชนบทในภาคเหนือ 7) เขตชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8) เขตชนบทในภาคใต้ และ 9) เขตชนบทในภาคกลาง แต่เมื่อนำไปวิเคราะห์ด้วยแบบจำลองถดถอยโพรบิท จะเหลือเพียง 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กรุงเทพมหานคร เป็นกลุ่มอ้างอิง 2) เขตชนบทในภาคเหนือ 3) เขตชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4) เขตชนบทในภาคใต้ และ 5) เขตชนบทในภาคกลาง เนื่องจากเขตเมืองเป็น

กลุ่มอ้างอิงที่มีค่าเท่ากับ 0 ทำให้ไม่ว่าตัวแปรเขตเมืองจะปฏิสัมพันธ์กับภูมิภาคใด ย่อมส่งผลให้ตัวแปรนั้นมีค่าเท่ากับ 0 ตามไปด้วย

ตารางที่ 8 แสดงการสรุปรายละเอียด มาตรวัด และการจัดกลุ่มรายการของตัวแปร
ที่สนใจศึกษาและตัวแปรอิสระ

ลำดับ	ตัวแปร	ประเภทของตัวแปร	รายละเอียดของตัวแปร
ตัวแปรที่สนใจศึกษา			
1	การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ	ตัวแปรหุ่น (Dummy Variable)	ไม่มีคุณภาพ หมายถึง ไม่ครบทั้ง 3 เกณฑ์ (กลุ่มอ้างอิง) มีคุณภาพ หมายถึง ครบทั้ง 3 เกณฑ์
1.1	การฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ตัวแปรหุ่น (Dummy Variable)	ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (กลุ่มอ้างอิง) ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
1.2	การฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง	ตัวแปรหุ่น (Dummy Variable)	ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง (กลุ่มอ้างอิง) ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง
1.3	การฝากครรภ์กับแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์	ตัวแปรหุ่น (Dummy Variable)	ไม่ได้ฝากครรภ์กับแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ (กลุ่มอ้างอิง) ฝากครรภ์กับแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์

ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยทางด้านประชากร หรือปัจเจกบุคคล

1	อายุสตรีขณะตั้งครรภ์บุตร	ตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variable)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี (กลุ่มอ้างอิง) 20-24 ปี 25-29 ปี 30-34 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี
---	--------------------------	---------------------------------------	--

ลำดับ	ตัวแปร	ประเภทของตัวแปร	รายละเอียดของตัวแปร
2	ลำดับของบุตร	ตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variable)	ทารกเป็นบุตรลำดับแรก (กลุ่มอ้างอิง) ทารกเป็นบุตรลำดับที่สอง ทารกเป็นบุตรลำดับที่สาม ทารกเป็นบุตรลำดับที่สี่ขึ้นไป
3	ความต้องการมีบุตร	ตัวแปรหุ่น (Dummy Variable)	ต้องการมีบุตร (กลุ่มอ้างอิง) ไม่ต้องการมีบุตร
ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน			
4	อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ	ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous Variable)	อัตราส่วนจำนวนผู้สูงอายุและเด็กต่อ จำนวนวัยแรงงานในครัวเรือน ซึ่งมี ค่าตั้งแต่ 0 ขึ้นไป
5	เพศของหัวหน้าครัวเรือน	ตัวแปรหุ่น (Dummy Variable)	เพศชาย (กลุ่มอ้างอิง) เพศหญิง
ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ			
6	สถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน	ตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variable)	ยากจนมาก (กลุ่มอ้างอิง) ยากจน ปานกลาง ร่ำรวย ร่ำรวยมาก
ปัจจัยทางด้านสังคม			
7	ระดับการศึกษา	ตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variable)	อ่านหนังสือไม่ออก หรือไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถม ศึกษา (กลุ่มอ้างอิง) ระดับมัธยมศึกษา (ปวช./ปวศ. ตัน/ปทส.) ระดับอนุปริญญา (ปวส./ปวท./ปกศ. สูง) สูงกว่าหรือเท่ากับระดับปริญญาตรี
8	ศาสนาที่นับถือ	ตัวแปรหุ่น (Dummy Variable)	ศาสนาพุทธ และศาสนาคริสต์ (กลุ่มอ้างอิง)

ลำดับ	ตัวแปร	ประเภทของตัวแปร	รายละเอียดของตัวแปร
9	การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน	ตัวแปรหุ่น (Dummy Variable)	ศาสนาอิสลาม ไม่เคยเรียน (กลุ่มอ้างอิง) เคยเรียน
ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย			
10	เขตที่อยู่อาศัย	ตัวแปรหุ่น (Dummy Variable)	เขตเมือง (กลุ่มอ้างอิง) เขตชนบท
11	ภูมิภาคที่อยู่อาศัย	ตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variable)	กรุงเทพมหานคร (กลุ่มอ้างอิง) ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง
ตัวแปรปฏิสัมพันธ์			
12	เขตที่อยู่อาศัย และภูมิภาคที่อยู่อาศัย	ตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variable)	กรุงเทพมหานคร (กลุ่มอ้างอิง) เขตชนบทในภาคเหนือ เขตชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขตชนบทในภาคใต้ เขตชนบทในภาคกลาง

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

3.6 การวิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษา

การวิเคราะห์จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ในส่วนแรก คือ การวิเคราะห์ลักษณะของตัวอย่าง และสำหรับส่วนที่สอง คือ การวิเคราะห์ปัจจัยตัวแปรอิสระต่าง ๆ ที่ส่งอิทธิพลต่อการได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย โดยผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือทางสถิติในการวิเคราะห์ คือ โปรแกรม STATA ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ และนำเสนอผล ดังต่อไปนี้

ส่วนแรกเป็นการวิเคราะห์ลักษณะของตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลที่มีลักษณะเป็นตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variable) และตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) จะถูกนำเสนอในรูปแบบการแจกแจงร้อยละ ส่วนข้อมูลที่มีลักษณะเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous Variable) จะถูกนำเสนอในรูปแบบค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ส่วนในสถิติเชิงพรรณนาแบบตัวแปรคู่จะเพิ่มเติมการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) เพื่อศึกษาว่าในกรณีที่ยังไม่ได้ควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ ตัวแปรอิสระที่สนใจมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P\text{-value} < 0.05$) หรือไม่ และมีความสัมพันธ์ในทิศทางใด

ส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์ผลกระทบของตัวแปรอิสระต่าง ๆ ต่อการได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย โดยผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโพรบิท เนื่องจากตัวแปรที่สนใจศึกษา คือ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (Dummy Variable) คือ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และการฝากครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีวิเคราะห์สมการถดถอยด้วยแบบจำลองโพรบิท (Probit Regression) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เชิงสถิติที่ใช้ในการพยากรณ์ค่าตัวแปรที่สนใจศึกษา (Dependent variable) ซึ่งมีค่าได้เพียง 2 ค่า โดยตัวแปรที่สนใจศึกษามีการกระจายตัวลักษณะปกติ (Normal Distribution) โดยผลการวิเคราะห์ถดถอยโพรบิทจะได้ค่าสัมประสิทธิ์ (Coefficients) ซึ่งบอกได้เพียงความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรที่สนใจศึกษา โดยเมื่อเครื่องหมายหน้า Coefficients เป็นบวกหรือลบ หมายความว่า การเพิ่มขึ้นของตัวแปรอิสระส่งอิทธิพลให้ค่าของตัวแปรตามเพิ่มขึ้นหรือลดลง ตามลำดับ เนื่องจากการอ่านผลการวิเคราะห์ดังกล่าวไม่เป็นที่นิยมมากนัก เพราะการแปรผลมีลักษณะซับซ้อนเรื่องค่าความคลาดเคลื่อนที่มีการกระจายตัวแบบความน่าจะเป็นสะสม (Cumulative Distribution Function: CDF) ที่สามารถแสดงสมการได้ดังต่อไปนี้

$$G(z) = \Phi(z) = \int_{-\infty}^z \phi(v) dv$$

และ $\phi(z) = (2\pi)^{-\frac{1}{2}} \exp\left(-\frac{z^2}{2}\right)$ และ $z = \beta_0 + x\beta$

โดยที่ v หมายถึง ตัวแปรสุ่มที่มีการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน

$\phi(v)$ หมายถึง Standard Normal Distribution Function

Φ หมายถึง Standard Normal Cumulative Distribution Function

และทำการประมาณค่าพารามิเตอร์ที่มีความน่าจะเป็นสูงสุดกับฐานข้อมูลนั้น (Maximum Likelihood) และคำนวณผลกระทบจากตัวแปรต่าง ๆ ด้วยค่าส่วนเพิ่ม (Marginal Effect) และแปลผลด้วยการทำนายความน่าจะเป็น (Predicted Probability) โดยวิธี Average Partial Effect หรือ APE ซึ่งสามารถแสดงสมการได้ดังต่อไปนี้

$$n^{-1} \sum_{i=1}^n [g(\widehat{\beta}_0 + x\widehat{\beta})]$$

ซึ่งผลที่ได้จะมีการกระจายตัวลักษณะปกติ (Normal Distribution) (Stock, Watson, & Wooldridge, 2013) ฉะนั้น การศึกษาในส่วนนี้ จึงเป็นการวิเคราะห์ว่า ตัวแปรอิสระต่าง ๆ ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (P-value < 0.05) หรือไม่ อย่างไร และมีอิทธิพลในทิศทางใด ในเชิงเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิง โดยที่

$$Z_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8 + \beta_9 X_9 + \beta_{10} X_{10} + \beta_{11} X_{11} + \beta_{12} (X_{10} X_{11}) + \mu$$

โดย	Z_i	= การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ
	X_1	= อายุขณะตั้งครรภ์
	X_2	= ลำดับของบุตร
	X_3	= ความต้องการมีบุตร
	X_4	= อัตราส่วนพึงพึงทางอายุ
	X_5	= เพศของหัวหน้าครัวเรือน
	X_6	= ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน
	X_7	= ระดับการศึกษา
	X_8	= ศาสนาที่นับถือ
	X_9	= การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน
	X_{10}	= เขตที่อยู่อาศัย
	X_{11}	= ภูมิภาคที่อยู่อาศัย
	$X_{10} X_{11}$	= ตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย
	β_0	= ค่าคงที่ หรือจุดตัดบนแกน y
	β_1 ถึง β_{12}	= ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย
	μ	= ค่าความคลาดเคลื่อน โดยสมมติว่าเป็นค่าความคลาดเคลื่อนที่มีลักษณะการแจกแจงปกติแบบสะสม (Cumulative Normal Distribution)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ในบทนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน โดยในส่วนแรกจะนำเสนอถึงสถานการณ์การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย ซึ่งประกอบไปด้วยการพรรณนาแบบตัวแปรเดียวเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงคุณลักษณะภูมิหลังของสตรีตั้งครรภ์ตัวอย่าง และการพรรณนาแบบตัวแปรคู่เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงภาพรวมของคุณลักษณะสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์อย่างมีคุณภาพ ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ 2) การฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง และ 3) การฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ และการผดุงครรภ์ ถัดมาในส่วนที่สอง ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้นของตัวแปรอิสระ และนำเสนอผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งผลการศึกษาในส่วนนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการอธิบายถึงคุณลักษณะของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ และสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ เพื่อให้เข้าใจถึงสาเหตุ และสามารถส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น อันนำไปสู่การพัฒนาอย่างตรงจุดทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ

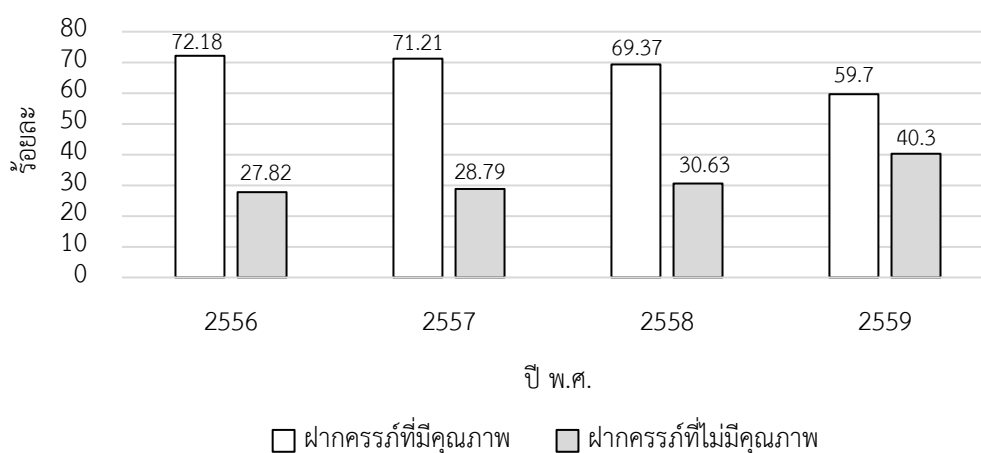
4.1 สถานการณ์การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย

เมื่อทำการศึกษาสถานการณ์การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย ซึ่งเป็นการศึกษาสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15-49 ปี ที่เคยคลอดบุตรคนสุดท้ายภายใน 2 ปีก่อนการสัมภาษณ์ จำนวนทั้งสิ้น 2,092 คน (คำนวณด้วยค่าถ่วงน้ำหนัก) โดยพบว่าสตรีที่ฝากครรภ์คุณภาพ ตามองค์ประกอบทั้งสามของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ได้แก่ 1) การฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ 2) การฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง และ 3) การฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ มีจำนวน 1,473 คน ในขณะที่ สตรีที่ฝากครรภ์อย่างไม่มีคุณภาพ กล่าวคือ สตรีที่ขาดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ในสามองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพตามที่ได้กล่าวไปในข้างต้นจำนวน 580 คน รวมกับสตรีที่ไม่ได้ฝากครรภ์จำนวน 39 คน ส่งผลให้สตรีที่ฝากครรภ์ไม่มีคุณภาพ มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 619 คน (ดังแสดงในแผนภาพที่ 15)

สำหรับสถานการณ์การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ตัวอย่างมีแนวโน้มฝากครรภ์ที่มีคุณภาพลดลงอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2559 คิดเป็นร้อยละ 72.18 ร้อยละ 71.21 ร้อยละ 69.37 และร้อยละ 59.70 ตามลำดับ ซึ่งถ้าหากปัญหาดังกล่าวไม่ได้รับการพัฒนาแก้ไขอย่างตรงจุด ย่อมส่งผลให้การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

ของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยในอนาคตมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จนอาจนำมาซึ่งการเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ดังแสดงในแผนภาพที่ 16)

แผนภาพที่ 16 แสดงแนวโน้มสถานการณ์การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2559



ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

4.1.1 สถิติพรรณนาแบบตัวแปรเดียว

สถิติพรรณนาแบบตัวแปรเดียวได้อธิบายถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย โดยข้อมูลของการตั้งครรภ์ที่นำมาวิเคราะห์ เป็นข้อมูลของการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายที่สตรีวัยเจริญพันธุ์คลอดภายใน 2 ปีก่อนการสัมภาษณ์ จำนวน 2,092 คน ที่ถูกสำรวจในโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 (The Multiple Indicator Cluster Survey: MICS) ซึ่งมีรายละเอียดของผลการศึกษา (ดังแสดงในตารางที่ 9) ดังต่อไปนี้

4.1.1.1 การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์คุณภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ 2) การฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง และ 3) การฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สตรีตั้งครรภ์ตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 70.42 ซึ่งมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 29.58 เมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบของการฝากครรภ์คุณภาพทั้ง 3 องค์ประกอบ สำหรับองค์ประกอบแรก พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 82.62 ซึ่งมากกว่า

สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 17.38 สำหรับองค์ประกอบที่สอง พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 92.85 ซึ่งมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 7.15 และสำหรับองค์ประกอบที่สาม พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 90.96 ซึ่งมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ และการผดุงครรภ์ (ฝากครรภ์เฉพาะกับผู้ช่วยพยาบาล) คิดเป็นร้อยละ 9.04

4.1.1.2 ปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล

ปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะความคิดที่มีความเชื่อมโยงถึงการเลือกตัดสินใจในการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ อายุขณะตั้งครรภ์บุตร ลำดับการตั้งครรภ์บุตร และความต้องการมีบุตร โดยมีรายละเอียดดังนี้

สตรีตั้งครรภ์ตัวอย่างตั้งครรภ์บุตรขณะมีอายุเฉลี่ย 26.19 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.14 ปี เมื่อแบ่งกลุ่มอายุออกเป็น 5 กลุ่ม พบว่า สตรีโดยส่วนใหญ่ตั้งครรภ์บุตรขณะมีอายุ 25-29 ปี รองลงมาคืออายุ 20-24 ปี รองลงมาคืออายุ 30-34 ปี รองลงมาคืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี และน้อยที่สุดคืออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.24 ร้อยละ 23.62 ร้อยละ 21.68 ร้อยละ 18.06 และร้อยละ 10.40 ตามลำดับ และสตรีตั้งครรภ์ตัวอย่างตั้งครรภ์บุตรลำดับเฉลี่ยอยู่ที่ 0.73 คน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.02 คน เมื่อแบ่งกลุ่มของลำดับการมีบุตรออกเป็น 4 กลุ่ม พบว่า สตรีโดยส่วนใหญ่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก รองลงมาคือตั้งครรภ์บุตรลำดับที่สอง รองลงมาคือบุตรลำดับที่สาม และน้อยที่สุดคือตั้งครรภ์บุตรลำดับที่สี่ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 47.81 ร้อยละ 36.71 ร้อยละ 11.71 และร้อยละ 3.77 ตามลำดับ สำหรับความต้องการมีบุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์ตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ต้องการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 70.91 ซึ่งมากกว่าไม่ต้องการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 29.09

4.1.1.3 ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน

ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน เป็นปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงบริบทของครัวเรือนที่สตรีตั้งครรภ์อาศัยอยู่ ซึ่งส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ และเพศของหัวหน้าครัวเรือน

สตรีตั้งครรภ์ตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีอัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุเฉลี่ย 0.80 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.01 เมื่อแบ่งอัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุออกเป็น 4 กลุ่ม พบว่า สตรีตั้งครรภ์โดยส่วนใหญ่มีอัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุต่ำกว่า 1 รองลงมาคือเท่ากับ 1 รองลงมาคือสูงกว่า 1 และน้อยที่สุด

คือเท่ากับ 0 คิดเป็นร้อยละ 56.52 ร้อยละ 19.36 ร้อยละ 19.15 และร้อยละ 4.97 ตามลำดับ สำหรับเพศของหัวหน้าครัวเรือน พบว่า สตรีตั้งครรรค์ตัวอย่างโดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.17 มากกว่าหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 32.83

4.1.1.4 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนที่ สตรีตั้งครรรค์อาศัยอยู่ ซึ่งส่งอิทธิพลต่อการฝากครรรค์ที่มีคุณภาพ เมื่อแบ่งกลุ่มของระดับสถานะทาง เศรษฐกิจของสตรีตั้งครรรค์ตัวอย่างออกเป็น 5 กลุ่ม พบว่า สตรีตั้งครรรค์ตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีสถานะ ทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับร่ำรวย รองลงมาคือระดับยากจน รองลงมาคือระดับปานกลาง รองลงมาคือ ระดับร่ำรวยมาก และน้อยที่สุดคือระดับยากจนมาก คิดเป็นร้อยละ 25.82 ร้อยละ 23.46 ร้อยละ 20.31 ร้อยละ 15.81 และร้อยละ 14.60 ตามลำดับ

4.1.1.5 ปัจจัยทางด้านสังคม

ปัจจัยทางด้านสังคม เป็นปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงวัฒนธรรม พฤติกรรมและแบบแผนการ ดำเนินชีวิต ซึ่งส่งอิทธิพลต่อการฝากครรรค์ที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ ระดับ การศึกษาสูงสุด ศาสนาที่นับถือ และการเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน

สำหรับระดับการศึกษาที่สตรีตั้งครรรค์ได้รับ เมื่อแบ่งกลุ่มของระดับการศึกษาออกเป็น 4 กลุ่ม พบว่า สตรีตั้งครรรค์ตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา (ปวช./ปวศ. ต้น/ปทส.) รองลงมาคือสูงกว่าหรือเท่ากับระดับปริญญาตรี รองลงมาระดับอนุปริญญา (ปวส./ปวท./ ปกศ.สูง) และน้อยที่สุดคืออ่านหนังสือไม่ออก หรือไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.24 ร้อยละ 17.32 ร้อยละ 15.17 และร้อยละ 7.27 ตามลำดับ สำหรับศาสนาที่สตรีตั้งครรรค์ตัวอย่างนับถือ เมื่อแบ่งกลุ่มของศาสนาออกเป็น 5 กลุ่ม พบว่า สตรี ตั้งครรรค์โดยส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธและศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 92.1 มากกว่านับถือศาสนา อิสลาม คิดเป็นร้อยละ 7.9 สำหรับการเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน พบว่า สตรีตั้งครรรค์ตัวอย่าง โดยส่วนใหญ่เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 97.9 มากกว่าไม่ได้เรียนเรื่องเพศศึกษา ในโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 2.1

4.1.1.6 ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย

ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงบริบทที่อยู่อาศัยของสตรีตั้งครรรค์ซึ่ง ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรรค์ที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย และ ภูมิภาคที่อยู่อาศัย

เมื่อแบ่งกลุ่มของเขตที่อยู่อาศัยของสตรีออกเป็น 2 กลุ่ม พบว่า สตรีตั้งครรภ์ตัวอย่างโดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 55.45 มากกว่าเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 44.55 และเมื่อแบ่งกลุ่มของภูมิภาคที่อยู่อาศัยของสตรีออกเป็น 5 กลุ่ม พบว่า สตรีตั้งครรภ์ตัวอย่างโดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคกลาง รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคใต้ รองลงมาคือภาคเหนือ และน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 34.06 ร้อยละ 20.87 ร้อยละ 17.15 ร้อยละ 16.90 และร้อยละ 11.02 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ตัวอย่างโดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.36 และอาศัยอยู่ในเขตเมืองในภาคใต้น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.76

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของตัวแปรที่สนใจศึกษาและตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	ร้อยละ	จำนวน
ตัวแปรที่สนใจศึกษา		
1. การฝากครรภ์คุณภาพ		
1.1 ฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ	70.42	(1,473)
1.2 ไม่ได้ฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ	29.58	(619)
1.2.1 เฉพาะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	0.23	(5)
1.2.2 เฉพาะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง	1.42	(30)
1.2.3 เฉพาะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์	3.05	(64)
1.2.4 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง	6.95	(144)
1.2.5 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์	3.47	(73)
1.2.6 ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง และฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์	12.32	(258)
1.2.7 ฝากครรภ์ แต่ไม่ได้ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ไม่ได้ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง และไม่ได้ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์	0.27	(6)
1.2.8 ไม่ได้ฝากครรภ์	1.87	(39)
รวม	100.00	(2,092)

ตัวแปร	ร้อยละ	จำนวน
2. การฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์		
2.1 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	82.62	(1,696)
2.2 ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์	17.38	(357)
รวม	100.00	(2,053)
ระยะเวลาที่เริ่มฝากครรภ์เฉลี่ย = 9.80 สัปดาห์, ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.12 สัปดาห์, ระยะเวลาที่เริ่มฝากครรภ์ต่ำสุด = 0 สัปดาห์, ระยะเวลาที่เริ่มฝากครรภ์สูงสุด = 40 สัปดาห์		
3. การฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง		
3.1 ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง	92.85	(1,906)
3.2 ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง	7.15	(147)
รวม	100.00	(2,053)
จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์เฉลี่ย = 8.67 ครั้ง, ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.06 ครั้ง, จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ต่ำสุด = 1 ครั้ง, จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์สูงสุด = 30 ครั้ง		
4. การฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์		
4.1 ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์	90.96	(1,867)
4.1.1 เฉพาะแพทย์	36.67	(752)
4.1.2 เฉพาะพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์	8.96	(184)
4.1.3 แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์	39.93	(819)
4.1.4 แพทย์ และผู้ช่วยพยาบาล	1.09	(22)
4.1.5 พยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ และผู้ช่วยพยาบาล	1.30	(27)
4.1.6 แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ และผู้ช่วยพยาบาล	2.55	(52)
4.1.7 แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ และผู้ช่วยพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	0.46	(9)
4.2 ไม่ได้ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์	9.04	(186)
4.2.1 เฉพาะผู้ช่วยพยาบาล	9.04	(186)
รวม	100.00	(2,053)

ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยทางด้านประชากรหรือด้านปัจเจกบุคคล

1. อายุขณะตั้งครรภ์บุตร

1.1 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี	18.06	(378)
1.2 อายุ 20-24 ปี	23.62	(494)
1.3 อายุ 25-29 ปี	26.24	(549)
1.4 อายุ 30-34 ปี	21.68	(453)
1.5 อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	10.40	(218)

ตัวแปร	ร้อยละ	จำนวน
รวม	100.00	(2,092)
อายุขณะตั้งครรภ์บุตรเฉลี่ย = 26.19 ปี, ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.14 ปี, อายุขณะตั้งครรภ์บุตรต่ำสุด = 13 ปี, อายุขณะตั้งครรภ์บุตรสูงสุด = 46 ปี		
2. ลำดับของบุตร		
2.1 บุตรลำดับแรก	47.81	(1,000)
2.2 บุตรลำดับที่สอง	36.71	(768)
2.3 บุตรลำดับที่สาม	11.71	(245)
2.4 บุตรลำดับที่สี่ขึ้นไป	3.77	(79)
รวม	100.00	(2,092)
ลำดับบุตรเฉลี่ย = 0.73 คน, ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.02 คน, ลำดับต่ำสุด = 1 คน, ลำดับสูงสุด = 9 คน		
3. ความต้องการมีบุตร		
3.1 ต้องการมีบุตร	70.91	(608)
3.2 ไม่ต้องการมีบุตร	29.09	(1,484)
รวม	100.00	(2,092)
ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน		
4. อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ		
4.1 เท่ากับ 0	4.97	(104)
4.2 ต่ำกว่า 1	56.52	(1,182)
4.3 เท่ากับ 1	19.36	(405)
4.4 สูงกว่า 1	19.15	(401)
รวม	100.00	(2,092)
อัตราส่วนพึ่งพิงเฉลี่ย = 0.82, ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.01, อัตราส่วนพึ่งพิงต่ำสุด = 0, อัตราส่วนพึ่งพิงสูงสุด = 7		
5. เพศของหัวหน้าครัวเรือน		
5.1 เพศหญิง	67.17	(1,405)
5.2 เพศชาย	32.83	(687)
รวม	100.00	(2,092)
ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ		
6. ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน		
6.1 ยากจนมาก	14.60	(305)
6.2 ยากจน	23.46	(491)
6.3 ปานกลาง	20.31	(425)
6.4 ร่ำรวย	25.82	(540)

	ตัวแปร	ร้อยละ	จำนวน
	6.5 ร่ำรวยมาก	15.81	(331)
	รวม	100.00	(2,092)
ปัจจัยทางด้านสังคม			
7. ระดับการศึกษาสูงสุด			
	7.1 อ่านหนังสือไม่ออก หรือไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับ ประถมศึกษา	15.17	(318)
	7.2 ระดับมัธยมศึกษา (ปวช./ปวศ. ตัน/ปทส.)	60.24	(1,260)
	7.3 ระดับอนุปริญญา (ปวส./ปวท./ปกศ. สูง)	7.27	(152)
	7.4 สูงกว่าหรือเท่ากับระดับปริญญาตรี	17.32	(362)
	รวม	100.00	(2,092)
8. ศาสนาที่นับถือ			
	8.1 ศาสนาพุทธและคริสต์	92.1	(1,927)
	8.2 ศาสนาอิสลาม	7.9	(165)
	รวม	100.00	(2,092)
9. การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน			
	9.1 เรียน	97.9	(2,048)
	9.2 ไม่ได้เรียน	2.1	(44)
	รวม	100.00	(2,092)
ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย			
10. เขตที่อยู่อาศัย			
	10.1 เขตเมือง	44.55	(932)
	10.2 เขตชนบท	55.45	(1,160)
	รวม	100.00	(2,092)
11. ภูมิภาคที่อยู่อาศัย			
	11.1 กรุงเทพมหานคร	11.02	(230)
	11.2 ภาคเหนือ	16.90	(354)
	11.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	20.87	(437)
	11.4 ภาคใต้	17.15	(359)
	11.5 ภาคกลาง	34.06	(712)
	รวม	100.00	(2,092)

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

4.1.2 สถิติพรรณนาแบบตัวแปรคู่

สถิติเชิงพรรณนาแบบตัวแปรคู่เป็นการพรรณนาถึงการกระจายตัวของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และการฝากครรภ์ตามองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ จำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่าง ๆ กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) เพื่อศึกษาว่าในกรณีที่ยังไม่ได้ควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ แล้ว ตัวแปรอิสระที่สนใจมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P\text{-value} < 0.05$) หรือไม่ โดยข้อมูลของการตั้งครรภ์ที่นำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลของการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายที่สตรีวัยเจริญพันธุ์คลอดภายใน 2 ปีก่อนการสัมภาษณ์ จำนวน 2,092 คน ที่ถูกสำรวจในโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 (The Multiple Indicator Cluster Survey: MICS5) สำหรับในการศึกษาส่วนนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบของการแจกแจงความถี่แบบอัตราร้อยละ (ดังแสดงในตารางที่ 15) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1.2.1 การกระจายตัวของปัจจัยอิสระต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพโดยส่วนใหญ่ตั้งครรภ์บุตรขณะมีอายุ 30-34 ปี รองลงมาคืออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี รองลงมาคืออายุ 25-29 ปี รองลงมาคืออายุ 20-24 ปี และน้อยที่สุดคืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.70 ร้อยละ 72.30 ร้อยละ 71.99 ร้อยละ 70.55 และร้อยละ 54.52 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า อายุขณะตั้งครรภ์บุตรมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับลำดับของบุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพโดยส่วนใหญ่ตั้งครรภ์บุตรลำดับที่สอง รองลงมาคือบุตรลำดับแรก รองลงมาบุตรลำดับที่สาม และน้อยที่สุดคือบุตรลำดับที่สี่ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 75.34 ร้อยละ 69.77 ร้อยละ 62.17 และร้อยละ 55.23 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ลำดับของบุตรมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับความต้องการมีบุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพโดยส่วนใหญ่ต้องการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 75.80 ซึ่งมากกว่าไม่ต้องการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 57.38 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ความต้องการมีบุตรมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ในส่วนของปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยส่วนใหญ่มีอัตราส่วนพึงพิงทางอายุเท่ากับ 0 รองลงมาคือเท่ากับ 1 รองลงมาคือสูงกว่า 1 และน้อยที่สุดคือต่ำกว่า 1 คิดเป็นร้อยละ 85.62 ร้อยละ 70.24 ร้อยละ 70.04 และร้อยละ 69.27 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า อัตราส่วนพึงพิงทางอายุมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับเพศของหัวหน้าครัวเรือน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศชาย ร้อยละ 71.93 มากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 69.67 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า เพศของหัวหน้าครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ในส่วนของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยส่วนใหญ่มีสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับร่ำรวยมาก รองลงมาคือระดับร่ำรวย รองลงมาคือระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับยากจน และน้อยที่สุดคือระดับยากจนมาก คิดเป็นร้อยละ 85.76 ร้อยละ 78.60 ร้อยละ 74.07 ร้อยละ 59.24 และร้อยละ 52.19 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า สถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ในส่วนของปัจจัยทางด้านสังคม พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี รองลงมาคือระดับอนุปริญญา (ปวส./ปวท./ปกศ. สูง) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ปวช./ปวศ. ต้น/ปทส.) และน้อยที่สุดคือไม่สามารถอ่านหนังสือออก หรือไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88.87 ร้อยละ 83.60 ร้อยละ 67.77 และร้อยละ 53.48 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับศาสนาที่นับถือ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพโดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาคริสต์ ร้อยละ 71.03 มากกว่าศาสนาอิสลาม ร้อยละ 63.25 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ศาสนาที่นับถือมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับการเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพโดยส่วนใหญ่เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน ร้อยละ 70.79 มากกว่าไม่ได้เรียนเรื่องเพศศึกษา ร้อยละ 53.15 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ในส่วนของปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 71.52 มากกว่าอาศัยอยู่ในเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 69.53 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพโดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร รองลงมาคือภาคกลาง รองลงมาคือภาคเหนือ รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และน้อยที่สุดคือภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 84.94 ร้อยละ 73.60 ร้อยละ 69.19 ร้อยละ 65.75 และร้อยละ 61.64 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ภูมิภาคที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

4.1.2.2 การกระจายตัวของปัจจัยอิสระต่อการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

ในส่วนของปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่ตั้งครรภ์บุตรขณะมีอายุ 25-29 ปี รองลงมาคืออายุ 30-34 ปี รองลงมาคืออายุ 20-24 ปี รองลงมาคืออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี และน้อยที่สุดคืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 89.96 ร้อยละ 88.69 ร้อยละ 82.67 ร้อยละ 81.31 และร้อยละ 66.95 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า อายุขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับลำดับของบุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่ตั้งครรภ์บุตรลำดับที่สอง รองลงมาคือบุตรลำดับแรก รองลงมาบุตรลำดับที่สาม และน้อยที่สุดคือบุตรลำดับที่สี่ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 86.73 ร้อยละ 82.01 ร้อยละ 77.08 และร้อยละ 67.16 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ลำดับการมีบุตรมีความสัมพันธ์กับฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับความต้องการมีบุตรคนสุดท้อง พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่มีความต้องการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 87.43 ซึ่งมากกว่าไม่ต้องการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 70.84 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ความต้องการมีบุตรมีความสัมพันธ์กับฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ในส่วนของปัจจัยทางด้านโครงสร้างคร้วเรือน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่มีอัตราส่วนพึงพิงทางอายุของคร้วเรือนเท่ากับ 0 รองลงมาคือเท่ากับ 1 รองลงมาคือสูงกว่า 1 และน้อยที่สุดคือต่ำกว่า 1 คิดเป็นร้อยละ 94.95 ร้อยละ 84.63 ร้อยละ 81.95 และร้อยละ 81.12 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า อัตราส่วนพึงพิงพิงทางอายุมีความสัมพันธ์กับฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับเพศของหัวหน้าคร้วเรือน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในคร้วเรือนที่มีหัวหน้าคร้วเรือนเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 82.95 มากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.93 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า เพศของหัวหน้าคร้วเรือนมีความสัมพันธ์กับฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ในส่วนของปัจจัยทางด้านสถานะเศรษฐกิจของคร้วเรือน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่มีสถานะเศรษฐกิจของคร้วเรือนอยู่ในระดับร่ำรวยมาก รองลงมาคือระดับปานกลาง ใกล้เคียงกับระดับร่ำรวย รองลงมาคือระดับยากจน และน้อยที่สุดคือระดับยากจนมาก คิดเป็นร้อยละ 94.63 ร้อยละ 85.37 ร้อยละ 85.24 ร้อยละ 74.85 และร้อยละ 72.80 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ระดับสถานะเศรษฐกิจของคร้วเรือนมีความสัมพันธ์กับฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ในส่วนของปัจจัยทางด้านสังคม พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงกว่าหรือเท่ากับระดับปริญญาตรี รองลงมาคือระดับอนุปริญญา (ปวส./ปวท./ปกศ. สูง) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ปวช./ปวศ. ต้น/ปทส.) และน้อยที่สุดคือไม่สามารถอ่านหนังสือออก หรือไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 94.82 ร้อยละ 88.57 ร้อยละ 81.25 และร้อยละ 70.84 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับศาสนาที่นับถือ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 84.09 มากกว่าศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 82.49 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ศาสนาที่นับถือมีความสัมพันธ์กับฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 สำหรับการเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนร้อยละ 83.07 มากกว่าไม่ได้เรียนเรื่องเพศศึกษา ร้อยละ 61.86 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ในส่วนของปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 83.36 มากกว่าอาศัยอยู่ในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 81.68 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า เขตที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตที่อยู่อาศัยที่มีความแตกต่างกัน ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน สำหรับภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคกลาง รองลงมาคือภาคเหนือ และน้อยที่สุดคือภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 88.21 ร้อยละ 85.47 ร้อยละ 83.18 ร้อยละ 81.18 และร้อยละ 74.03 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ภูมิภาคที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคที่มีความแตกต่างกัน ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน สำหรับตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.55 และอาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคใต้น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.68 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตที่อยู่อาศัยของแต่ละภูมิภาคที่มีความแตกต่างกัน ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน

4.1.2.3 การกระจายตัวของปัจจัยอิสระต่อการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง

ในส่วนของปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง โดยส่วนใหญ่ตั้งครรภ์บุตรขณะมีอายุ 20-24 ปี รองลงมาคืออายุ 30-34 ปี รองลงมาคืออายุ 25-29 ปี รองลงมาคืออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี และน้อยที่สุดคืออายุน้อย

กว่าหรือเท่ากับ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 94.68 ร้อยละ 93.95 ร้อยละ 92.08 ร้อยละ 92.05 และ ร้อยละ 90.68 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า อายุขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับลำดับการตั้งครรภ์บุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง โดยส่วนใหญ่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก รองลงมาคือบุตรลำดับที่สอง รองลงมาบุตรลำดับที่สาม และน้อยที่สุดคือบุตรลำดับที่สี่ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 93.11 ร้อยละ 92.88 ร้อยละ 92.22 และร้อยละ 90.24 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ลำดับของบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ลำดับของบุตรที่มีความแตกต่างกัน ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้งไม่แตกต่างกัน สำหรับความต้องการมีบุตรคนสุดท้าย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง โดยส่วนใหญ่ต้องการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 94.05 ซึ่งมากกว่าไม่ต้องการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 89.91 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ความต้องการมีบุตรมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ในส่วนของปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง โดยส่วนใหญ่มีอัตราส่วนพึงพิงทางอายุเท่ากับ 0 รองลงมาคือสูงกว่า 1 รองลงมาคือต่ำกว่า 1 และน้อยที่สุดคือเท่ากับ 1 คิดเป็นร้อยละ 96.32 ร้อยละ 94.92 ร้อยละ 92.71 และร้อยละ 90.29 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า อัตราส่วนพึงพิงทางอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ อัตราส่วนพึงพิงทางอายุที่มีความแตกต่างกัน ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้งไม่แตกต่างกัน สำหรับเพศของหัวหน้าครัวเรือน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศชาย ร้อยละ 93.49 มากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 92.53 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า เพศของหัวหน้าครัวเรือนไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เพศของหัวหน้าครัวเรือนที่มีความแตกต่างกัน ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้งไม่แตกต่างกัน

ในส่วนของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง โดยส่วนใหญ่มีสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับร่ำรวย รองลงมาคือระดับยากจน รองลงมาคือระดับปานกลาง และน้อยที่สุดคือคือระดับร่ำรวยมากใกล้เคียงกับระดับยากจนมาก คิดเป็นร้อยละ 94.59 ร้อยละ 93.59 ร้อยละ 91.66 ร้อยละ 91.71 และร้อยละ 91.41 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ระดับสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนมี

ความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ในส่วนของปัจจัยทางด้านสังคม พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับอนุปริญญา (ปวส./ปวท./ปกศ. สูง) รองลงมาคือระดับสูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี รองลงมาคือระดับระดับมัธยมศึกษา (ปวช./ปวศ. ต้น/ปทส.) และน้อยที่สุดคือไม่สามารถอ่านหนังสือออก หรือไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 97.89 ร้อยละ 95.35 ร้อยละ 91.88 และร้อยละ 91.32 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับศาสนาที่นับถือ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 92.93 มากกว่าศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 91.91 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ศาสนาที่นับถือไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สตรีที่นับถือศาสนาที่แตกต่างกัน ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง ไม่แตกต่างกัน สำหรับการเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน พบว่า สตรีตั้งครรภ์โดยส่วนใหญ่ที่ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง ได้เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน ร้อยละ 93.05 มากกว่าไม่ได้เรียนเรื่องเพศศึกษา ร้อยละ 83.37 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ในส่วนของปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 93.91 มากกว่าอาศัยอยู่ในเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 92.00 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า เขตที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สตรีที่อาศัยอยู่ในเขตที่อยู่อาศัยที่มีความแตกต่างกัน ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้งไม่แตกต่างกัน สำหรับภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร รองลงมาคือภาคเหนือใกล้เคียงกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคกลาง และน้อยที่สุดคือภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 96.06 ร้อยละ 92.60 ร้อยละ 92.58 ร้อยละ 92.36 และร้อยละ 92.28 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ภูมิภาคที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรี

ตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเมืองในภาคใต้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.03 และอาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคกลางและเขตชนบทในภาคใต้น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.39 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

4.1.2.4 การกระจายตัวของปัจจัยอิสระต่อการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ และการผดุงครรภ์

ในส่วนของปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์โดยส่วนใหญ่ตั้งครรภ์บุตรขณะมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี รองลงมาคืออายุ 30-34 ปี รองลงมาคืออายุ 20-24 ปี รองลงมาคืออายุ 25-29 ปี และน้อยที่สุดคืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 94.12 ร้อยละ 93.84 ร้อยละ 91.27 ร้อยละ 90.28 และร้อยละ 86.20 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า อายุขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สำหรับลำดับการตั้งครรภ์บุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยส่วนใหญ่ตั้งครรภ์บุตรลำดับที่สอง รองลงมาคือบุตรลำดับแรก รองลงมาบุตรลำดับที่สี่ขึ้นไป และน้อยที่สุดคือบุตรลำดับที่สาม คิดเป็นร้อยละ 93.07 ร้อยละ 91.18 ร้อยละ 87.63 และร้อยละ 84.60 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ลำดับการมีบุตรมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับความต้องการมีบุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยส่วนใหญ่ต้องการมีบุตร ร้อยละ 92.80 ซึ่งมากกว่าไม่ต้องการมีบุตร ร้อยละ 86.47 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ความต้องการมีบุตรมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90

ในส่วนของปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยส่วนใหญ่มีอัตราส่วนพึงพิงทางอายุเท่ากับ 0 รองลงมาคือเท่ากับ 1 รองลงมาคือต่ำกว่า 1 และน้อยที่สุดคือสูงกว่า 1 คิดเป็นร้อยละ 92.77 ร้อยละ 92.75 ร้อยละ 90.42 และร้อยละ 89.06 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า อัตราส่วนพึงพิงทางอายุมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุง

ครรรค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 สำหรับเพศของหัวหน้าครัวเรือน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 91.71 มากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.59 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า เพศของหัวหน้าครัวเรือนไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สตรีที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีเพศของหัวหน้าครัวเรือนที่มีความแตกต่างกัน ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ไม่แตกต่างกัน

ในส่วนของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยส่วนใหญ่มีสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับร่ำรวยมาก รองลงมาคือระดับร่ำรวย รองลงมาคือระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับยากจน และน้อยที่สุดคือระดับยากจนมาก คิดเป็นร้อยละ 98.90 ร้อยละ 95.82 ร้อยละ 91.61 ร้อยละ 87.17 และร้อยละ 78.39 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ในส่วนของปัจจัยทางด้านสังคม พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาสูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี รองลงมาคือระดับอนุปริญญา (ปวส./ปวท./ปกศ. สูง) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ปวช./ปวศ. ต้น/ปทส.) และน้อยที่สุดคือไม่สามารถอ่านหนังสือออก หรือไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 98.29 ร้อยละ 97.21 ร้อยละ 89.75 และร้อยละ 84.15 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับศาสนาที่นับถือ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธและศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 91.91 มากกว่าศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 79.81 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ศาสนาที่นับถือมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับการเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยส่วนใหญ่เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 91.00 ซึ่งใกล้เคียงกับไม่ได้เรียนเรื่องเพศศึกษา คิดเป็นร้อยละ 89.21 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนมีความสัมพันธ์

กับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ในส่วนของปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 93.72 มากกว่าอาศัยอยู่ในเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 88.76 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร รองลงมาคือภาคกลาง รองลงมาคือภาคเหนือ รองลงมาคือภาคใต้ และน้อยที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 99.82 ร้อยละ 93.56 ร้อยละ 90.64 ร้อยละ 86.93 และร้อยละ 85.60 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ภูมิภาคที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเมืองในภาคเหนือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.14 และอาศัยอยู่ในเขตเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.01 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 10 แสดงลักษณะของสตรีครรภ์จำแนกตามการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

ตัวแปร	การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ	การฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	การฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง	การฝากครรภ์กับแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์
รวม (คน)	70.42 (1,473)	82.62 (1,696)	92.85 (1,906)	90.96 (1,867)

ปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล

1. อายุขณะตั้งครรภ์บุตร

1.1 อายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี	54.52 (206)	66.95 (249)	90.68 (338)	86.20 (321)
------------------------------------	----------------	----------------	----------------	----------------

ตัวแปร	การฝากครรภ์ที่มี คุณภาพ	การฝากครรภ์เมื่อ อายุครรภ์น้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	การฝากครรภ์ มากกว่าหรือ เท่ากับ 5 ครั้ง	การฝากครรภ์กับ แพทย์หรือ พยาบาลวิชาชีพ และการผดุงครรภ์
1.2 อายุ 20-24 ปี	70.55 (349)	82.67 (400)	94.68 (458)	91.27 (441)
1.3 อายุ 25-29 ปี	71.99 (395)	89.96 (470)	92.08 (486)	90.28 (477)
1.4 อายุ 30-34 ปี	80.70 (366)	88.69 (401)	93.95 (424)	93.84 (424)
1.5 อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	72.30 (157)	81.31 (177)	92.05 (200)	94.12 (204)
	$\chi^2=78.0790$ ***	$\chi^2=92.7920$ ***	$\chi^2=21.1415$ ***	$\chi^2=9.8050$ **
2. ลำดับของบุตร				
2.1 บุตรลำดับแรก	69.77 (698)	82.01 (800)	93.11 (909)	91.18 (890)
2.2 บุตรลำดับที่สอง	75.34 (579)	86.73 (659)	92.88 (706)	93.07 (707)
2.3 บุตรลำดับที่สาม	62.17 (152)	77.08 (185)	92.22 (221)	84.50 (203)
2.4 บุตรลำดับที่สี่ขึ้นไป	56.23 (44)	67.16 (52)	90.24 (70)	87.63 (68)
	$\chi^2=41.2891$ ***	$\chi^2=23.1323$ ***	$\chi^2=5.3016$	$\chi^2=45.2453$ ***
3. ความต้องการมีบุตร				
3.1 ต้องการมีบุตร	75.80 (1,125)	87.43 (1,274)	94.05 (1,370)	92.80 (1,352)
3.2 ไม่ต้องการมีบุตร	57.29 (349)	70.84 (422)	89.91 (536)	86.47 (515)
	$\chi^2=73.1362$ ***	$\chi^2=125.5568$ ***	$\chi^2=9.2062$ ***	$\chi^2=3.0172$ *

ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน

4. อัตราส่วนพึ่งพิง

4.1 เท่ากับ 0	85.62 (89)	94.95 (94)	96.32 (95)	92.77 (97)
4.2 ต่ำกว่า 1	69.27 (819)	81.12 (946)	92.71 (1,082)	90.42 (1,055)

ตัวแปร	การฝากครรภ์ที่มี คุณภาพ	การฝากครรภ์เมื่อ อายุครรภ์น้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	การฝากครรภ์ มากกว่าหรือ เท่ากับ 5 ครั้ง	การฝากครรภ์กับ แพทย์หรือ พยาบาลวิชาชีพ และการผดุงครรภ์
4.3 เท่ากับ 1	70.24 (285)	84.63 (332)	90.29 (354)	92.75 (364)
4.4 สูงกว่า 1	70.04 (281)	81.95 (324)	94.92 (375)	89.06 (352)
	$\chi^2=10.5072$ ***	$\chi^2=13.9160$ ***	$\chi^2= 5.0494$	$\chi^2= 7.5823$ *

5. เพศของหัวหน้าครัวเรือน

5.1 เพศหญิง	69.67 (979)	82.95 (1,138)	92.53 (1,269)	90.59 (1,242)
5.2 เพศชาย	71.93 (494)	81.93 (559)	93.49 (637)	91.71 (625)
	$\chi^2=5.4061$ **	$\chi^2=7.4063$ ***	$\chi^2= 0.1803$	$\chi^2= 2.2944$

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

6. ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน

6.1 ยากจนมาก	52.19 (159)	72.80 (217)	91.47 (272)	78.39 (233)
6.2 ยากจน	59.24 (291)	74.85 (351)	93.59 (439)	87.17 (409)
6.3 ปานกลาง	74.07 (315)	85.24 (356)	91.66 (383)	91.61 (382)
6.4 ร่ำรวย	78.60 (425)	85.37 (460)	94.59 (509)	95.82 (516)
6.5 ร่ำรวยมาก	85.76 (284)	94.63 (313)	91.71 (303)	98.90 (327)
	$\chi^2=166.2151$ ***	$\chi^2=34.1595$ ***	$\chi^2=14.2437$ ***	$\chi^2=211.9130$ ***

ปัจจัยทางด้านสังคม

7. ระดับการศึกษาสูงสุด

7.1 อ่านหนังสือไม่ออก หรือ ไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือ เท่ากับระดับประถมศึกษา	53.48 (170)	70.84 (219)	91.32 (282)	84.15 (260)
7.2 ระดับมัธยมศึกษา (ปวช./ปวศ. ตัน/ปทส.)	67.77 (854)	81.25 (1,001)	91.88 (1,132)	89.75 (1,105)

ตัวแปร	การฝากครรภ์ที่มี คุณภาพ	การฝากครรภ์เมื่อ อายุครรภ์น้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	การฝากครรภ์ มากกว่าหรือ เท่ากับ 5 ครั้ง	การฝากครรภ์กับ แพทย์หรือ พยาบาลวิชาชีพ และการผดุงครรภ์
7.3 ระดับอนุปริญญา (ปวส./ปวท./ปกศ. สูง)	83.60 (127)	88.57 (133)	97.89 (147)	97.21 (146)
7.4 สูงกว่า หรือเท่ากับระดับ ปริญญาตรี	88.87 (322)	94.82 (343)	95.35 (345)	98.29 (356)
	$\chi^2=165.0887^{***}$	$\chi^2=58.2695^{***}$	$\chi^2=14.2437^{***}$	$\chi^2=130.9439^{***}$
8. ศาสนาที่นับถือ				
8.1 ศาสนาพุทธและคริสต์	71.03 (1,369)	82.49 (1,560)	92.93 (1,757)	91.91 (1,738)
8.2 ศาสนาอิสลาม	63.25 (105)	84.09 (136)	91.91 (149)	79.81 (129)
	$\chi^2=17.1916^{***}$	$\chi^2=2.6553^*$	$\chi^2=0.6478$	$\chi^2=71.1587^{***}$
9. การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน				
9.1 เรียน	70.79 (1,450)	83.07 (1,669)	93.05 (1,870)	91.00 (1,828)
9.2 ไม่ได้เรียน	53.15 (23)	61.86 (27)	83.37 (37)	89.21 (39)
	$\chi^2=21.9664^{***}$	$\chi^2=17.9094^{***}$	$\chi^2=19.0803^{***}$	$\chi^2=12.1302^{***}$
ปัจจัยทางด้านเขตที่อยู่อาศัย				
10. เขตที่อยู่อาศัย				
10.1 เขตเมือง	71.52 (667)	81.68 (744)	93.91 (855)	93.72 (853)
10.2 เขตชนบท	69.53 (807)	83.36 (952)	92.00 (1,052)	88.76 (1,014)
	$\chi^2=25.4417^{***}$	$\chi^2=1.1099$	$\chi^2=0.7388$	$\chi^2=84.2785^{***}$
11. ภูมิภาคที่อยู่อาศัย				
11.1 กรุงเทพมหานคร	84.94 (196)	88.21 (203)	96.06 (221)	99.82 (230)
11.2 ภาคเหนือ	69.19 (245)	81.18 (277)	92.60 (316)	90.64 (308)
11.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	65.75 (287)	83.18 (360)	92.58 (400)	85.60 (370)

ตัวแปร	การฝากครรภ์ที่มี คุณภาพ	การฝากครรภ์เมื่อ อายุครรภ์น้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	การฝากครรภ์ มากกว่าหรือ เท่ากับ 5 ครั้ง	การฝากครรภ์กับ แพทย์หรือ พยาบาลวิชาชีพ และการผดุงครรภ์
11.4 ภาคใต้	61.64 (221)	74.03 (261)	92.28 (326)	86.93 (307)
11.5 ภาคกลาง	73.60 (524)	85.47 (595)	92.36 (643)	93.56 (652)
	$\chi^2=36.1342$ ***	$\chi^2= 3.8498$	$\chi^2= 10.3263$ **	$\chi^2=94.5711$ ***
12. ตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย				
12.1 เขตเมือง x ภาคเหนือ	68.72 (84)	76.59 (88)	92.94 (107)	98.14 (112)
12.2 เขตเมือง x ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	55.31 (72)	76.06 (98)	91.79 (118)	79.01 (102)
12.3 เขตเมือง x ภาคใต้	70.63 (85)	76.64 (92)	94.03 (113)	94.27 (113)
12.4 เขตเมือง x ภาคกลาง	69.93 (230)	82.98 (263)	93.51 (296)	93.46 (296)
12.5 เขตชนบท x ภาคเหนือ	69.44 (161)	83.50 (189)	92.42 (209)	86.84 (196)
12.6 เขตชนบท x ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	70.21 (215)	86.20 (262)	92.92 (282)	88.40 (269)
12.7 เขตชนบท x ภาคใต้	57.09 (136)	72.68 (169)	91.39 (213)	83.16 (194)
12.8 เขตชนบท x ภาคกลาง	76.75 (295)	87.55 (332)	91.39 (347)	93.65 (355)
	$\chi^2=59.0779$ ***	$\chi^2= 8.0507$	$\chi^2=18.0955$ ***	$\chi^2=180.0156$ ***

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

หมายเหตุ: ตัวเลขในบรรทัดแรกแสดงค่าร้อยละ ส่วนตัวเลขในวงเล็บแสดงค่าจำนวน, χ^2 = ค่าสถิติไคสแควร์, * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90, ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95, *** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

4.2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย

ในส่วนนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอให้เห็นถึงอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยข้อมูลของการตั้งครรภ์ที่นำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลของการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้องที่สตรีวัยเจริญพันธุ์คลอดภายใน 2 ปีก่อนการสัมภาษณ์ จำนวน 2,092 คน ที่ถูกสำรวจในโครงการสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 (The Multiple Indicator Cluster Survey: MICS5) โดยนำสถิติขั้นสูงมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ๆ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ดังนั้น ผลลัพธ์ของการศึกษาจึงสะท้อนให้เห็นถึงขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่าง ๆ ที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข อันนำไปสู่การขับเคลื่อนประเทศไทยได้อย่างมีคุณภาพ

การนำเสนอผลการศึกษา จะถูกนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้นของตัวแปรอิสระ และส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย

4.2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้นของตัวแปรอิสระ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการถดถอยโพรบิต (Probit Regression) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย ซึ่งถูกกำหนดเงื่อนไขว่า ตัวแปรอิสระแต่ละคู่จะต้องเป็นอิสระต่อกัน โดยไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หรือถ้าหากมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์นั้นจะต้องเป็นความสัมพันธ์ที่มีระดับไม่สูงมาก หรือมีความสัมพันธ์ในระดับที่สามารถยอมรับได้ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (Multicollinearity) ซึ่งหมายความว่า ตัวแปรคู่หนึ่งมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการถดถอย ทำให้ไม่สามารถนำตัวแปรดังกล่าวมาวิเคราะห์ในแบบจำลองนี้ได้

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์ในการพิจารณาความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระจากค่าสัมประสิทธิ์ของ Burn & Grove ที่กำหนดไว้ที่ระดับ 0.65 (ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์มีค่า 0-1 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และ 1 หมายถึง มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างสมบูรณ์ หรือเป็นตัวแปรของตัวเอง) ส่วนเครื่องหมายบวกและลบบอกเพียงความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันและทิศทางตรงกันข้าม ระหว่างตัวแปรอิสระคู่หนึ่ง

ตามลำดับ (กนกนรา พวงประยงค์, 2559) ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีค่าสัมประสิทธิ์เกิน 0.65 ยกเว้นตัวแปรอิสระเชิงคุณภาพที่ถูกแบ่งออกเป็นตัวแปรหุ่นได้สูงสุดเพียง 2 กลุ่ม ส่งผลให้ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรหุ่นกลุ่มหนึ่งทดแทนตัวแปรหุ่นอีกกลุ่มหนึ่ง ในทิศทางตรงกันข้ามกันได้อย่างสมบูรณ์ โดยไม่เป็นการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสามารถนำตัวแปรอิสระทั้ง 12 ตัวแปร มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยแบบจำลองนี้

4.2.2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพและองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการถดถอยโพรบิต (Probit Regression) พบปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพและองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ (ดังแสดงในตารางที่ 11) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.2.2.1 ปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ๆ แล้ว ตัวแปรอิสระที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 9 ตัวแปร ได้แก่ อายุขณะตั้งครรภ์ ลำดับของบุตร ความต้องการมีบุตร เพศของหัวหน้าครัวเรือน ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน ระดับการศึกษา ศาสนาที่นับถือ ภูมิภาคที่อยู่อาศัย และตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เมื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับอายุของสตรีขณะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมากกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า โดยอายุที่เพิ่มมากขึ้นแสดงอิทธิพลของความสัมพันธ์ในเชิงบวกต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพที่มากขึ้นตามลำดับอย่างชัดเจน กล่าวคือ สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรขณะอายุ 20-24 ปี อายุ 25-29 ปี อายุ 30-34 ปี และอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 10.30 ร้อยละ 11.38 ร้อยละ 20.02 และร้อยละ 20.31 ตามลำดับ สำหรับลำดับการตั้งครรภ์บุตร พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่มากกว่า มีแนวโน้มที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่น้อยกว่า โดยลำดับบุตรที่เพิ่มมากขึ้นแสดงอิทธิพลของความสัมพันธ์ในเชิงลบต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพที่ลดลงตามลำดับอย่างชัดเจน กล่าวคือ สตรีที่ตั้งลำดับบุตรในลำดับที่สอง ลำดับที่สาม ลำดับที่สี่ขึ้นไป มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพน้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับ

แรก คิดเป็นร้อยละ 4.66 ร้อยละ 9.85 และร้อยละ 15.52 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม พบว่า สตรีตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่สอง มีแนวโน้มที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมากกว่าการตั้งครรภ์ของบุตรลำดับแรก ซึ่งอาจเกิดจากการที่สตรีเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ในการตั้งครรภ์บุตรลำดับแรกมาก่อน สำหรับความต้องการมีบุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีความต้องการมีบุตร มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพน้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่มีความต้องการมีบุตร ร้อยละ 10.93

ในส่วนของปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน พบว่า ตัวแปรเพศของหัวหน้าครัวเรือนส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศหญิง มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศชาย ร้อยละ 3.31

ในส่วนของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ พบว่า ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนมากกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนน้อยกว่า สะท้อนให้เห็นว่าระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนที่เพิ่มมากขึ้นแสดงอิทธิพลของความสัมพันธ์ในเชิงบวกต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพที่มากขึ้นตามลำดับอย่างชัดเจน กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับยากจน ระดับปานกลาง ระดับรวย และระดับรวยมาก มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับยากจนมาก คิดเป็นร้อยละ 4.33 ร้อยละ 10.72 ร้อยละ 14.05 และร้อยละ 17.45 ตามลำดับ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านสังคม พบว่า ระดับการศึกษาส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ดังต่อไปนี้ สตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ปวช./ปวศ. ต้น/ปทส.) ระดับอนุปริญญา (ปวส./ปวท./ปทศ. สูง) และสูงกว่าหรือเท่ากับระดับปริญญาตรี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์คุณภาพมากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถอ่านหนังสือออก หรือไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 4.87 ร้อยละ 10.46 และร้อยละ 15.60 ตามลำดับ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย พบว่า ตัวแปรตัวแปรภูมิภาคที่อยู่อาศัย และตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัยส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง มีโอกาสที่จะฝากครรภ์คุณภาพน้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 10.14 ร้อยละ

11.71 ร้อยละ 12.05 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคใต้ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์คุณภาพน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 11.51 ซึ่งจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้และสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของภาคใต้ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์คุณภาพต่ำมาก โดยมีโอกาสที่จะฝากครรภ์คุณภาพน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละรวม 23.22

4.3.2 ปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ๆ แล้ว ตัวแปรที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 11 ตัวแปร ได้แก่ อายุขณะตั้งครรภ์ ลำดับของบุตร ความต้องการมีบุตร เพศของหัวหน้าครัวเรือน ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน ระดับการศึกษา ศาสนาที่นับถือ การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาคที่อยู่อาศัย และตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เมื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล พบว่า ตัวแปรทุกตัวส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 สำหรับอายุขณะตั้งครรภ์บุตรสะท้อนให้เห็นว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่ามีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า โดยอายุที่เพิ่มมากขึ้นแสดงอิทธิพลของความสัมพันธ์ในเชิงบวกต่อการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ที่มากขึ้นตามลำดับอย่างชัดเจน กล่าวคือ สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรขณะมีอายุ 20-24 ปี อายุ 25-29 ปี อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี และอายุ 30-34 ปี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรขณะมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.95 ร้อยละ 9.23 ร้อยละ 13.50 และร้อยละ 15.12 ตามลำดับ สำหรับลำดับการตั้งครรภ์บุตร พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่มากกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ น้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่น้อยกว่า โดยลำดับบุตรที่เพิ่มมากขึ้นแสดงอิทธิพลของความสัมพันธ์ในเชิงลบต่อการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ที่ลดลงตามลำดับอย่างชัดเจน กล่าวคือ สตรีที่ตั้งลำดับบุตรในลำดับที่สาม และลำดับที่สูงขึ้นไป มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ น้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก คิดเป็นร้อยละ 5.82 และร้อยละ 9.83 ตามลำดับ สำหรับความ

ต้องการมีบุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีความต้องการมีบุตร มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ น้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่มีความต้องการมีบุตร ร้อยละ 11.01

ในส่วนของปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน พบว่า เพศของหัวหน้าครัวเรือนส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศหญิง มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศชาย ร้อยละ 2.70

ในส่วนของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ พบว่า ระดับสถานะทางเศรษฐกิจส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับร่ำรวยมาก มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับยากจนมาก คิดเป็นร้อยละ 7.09

ในส่วนของปัจจัยทางด้านสังคม พบว่า ตัวแปรทุกตัว ได้แก่ ระดับการศึกษา ศาสนาที่นับถือ และการเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สำหรับระดับการศึกษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูงกว่าหรือเท่ากับระดับปริญญาตรี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถอ่านหนังสือออก หรือไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 4.81 สำหรับศาสนาที่นับถือ พบว่า ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 โดยสตรีที่นับถือศาสนาอิสลาม มีโอกาสฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 5.95 สำหรับการเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน พบว่า ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 โดยสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนมีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน ร้อยละ 6.23

ในส่วนของปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย พบว่า ตัวแปรทุกตัวส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับตัวแปรเขตที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 8.12 สำหรับตัวแปรภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ใน

ภาคใต้ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ น้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 6.11 สำหรับตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์คุณภาพน้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 6.74

4.3.3 ปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ๆ แล้ว ตัวแปรอิสระที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง ของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย มีทั้งหมด 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุขณะตั้งครรภ์ ลำดับของบุตร ความต้องการมีบุตร อัตราส่วนพึงพิงทางอายุ ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน ภูมิภาคที่อยู่อาศัย และตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เมื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล พบว่า ตัวแปรทุกตัวส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับอายุขณะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรขณะอายุ 20-24 ปี และอายุ 30-34 ปี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.73 และร้อยละ 4.31 ตามลำดับ สำหรับลำดับการตั้งครรภ์บุตร พบว่า สตรีที่ตั้งลำดับบุตรในลำดับที่สี่ขึ้นไป มีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง น้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก คิดเป็นร้อยละ 4.86 สำหรับความต้องการมีบุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการมีบุตร มีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง น้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่ต้องการมีบุตร ร้อยละ 1.85

ในส่วนของปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน พบว่า อัตราส่วนพึงพิงทางอายุส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีอัตราส่วนพึงพิงทางอายุเพิ่มขึ้น 1 ระดับ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง ลดลงร้อยละ 1.58

ในส่วนของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ พบว่า ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับยากจน และระดับร่ำรวย มีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับยากจนมาก คิดเป็นร้อยละ 2.77 และร้อยละ 3.12 ตามลำดับ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านสังคม พบว่า การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนส่งผลต่อการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 โดยสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน มีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน ร้อยละ 6.66

ในส่วนของปัจจัยทางด้านเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ภูมิภาคที่อยู่อาศัยส่งผลต่อการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ และภาคกลาง มีโอกาสฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 7.60 และร้อยละ 5.17 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัยส่งผลต่อการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคเหนือ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 5.78

4.3.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ๆ แล้ว ตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุขณะตั้งครรภ์ ลำดับของบุตร เพศของหัวหน้าครัวเรือน ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน ระดับการศึกษา ศาสนาที่นับถือ ภูมิภาคที่อยู่อาศัย และตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เมื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล พบว่า อายุขณะตั้งครรภ์ และลำดับของบุตรคนสุดท้องส่งผลต่อการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับอายุขณะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรขณะอายุ 30-34 ปี และอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.87 และร้อยละ 5.31 ตามลำดับ สำหรับลำดับของบุตร พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่มากกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่น้อยกว่า โดยลำดับบุตรที่เพิ่มมากขึ้นแสดงอิทธิพลของความสัมพันธ์ในเชิงลบต่อการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ ที่ลดลงตามลำดับอย่างชัดเจน กล่าวคือ สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่สอง ลำดับที่สาม และลำดับที่สี่ขึ้นไป มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือ

พยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์น้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรลำดับแรก คิดเป็นร้อยละ 3.73 ร้อยละ 4.04 และร้อยละ 5.64 ตามลำดับ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน พบว่า เพศของหัวหน้าครัวเรือนส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศหญิง มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศชาย ร้อยละ 1.46

ในส่วนของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ พบว่า ระดับสถานะเศรษฐกิจทางครัวเรือนส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับปานกลาง ระดับร่ำรวย และระดับร่ำรวยมาก มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่มีระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนยากจนมาก คิดเป็นร้อยละ 5.01 ร้อยละ 7.11 และร้อยละ 13.52 ตามลำดับ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านสังคม พบว่า ระดับการศึกษาส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ดังต่อไปนี้ สตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ปวช./ปวศ. ต้น/ปทส.) ระดับอนุปริญญา (ปวส./ปวท./ปกศ. สูง) และสูงกว่าหรือเท่ากับระดับปริญญาตรี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถอ่านหนังสือออก หรือไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 2.05 ร้อยละ 7.52 และร้อยละ 9.08 ตามลำดับ สำหรับศาสนาที่สตรีตั้งครรภ์นับถือ พบว่า ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 โดยสตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาอิสลาม มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 5.06

ในส่วนของปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย พบว่า ภูมิภาคที่อยู่อาศัยและตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัยส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับเขตที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือ

พยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 14.29 ร้อยละ 14.96 ร้อยละ 12.30 และร้อยละ 9.62 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคใต้ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 6.02 ซึ่งจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ และสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของภาคใต้ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ต่ำมาก โดยมีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละรวม 18.32

ตารางที่ 11 แสดงการศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยโพรบิท

ตัวแปรอิสระ	การวิเคราะห์การถดถอยโพรบิท			
	ค่าผลกระทบส่วนเพิ่ม (dy/dx)			
	ฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ	ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง	ฝากครรภ์กับแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์
ปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล				
1. อายุขณะตั้งครรภ์บุตร (อ้างอิง: อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี)				
1.1 อายุ 20-24 ปี	0.1030 *** (0.0262)	0.0695 *** (0.0191)	0.0473 *** (0.0141)	0.0051 (0.0125)
1.2 อายุ 25-29 ปี	0.1138 *** (0.0288)	0.0923 *** (0.0219)	0.0200 (0.0151)	0.0157 (0.0142)
1.3 อายุ 30-34 ปี	0.2002 *** (0.0322)	0.1512 *** (0.0246)	0.0431 *** (0.0170)	0.0287 * (0.0156)
1.4 อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	0.2031 *** (0.0359)	0.1350 *** (0.0270)	0.0300 (0.0191)	0.0531 *** (0.0178)
2. ลำดับของบุตร (อ้างอิง: บุตรลำดับแรก)				
2.1 บุตรลำดับที่สอง	-0.0466 ** (0.0209)	0.0046 (0.0162)	-0.0124 (0.0114)	-0.0373 *** (0.0106)

ตัวแปรอิสระ	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ค่าผลกระทบส่วนเพิ่ม (dy/dx)			
	ฝากครรภ์ที่มี คุณภาพ	ฝากครรภ์เมื่อ อายุครรภ์น้อย กว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ฝากครรภ์ มากกว่าหรือ เท่ากับ 5 ครั้ง	ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาล วิชาชีพและการ ผดุงครรภ์
2.2 บุตรลำดับที่สาม	-0.0985 *** (0.0292)	-0.0582 *** (0.0226)	-0.0216 (0.0158)	-0.0404 *** (0.0140)
2.3 บุตรลำดับที่สี่ขึ้นไป	-0.1552 *** (0.0389)	-0.0983 *** (0.0291)	-0.0486 *** (0.0197)	-0.0564 *** (0.0183)
3. ความต้องการมีบุตร (อ้างอิง: ต้องการมีบุตร)				
3.1 ไม่ต้องการมีบุตร	-0.1093 *** (0.0184)	-0.1101 *** (0.0132)	-0.0185 ** (0.0097)	-0.0076 (0.0092)
ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน				
4. อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ	-0.0027 (0.0126)	-0.0118 (0.0096)	-0.0158 ** (0.0080)	0.0067 (0.0061)
5. เพศของหัวหน้าครัวเรือน (อ้างอิง: เพศชาย)				
5.1 เพศหญิง	0.0331 ** (0.0168)	0.0270 ** (0.0127)	0.0033 (0.0090)	0.0146 * (0.0082)
ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ				
6. ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน (อ้างอิง: ยากจนมาก)				
6.1 ยากจน	0.0433 * (0.0243)	-0.0016 (0.0187)	0.0277 ** (0.0134)	0.0116 (0.0102)
6.2 ปานกลาง	0.1072 *** (0.0257)	0.0119 (0.0198)	0.0167 (0.0135)	0.0501 *** (0.0121)
6.3 ร่ำรวย	0.1405 *** (0.0279)	0.0281 (0.0215)	0.0312 ** (0.0150)	0.0711 *** (0.0142)
6.4 ร่ำรวยมาก	0.1745 *** (0.0348)	0.0709 *** (0.0271)	0.0276 (0.0181)	0.1352 *** (0.0244)
ปัจจัยทางด้านสังคม				
7. ระดับการศึกษา (อ้างอิง: ไม่สามารถอ่านหนังสือออก หรือไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา)				
7.1 ระดับมัธยมศึกษา (ปวช./ปวศ. ต้น/ปทส.)	0.0487 ** (0.0237)	0.0075 (0.0181)	-0.0009 (0.0129)	0.0205 * (0.0108)
7.2 ระดับอนุปริญญา (ปวส./ปวท./ปกศ. สูง)	0.1046 *** (0.0404)	0.0142 (0.0309)	0.0229 (0.0230)	0.0752 *** (0.0236)

ตัวแปรอิสระ	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ค่าผลกระทบส่วนเพิ่ม (dy/dx)			
	ฝากครรภ์ที่มี คุณภาพ	ฝากครรภ์เมื่อ อายุครรภ์น้อย กว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ฝากครรภ์ มากกว่าหรือ เท่ากับ 5 ครั้ง	ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาล วิชาชีพและการ ผดุงครรภ์
7.3 สูงกว่า หรือเท่ากับระดับ ปริญญาตรี	0.1560 *** (0.0320)	0.0481 ** (0.0250)	0.0102 (0.0168)	0.0908 *** (0.0179)
8. ศาสนาที่นับถือ (อ้างอิง: ศาสนาพุทธและคริสต์)				
8.1 ศาสนาอิสลาม	-0.0183 (0.0266)	-0.0595 *** (0.0208)	-0.0057 (0.0137)	-0.0506 *** (0.0134)
9. การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน (อ้างอิง: เรียน)				
9.1 ไม่ได้เรียน	-0.0479 (0.0495)	-0.0623 * (0.0350)	-0.0666 *** (0.0229)	-0.0029 (0.0204)
ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย				
10. เขตที่อยู่อาศัย (อ้างอิง: เขตเมือง)				
10.1 เขตชนบท	0.0596 (0.0396)	0.0812 *** (0.0290)	-0.0085 (0.0197)	-0.0056 (0.0264)
11. ภูมิภาคที่อยู่อาศัย (อ้างอิง: กรุงเทพมหานคร)				
11.1 ภาคเหนือ	-0.1014 ** (0.0477)	0.0326 (0.0351)	-0.0760 *** (0.0249)	-0.1429 *** (0.0457)
11.2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	-0.0584 (0.0445)	0.0106 (0.0317)	-0.0305 (0.0248)	-0.1496 *** (0.0445)
11.3 ภาคใต้	-0.1171 *** (0.0435)	-0.0611 ** (0.0303)	-0.0216 (0.0246)	-0.1230 *** (0.0452)
11.4 ภาคกลาง	-0.1205 *** (0.0453)	-0.0416 (0.0315)	-0.0517 ** (0.0248)	-0.0962 ** (0.0487)
ตัวแปรปฏิสัมพันธ์				
12. เขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย (อ้างอิง: กรุงเทพมหานคร)				
12.1 เขตชนบท x ภาคเหนือ	-0.0594 (0.0562)	-0.0523 (0.0435)	0.0578 ** (0.0280)	-0.0418 (0.0325)
12.2 เขตชนบท x ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	-0.0663 (0.0511)	-0.0674 * (0.0379)	0.0268 (0.0269)	-0.0052 (0.0305)
12.3 เขตชนบท x ภาคใต้	-0.1151 ** (0.0484)	-0.0303 (0.0360)	-0.0158 (0.0250)	-0.0602 ** (0.0298)

ตัวแปรอิสระ	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ค่าผลกระทบบส่วนเพิ่ม (dy/dx)			
	ฝากครรภ์ที่มี คุณภาพ	ฝากครรภ์เมื่อ อายุครรภ์น้อย กว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ฝากครรภ์ มากกว่าหรือ เท่ากับ 5 ครั้ง	ฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาล วิชาชีพและการ ผดุงครรภ์
Constant	0.1903 (0.1455)	0.6121 *** (0.1576)	1.3660 *** (0.2163)	1.9785 *** (0.4031)
N (Observations)	2,092	2,053	2,053	2,053
Prob > F	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Log likelihood	-1904.7026	-1359.3022	-855.7490	-995.3320
Pseudo R ²	0.0926	0.0890	0.0440	0.1805

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

หมายเหตุ: ในส่วนของตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า ตัวแปรเขตชนบทในภาคกลางถูกละเว้น (Dropped) เนื่องจากไม่มีข้อมูลของเขตชนบทในกรุงเทพมหานคร กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจะมีข้อมูลอยู่เฉพาะในเขตเมือง จึงส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อนของตัวแปรในแบบจำลองการประมาณการ, * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90, ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95, *** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99, () คือ Robust Standard Errors

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

ในบทนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน โดยในส่วนแรกเป็นการสรุปผลการศึกษา ส่วนที่สองเป็นการอภิปรายผลการศึกษา และส่วนที่สามเป็นข้อเสนอแนะจากการศึกษา โดยในแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “การได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย” มีที่มาและความสำคัญของปัญหา อันเกิดจากการที่ประชากรมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในเชิงปริมาณหรือขนาด โครงสร้าง และเชิงคุณภาพ สำหรับดัชนีชี้วัดการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพที่มีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงในเชิงปริมาณของประชากร ได้แก่ ภาวะเจริญพันธุ์รวม และอัตราตายมารดา พบว่า ในสถานการณ์ปัจจุบัน ประเทศไทยไม่เพียงแต่เผชิญปัญหาเรื่องการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่ยังพบปัญหาว่า การเกิดส่วนหนึ่งไม่มีคุณภาพ จนอาจนำไปสู่การเสียชีวิตของมารดาและทารก แสดงให้เห็นในผลการสำรวจอัตราตายมารดา ซึ่งถือเป็นหนึ่งดัชนีชี้วัดตัวสำคัญทางด้านสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีอัตราการตายมารดาสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการเสียชีวิตเป็นสาเหตุที่สามารถให้การป้องกันได้ หากได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ส่วนดัชนีชี้วัดการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพที่มีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงในเชิงคุณภาพของประชากร ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอดของทารกซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดในระยะคลอด และพัฒนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี หรือเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดในระยะการเจริญเติบโต พบว่า สถานการณ์ของทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 2,500 กรัม และมีชีวิต) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีค่าสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังพัฒนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี หรือเด็กปฐมวัย ที่ถึงแม้ว่าในปี พ.ศ. 2560 จะมีค่าสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ แต่ถ้าหากพิจารณาในภาพรวม กลับพบว่า มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแน่นอนว่า หากสถานการณ์ดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไขอย่างตรงจุด ย่อมส่งผลให้ประเทศไทย จะต้องเผชิญกับอุปสรรคของการพัฒนาประเทศในอนาคตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ทั้งนี้ จากการทบทวนเอกสารและงานการศึกษาก่อนหน้าเกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ พบว่า “ตัวแปรการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ” เป็นตัวแปรที่มีความน่าสนใจ เพราะผลดีของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหรือปัญหาความพิการแต่กำเนิด และลดความเสี่ยงของทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของมารดาและทารก เนื่องจาก

ตัวแปรการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ที่พิสูจน์แล้วว่าเป็นประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีวิวัฒนาการ และมีการถูกปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามลักษณะบริบทของประเทศที่นำไปปรับใช้ ทำให้เอกสารและงานการศึกษาที่ได้อ่านก่อนหน้านี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ มีความหลากหลายและแตกต่างจากประเด็นที่ผู้วิจัยทำการศึกษาในครั้งนี้เพียงเล็กน้อย เนื่องจากตัวแปรการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพที่ถูกนำเสนอโดยองค์การอนามัยโลก และได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) การฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ 2) การฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง และ 3) การฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยการใช้แบบจำลองทางสถิติ

การศึกษาในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ซึ่งใช้วิธีวิทยา (Methodology) ที่เป็นระบบ ในการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 ซึ่งตรงกับรอบการจัดทำครั้งที่ 5 ในระดับนานาชาติ (The Multiple Indicator Cluster Survey: MICS5) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-sectional Data) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15-49 ปี ที่เคยคลอดบุตรคนสุดท้ายภายใน 2 ปี ก่อนการสัมภาษณ์ จำนวนทั้งสิ้น 2,092 คน

ทั้งนี้ ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ได้ใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยโพรบิต (Probit Regression) เนื่องจากตัวแปรที่สนใจศึกษามีอยู่ด้วยกัน 2 ค่า คือ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และการฝากครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้จำแนกตัวแปรอิสระต่าง ๆ ออกเป็น 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล ได้แก่ อายุขณะตั้งครรภ์ ลำดับของบุตรและความต้องการมีบุตร 2) ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน ได้แก่ อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุและเพศของหัวหน้าครัวเรือน 3) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน 4) ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา ศาสนาที่นับถือ และการเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน 5) ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาคที่อยู่อาศัย และตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย

ผลการศึกษาจากวิธีการวิเคราะห์ถดถอยโพรบิต (Probit Regression) เมื่อจำแนกตัวแปรที่สนใจศึกษาเป็นการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพและองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ พบว่ามีรายละเอียดดังนี้

5.1.1 การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล ประกอบด้วยตัวแปร อายุขณะตั้งครรภ์ ลำดับของบุตร และความต้องการมีบุตร ผลการศึกษาพบว่า อายุสตรีขณะตั้งครรภ์แสดงอิทธิพลความสัมพันธ์ในลักษณะเชิงบวกต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยสตรีที่มีอายุขณะตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้สตรีที่มีอายุขณะตั้งครรภ์สูงกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์คุณภาพมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุขณะตั้งครรภ์ต่ำกว่าอย่างเป็นลำดับ ในทางตรงกันข้าม ลำดับของบุตรแสดงอิทธิพลความสัมพันธ์ในลักษณะเชิงลบต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่เพิ่มมากขึ้น กลับมีโอกาที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพลดน้อยลง ทำให้สตรีที่มีบุตรในลำดับที่สูงกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีบุตรในลำดับที่ต่ำกว่าอย่างเป็นลำดับ สำหรับความต้องการมีบุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการมีบุตร มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องการมีบุตร

ในส่วนของปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน ประกอบด้วยตัวแปร อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ และเพศของหัวหน้าครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศหญิง มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศชาย

ในส่วนของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วยตัวแปร ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า ระดับสถานะเศรษฐกิจแสดงอิทธิพลความสัมพันธ์ในลักษณะเชิงบวกต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยสตรีที่มีระดับสถานะเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้น มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้สตรีที่มีระดับสถานะเศรษฐกิจสูงกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับสถานะเศรษฐกิจต่ำกว่ากว่าอย่างเป็นลำดับ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านสังคม ประกอบด้วยตัวแปร ระดับการศึกษา ศาสนาที่นับถือ การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาแสดงอิทธิพลความสัมพันธ์ในลักษณะเชิงบวกต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยสตรีที่มีระดับการศึกษาเพิ่มมากขึ้น มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ากว่าอย่างเป็นลำดับ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาอิสลาม มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาคริสต์และศาสนาพุทธ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย ประกอบด้วยตัวแปร เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาคที่อยู่อาศัย และตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพน้อยกว่าสตรี

ตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคใต้ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครเป็นอย่างมาก

5.1.2 การฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

ในส่วนของปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล ประกอบด้วยตัวแปร อายุขณะตั้งครรภ์ ลำดับของบุตร และความต้องการมีบุตร ผลการศึกษาพบว่า อายุสตรีขณะตั้งครรภ์แสดงอิทธิพลความสัมพันธ์ในลักษณะเชิงบวกต่อการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยสตรีที่มีอายุขณะตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้สตรีที่มีอายุขณะตั้งครรภ์สูงกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่าอย่างเป็นลำดับ ในทางตรงกันข้ามกับลำดับของบุตรที่แสดงอิทธิพลความสัมพันธ์ในลักษณะเชิงลบต่อการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่เพิ่มมากขึ้น กลับมีโอกาที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ลดน้อยลง ทำให้สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่สูงกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์น้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่ต่ำกว่าอย่างเป็นลำดับ สำหรับความต้องการมีบุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการมีบุตร มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องการมีบุตร

ในส่วนของปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน ประกอบด้วยตัวแปร อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุและเพศของหัวหน้าครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศหญิง มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศชาย

ในส่วนของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วยตัวแปร ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะเศรษฐกิจในระดับร่ำรวยมาก มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะเศรษฐกิจในระดับยากจนมาก

ในส่วนของปัจจัยทางด้านสังคม ประกอบด้วยตัวแปร ระดับการศึกษา ศาสนาที่นับถือ และการเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าหรือเท่ากับระดับปริญญาตรี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถอ่านหนังสือออก หรือไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับ

ประถมศึกษา ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาอิสลาม มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาคริสต์และศาสนาพุทธ ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนมีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน

ในส่วนของปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย ประกอบด้วยตัวแปร เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาคที่อยู่อาศัย และตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร สำหรับตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

5.1.3 การฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง

ในส่วนของปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล ประกอบด้วยตัวแปร อายุขณะตั้งครรภ์ ลำดับของบุตร และความต้องการมีบุตร ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 20-24 ปี และอายุ 30-34 ปี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะมีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี สำหรับลำดับของบุตร พบว่า แสดงอิทธิพลความสัมพันธ์ในลักษณะเชิงลบต่อการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง โดยสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่เพิ่มมากขึ้น กลับมีโอกาที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง ลดน้อยลง ทำให้สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่สูงกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง น้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่ต่ำกว่า อย่างเป็นลำดับ สำหรับความต้องการมีบุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการมีบุตร มีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องการมีบุตร

ในส่วนของปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน ประกอบด้วยตัวแปร อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ และเพศของหัวหน้าครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุเพิ่มขึ้น มีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้งลดลง

ในส่วนของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วยตัวแปร ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะเศรษฐกิจในระดับยากจน และร่ำรวยมาก มีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะเศรษฐกิจในระดับยากจนมาก

ในส่วนของปัจจัยทางด้านสังคม ประกอบด้วยตัวแปร ระดับการศึกษา ศาสนาที่นับถือ และการเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนมีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน

ในส่วนของปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย ประกอบด้วยตัวแปร เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาคที่อยู่อาศัย และตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ และภาคกลาง มีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร สำหรับตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคเหนือ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

5.1.4 การฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์

ในส่วนของปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล ประกอบด้วยตัวแปร อายุขณะตั้งครรภ์ ลำดับของบุตร และความต้องการมีบุตร ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะมีอายุ 30-34 ปี และขณะมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี มีโอกาสฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ และการผดุงครรภ์ มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี ส่วนสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่เพิ่มมากขึ้น มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ ลดน้อยลง ทำให้สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่สูงกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ น้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับที่ต่ำกว่าอย่างเป็นลำดับ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน ประกอบด้วยตัวแปร อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ และเพศของหัวหน้าครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศหญิง มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศชาย

ในส่วนของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วยตัวแปร ระดับสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า ระดับสถานะเศรษฐกิจแสดงอิทธิพลความสัมพันธ์ในลักษณะเชิงบวกต่อการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับสถานะเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้น มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ มากขึ้นตามไปด้วย ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะเศรษฐกิจในระดับปานกลาง ร่ำรวย และร่ำรวยมาก มีโอกาสฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะเศรษฐกิจในระดับยากจนมาก อย่างเป็นลำดับ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านสังคม ประกอบด้วยตัวแปร ระดับการศึกษา ศาสนาที่นับถือ และการเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาแสดงอิทธิพลความสัมพันธ์ในลักษณะเชิงบวกต่อการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาเพิ่มมากขึ้น มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์มากขึ้นตามไปด้วย ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอย่างเป็นลำดับ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาอิสลาม มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาคริสต์และศาสนาพุทธ

ในส่วนของปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย ประกอบด้วยตัวแปร เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาคที่อยู่อาศัย และตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในทุก ๆ ภูมิภาค ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคใต้ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เป็นอย่างมาก

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา และทำการวิเคราะห์ถดถอยโพรบิท เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย ซึ่งใช้ข้อมูลitudinal ที่มีลักษณะเป็นภาคตัดขวาง จากโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 ซึ่งตรงกับรอบการจัดทำครั้งที่ 5 ในระดับนานาชาติ (The Multiple Indicator Cluster Survey: MICS5) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยกำหนดวัตถุประสงค์หลักของการศึกษาคือ การหา ลักษณะและภูมิหลังของสตรีตั้งครรภ์ ในปัจจัยทางด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล 2) ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน 3) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ 4) ปัจจัยทางด้านสังคม และ 5) ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย ว่าส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพและองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1) การฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ 2) การฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง และ 3) การฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์หรือไม่ อย่างไร

5.2.1 ปัจจัยทางด้านประชากรหรือปัจเจกบุคคล

อายุขณะตั้งครรภ์ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของกระบวนการคิดและการแสดงออกซึ่งพฤติกรรม อันมีผลมาจากวุฒิภาวะ การเรียนรู้ และการสะสมประสบการณ์ จากผลการศึกษาในครั้งนี้นับพบลักษณะที่สอดคล้องกัน ทั้งในด้านการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และทุกองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพว่า อายุขณะตั้งครรภ์มีลักษณะความสัมพันธ์ในเชิงบวกต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และทุกองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ กล่าวคือ สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะมีอายุมากกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์คุณภาพ และฝากครรภ์ตามทุกองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะมีอายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับเอกสารและงานการศึกษาก่อนหน้าที่ได้ให้เหตุผลว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากขึ้นจะมีความพร้อมต่อการตั้งครรภ์ที่มากขึ้นตามไปด้วย ทั้งความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วุฒิภาวะ และอารมณ์ ประกอบกับการมีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ส่งผลให้สตรีที่มีอายุมากกว่ายอมรับในการเปลี่ยนบทบาทเข้าสู่การเป็นมารดาตามแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการของสตรีตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดการแสวงหาแนวทางที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองและทารกในครรภ์ได้เร็วกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า โดยหนึ่งในแนวทางที่มีความสำคัญและเป็นที่ยอมรับคือ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ (Leifer, 2013) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีรายที่ตั้งครรภ์ขณะมีอายุมาก จะรู้สึกถึงความเสี่ยงของการตั้งครรภ์เมื่อตนเองมีอายุมาก ยกตัวอย่างเช่น ความเสี่ยงต่อการทารกในครรภ์มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ความเสี่ยงต่อความไม่สมบูรณ์ของทารกในครรภ์ ความเสี่ยงต่อการคลอดทารกก่อนกำหนด และความเสี่ยงต่อการแท้งบุตร เป็นต้น จึงส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ขณะมีอายุมากเฝ้าระวัง และแสวงหาแนวทางการดูแลทารกในครรภ์ให้มีความปลอดภัยและแข็งแรง (Nielsen et al., 2001) สอดคล้องกับเอกสารและงานการศึกษาก่อนหน้าที่ได้ให้เหตุผลของการไม่ฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น หรือที่เรียกว่า แม่วัยใส ซึ่งหมายถึงสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี ว่ามีสาเหตุมาจากการขาดความพร้อมในการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการขาดความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจ ที่โดยส่วนใหญ่ยังคงต้องพึ่งพารายได้จากพ่อแม่หรือผู้ปกครองเป็นหลัก และการขาดความพร้อมทางด้านอารมณ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกอาย กลัวการถูกสังคมตีตราว่าตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จึงมักปฏิเสธการตั้งครรภ์ จนนำไปสู่การไม่เข้าสู่กระบวนการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ (ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา, 2562)

ลำดับของบุตร นอกจากจะเป็นปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์แล้ว ยังเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของวิถีในการดูแลครรภ์ที่มีต่อบุตรในลำดับที่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาในครั้งนี้นับพบลักษณะที่สอดคล้องกัน ทั้งในด้านการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และทุกองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพว่า ลำดับของบุตรมีลักษณะความสัมพันธ์

ในเชิงลบต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และทุกองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีลำดับบุตรที่มากกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และฝากครรภ์ตามทุกองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีลำดับบุตรที่น้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับเอกสารและงานการศึกษาก่อนหน้า ที่ได้ให้เหตุผลว่า สตรีที่ตั้งครรภ์บุตรในลำดับแรก จะรู้สึกตื่นเต้นและวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ ประกอบกับยังไม่ทราบวิธีการรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน จึงทำให้ สตรีตั้งครรภ์บุตรในลำดับแรกรีบเข้าสู่กระบวนการฝากครรภ์ทันทีที่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ และหมั่นฝากครรภ์ตามจำนวนครั้งที่นัดคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง จากบุคลากรทางการแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ (Navaneetham et al., 2002) สอดคล้องกับเอกสารการศึกษาที่ได้ให้เหตุผลว่า สตรีที่เคยตั้งครรภ์บุตรมาก่อน มักจะรับรู้และเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ โดยนำเอาประสบการณ์จากการตั้งครรภ์ในครั้งก่อนมาปรับใช้ในระหว่างการตั้งครรภ์บุตรในลำดับถัดมา (McCaw-Binns et al., 1995) จึงมักไม่เห็นถึงความสำคัญในการเข้ารับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

ความต้องการมีบุตร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อ และมีส่วนสำคัญต่อการกำหนดการตัดสินใจ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ความต้องการมีบุตรส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และฝากครรภ์ตามองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ในด้านการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และการฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง โดยสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการมีบุตร มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องการมีบุตร สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้กำหนดให้หนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ คือ ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความคิด หรือความรู้สึกต่อพฤติกรรม กล่าวคือ การที่บุคคลจะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมใด ๆ ก็ตาม อันก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ จะต้องเป็นผลมาจากความปรารถนาหรือความต้องการที่จะได้รับผลลัพธ์นั้น ๆ เสียก่อน ฉะนั้น หากพิจารณาในมิติของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งถือเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญของการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์เพื่อมุ่งหวังให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพที่ดี จึงพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการมีบุตร มักไม่ได้คาดหวัง หรือมีความปรารถนามากพอที่จะดูแลครรภ์เพื่อส่งเสริมให้บุตรมีสุขภาพที่ดี ทัศนคตินี้จึงสะท้อนให้เห็นผ่านการแสดงออกของพฤติกรรมที่ปฏิเสธการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ (Pender et al., 2006) สอดคล้องกับเอกสารและงานการศึกษาก่อนหน้าที่ได้ให้เหตุผลว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ต้องการมีบุตร จะมีทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องการมีบุตรโดย

ส่วนใหญ่จะมีการเตรียมความพร้อม และมีการวางแผนการตั้งครรภ์ล่วงหน้า ทำให้สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ (Kyei et al., 2012) และฝากครรภ์ตามองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ได้แก่ ในด้านการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (Magadi et al., 2000) และในด้านการฝากครรภ์ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (Erci, 2003) ซึ่งเป็นกระบวนการที่พิสูจน์แล้วว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเองและทารกในครรภ์

5.2.2 ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครัวเรือน

อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ เป็นปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงอัตราส่วนทางอายุของสมาชิกในครัวเรือน โดยสามารถคำนวณจากผลรวมของประชากรวัยพึ่งพิงคือ ประชากรวัยเด็กที่มีอายุ 0-14 ปี รวมเข้ากับประชากรวัยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แล้วหารด้วยประชากรวัยแรงงานที่มีอายุ 15-60 ปี ฉะนั้น หากอัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุมีค่าเพิ่มมากขึ้น หมายความว่า ประชากรวัยแรงงานจะต้องดูแลประชากรวัยพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย จากผลการศึกษาของเอกสารและงานการศึกษาก่อนหน้า ที่ศึกษาการกระจายตัวทางอายุของสมาชิกภายในครัวเรือน พบว่า จำนวนของสมาชิกภายในครัวเรือนที่อยู่ในวัยเด็กและวัยสูงอายุ มีลักษณะความสัมพันธ์ในเชิงลบต่อการฝากครรภ์ กล่าวคือ ครัวเรือนที่มีจำนวนของสมาชิกในวัยเด็กและวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ลดน้อยลง เนื่องจากประชากรวัยเด็กและประชากรวัยสูงอายุ ถือเป็นวัยพึ่งพิงทางด้านเศรษฐกิจที่ประชากรวัยแรงงานจะต้องให้การดูแล ฉะนั้น สตรีตั้งครรภ์ที่อยู่ในกลุ่มประชากรวัยแรงงาน ซึ่งต้องแบกรับภาระการดูแลวัยพึ่งพิง จึงจำเป็นต้องลดค่าใช้จ่ายในบางส่วน เพื่อนำมาใช้ในการดูแลสมาชิกภายในครัวเรือน (McCaw-Binns et al., 1995) เห็นได้ชัดเจนในผลการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพบว่า อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งอิทธิพลให้สตรีตั้งครรภ์ฝากครรภ์มากกว่า หรือเท่ากับ 5 ครั้ง ลดน้อยลง เพราะจำนวนของการฝากครรภ์ในแต่ละครั้งต้องอาศัยค่าใช้จ่าย อีกทั้ง สตรีตั้งครรภ์ยังต้องขาดรายได้และสูญเสียโอกาสในการทำงาน จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีอัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุของครัวเรือนที่เพิ่มมากขึ้น มักจะปฏิเสธการฝากครรภ์ โดยเฉพาะการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

เพศของหัวหน้าครัวเรือน เป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกที่อาศัยอยู่ในภายในครัวเรือน เนื่องจากหัวหน้าครัวเรือนถือเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจของสมาชิกภายในครัวเรือน เนื่องจากหัวหน้าเรือนมักเป็นผู้อาวุโสหรือเป็นบุคคลที่สมาชิกภายในครัวเรือนให้การยอมรับ ฉะนั้น เพศของหัวหน้าครัวเรือนที่แตกต่างกัน จึงมีส่วนสำคัญต่อการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมของสมาชิกภายในครัวเรือนที่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศหญิง มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และฝากครรภ์ตามองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ในด้านการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า

หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และด้านการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศชาย สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่ได้ กำหนดให้หนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์คือ ความเชื่อเกี่ยวกับ กลุ่มอ้างอิงหรือแรงจูงใจ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสตรีตั้งครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น สามี ครอบครัว เพื่อนสนิท และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น จะส่งผลให้สตรี ตั้งครรภ์รู้สึกคล้อยตามบุคคลเหล่านั้น (Fishbein & Ajzen, 1975) ฉะนั้น หัวหน้าครัวเรือนที่เป็นเพศ หญิง จึงมีอิทธิพลต่อสตรีตั้งครรภ์ผ่านการแสดงออกซึ่งความเข้าใจแก่สมาชิกภายในครัวเรือนที่เป็น สตรีตั้งครรภ์ซึ่งมีลักษณะเป็นเพศหญิงเหมือนกัน เนื่องจาก หัวหน้าครัวเรือนเพศหญิงจะรู้สึกเห็น ใจ และมองว่าการตั้งครรภ์ถือเป็นสิ่งสำคัญ เพราะสตรีตั้งครรภ์จะต้องเผชิญกับความลำบากในการ ดูแลตนเองและทารกในครรภ์ หัวหน้าครัวเรือนจึงสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ที่มี คุณภาพ โดยอาจสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการฝากครรภ์ หรือช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของสตรีใน ระยะเวลาตั้งครรภ์ให้แก่สมาชิกภายในครัวเรือนรายอื่น ๆ นอกจากนี้ หัวหน้าครัวเรือนเพศหญิงบางรายที่ เคยผ่านประสบการณ์การตั้งครรภ์มาก่อน ก็จะทำเอาประสบการณ์การตั้งครรภ์ในอดีตของตน มาปรับใช้ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลครรภ์ เพื่อสนับสนุนทางด้านจิตใจทำให้สตรีตั้งครรภ์มี กำลังใจ และรู้สึกไม่หวาดกลัวต่อการตั้งครรภ์และการคลอด (เดือนเพ็ญ ศิลปอนันต์, 2557)

5.2.3 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

ระดับสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน เป็นปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของ เศรษฐกิจภายในครัวเรือน โดยใช้วิธีการกำหนดเกณฑ์และการแบ่งระดับอย่างเป็นระบบ ด้วยวิธีการ วิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle Component Analysis: PCA) โดยความแตกต่างของระดับ สถานะทางเศรษฐกิจของแต่ละครัวเรือน จะสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยทางด้าน ทรัพย์สิน การเป็น เจ้าของที่อยู่อาศัย น้ำและสุขาภิบาล และคุณลักษณะอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจ ของครัวเรือนที่ต่างต่างกัน จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบลักษณะที่สอดคล้องกัน ทั้งในด้านการฝาก ครรภ์ที่มีคุณภาพ และทุกองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพว่า ระดับสถานะทางเศรษฐกิจ ของครัวเรือนมีลักษณะความสัมพันธ์ในเชิงบวกต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และทุกองค์ประกอบของ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนในระดับที่สูงกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และฝากครรภ์ตามทุกองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือนในระดับที่ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี พฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวไว้ว่า แต่ละบุคคลจะมีปัจจัยเฉพาะตัว ที่ส่งผลต่อความเชื่อและการแสดง พฤติกรรม ฉะนั้น การที่บุคคลมีปัจจัยใด ๆ ก็ตามที่ไม่เอื้อต่อการแสดงพฤติกรรม จะส่งผลให้บุคคล

เหล่านั้นหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งแน่นอนว่าหนึ่งในปัจจัยเฉพาะตัวที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพคือ ระดับสถานะทางเศรษฐกิจ (Pender et al., 2006) สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ที่ได้กำหนดให้หนึ่งในปัจจัยของการแสดงพฤติกรรม คือ ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง กล่าวคือ ก่อนที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ บุคคลโดยส่วนใหญ่จะมีการประเมินว่า พฤติกรรมเหล่านั้นเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายหรือไม่ หากประเมินแล้วว่า เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่าย หรือสามารถควบคุมผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้นได้ จะส่งผลให้บุคคลเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมดังกล่าว (Fishbein & Ajzen, 1975) ฉะนั้น หากวิเคราะห์การเป็นอุปสรรคทางด้านระดับสถานะทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพ จึงสรุปได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ จะมีส่วนทำให้การประเมินว่าการฝากครรภ์เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เนื่องจากการฝากครรภ์จะประกอบด้วยค่าใช้จ่าย 2 ส่วน โดยใน ส่วนแรกคือ ค่าใช้จ่ายทางตรง หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในกระบวนการฝากครรภ์เท่านั้น ซึ่งภาครัฐได้มีส่วนช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายในส่วนนี้โดยการเสนอ “สวัสดิการฝากครรภ์ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ” โดยสนับสนุนให้สตรีที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลจากภาครัฐได้รับการฝากครรภ์ในทุกสถานบริการ สาธารณสุขของภาครัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และในส่วนที่สองคือ ค่าใช้จ่ายแฝง หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องในกระบวนการฝากครรภ์ แต่จำเป็นต้องใช้เพื่อให้ได้รับการฝากครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น ค่าเดินทาง ค่าการสูญเสียรายได้ และโอกาสในการทำงาน เป็นต้น ซึ่งสตรีตั้งครรภ์จะเป็นผู้รับภาระในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ ทำให้สตรีตั้งครรภ์บางรายเลือกที่จะหลีกเลี่ยงการฝากครรภ์เพื่อลดค่าใช้จ่ายในส่วนดังกล่าว สอดคล้องกับเอกสารและงานการศึกษาก่อนหน้านี้ซึ่งพบว่า สถานะทางเศรษฐกิจถือเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการฝากครรภ์ เนื่องจากการฝากครรภ์ต้องอาศัยค่าใช้จ่ายในส่วนเพิ่มเติม ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีเศรษฐกิจฐานะทางเศรษฐกิจในระดับต่ำโดยส่วนใหญ่จะมีเงินสำรองไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้เพื่อการฝากครรภ์ (Navaneetham et al., 2002)

5.2.4 ปัจจัยทางด้านสังคม

ระดับการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ เป็นปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการคิดและการตัดสินใจ อีกทั้ง ยังมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างสถานภาพทางเศรษฐกิจ และการเป็นที่ยอมรับของสังคม จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ระดับการศึกษามีลักษณะความสัมพันธ์ในเชิงบวกต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และการฝากครรภ์ตามองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ในด้านการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และการฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า มีโอกาสที่จะฝากครรภ์คุณภาพฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาล

วิชาชีพและการผดุงครรภ์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ ที่กำหนดให้การศึกษาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมผ่านกระบวนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ (Pender et al., 2006) สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ที่ได้กล่าวไว้ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำ เป็นผลที่เกิดจากการได้รับความรู้ หรือข้อมูลข่าวสารที่ระบุถึงผลประโยชน์จากการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ อีกทั้ง ยังส่งผลให้เกิดเจตคติที่ดี อันนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและทารกในครรภ์โดยเข้ารับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ (Fishbein & Ajzen, 1975) สอดคล้องกับเอกสารและงานการศึกษาก่อนหน้า ที่ได้ให้เหตุผลว่า การศึกษามีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ รวมไปถึงการเข้าถึงองค์ความรู้ หรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ (Navaneetham et al., 2002) เนื่องจาก การศึกษาทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความพร้อม ทั้งทางด้านความรู้ถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และด้านการเข้าถึงการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพด้วยความรู้และสถานะทางเศรษฐกิจ

ศาสนาที่นับถือ เป็นปัจจัยที่มีส่วนในการกำหนดแนวทางปฏิบัติของสตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนานั้น ๆ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาที่มีความแตกต่างกัน ไม่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หากพิจารณาถึงองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาอิสลาม มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์กับแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาคริสต์ สอดคล้องกับเอกสารและงานการศึกษาก่อนหน้า ที่ได้ให้เหตุผลว่า ศาสนาอิสลามจะมีแนวทางปฏิบัติที่เคร่งครัดในเรื่องการจำกัดการออกจากบ้านของสตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สตรีตั้งครรภ์ชาวมุสลิมที่โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้จะยึดธรรมเนียมปฏิบัติที่เคร่งครัด ทำให้ยังคงนิยมฝากครรภ์กับหมอต้าแยหรือผดุงครรภ์โบราณ เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในระยะตั้งครรภ์ภายในบ้านของตนเอง โดยไม่ขัดกับหลักของศาสนา

การเรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน เป็นปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ผลดีของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ผ่านกระบวนการเรียนการสอนในระบบที่บรรจุเนื้อหาตามมาตรฐานของกระทรวงศึกษาธิการ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การเรียนและการไม่ได้เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน ไม่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หากพิจารณาถึงองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์มากกว่าหรือ

เท่ากับ 5 ครั้ง มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เรียนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน ผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ที่ได้กล่าวไว้ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำ ผ่านการได้รับความรู้ หรือข้อมูลข่าวสารที่ระบุถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ จะส่งผลให้เกิดเจตคติที่ดี อันนำไปสู่การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ (Fishbein & Ajzen, 1975) สอดคล้องกับเอกสารและงานการศึกษาก่อนหน้า ที่ได้ให้เหตุผลว่า การเรียนเรื่อง เพศศึกษาจะสะท้อนให้ผู้เรียนเกิดการตระหนัก และเล็งเห็นถึงผลดีของการฝากครรภ์และผลเสียของการไม่ฝากครรภ์ (Pallikadavath et al., 2004)

5.2.5 ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างในการเข้าถึงการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของพื้นที่ในระดับของเขตเมืองและเขตชนบท จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตที่อยู่อาศัยที่มีความแตกต่างกัน ไม่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อหากพิจารณาถึงองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง สอดคล้องกับผลการสำรวจเหตุผลหลักในการไม่ฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่า เหตุผลหลักในการไม่ฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง คือ การประกอบอาชีพที่ไม่สามารถลางานเพื่อไปฝากครรภ์ได้ ทำให้ละเลยต่อการฝากครรภ์ โดยเฉพาะการฝากครรภ์ในกรณีที่เริ่มตั้งครรภ์หรือขณะอายุครรภ์ยังน้อย ในขณะที่เหตุผลหลักในการไม่ฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท คือ การคมนาคม เนื่องจากอุปสรรคทางการเดินทาง ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทไม่สามารถเดินทางเพื่อไปฝากครรภ์ได้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) แต่สำหรับในปัจจุบันได้มีการพัฒนาทางด้านระบบการคมนาคม และการขนส่ง ให้มีความสะดวกสบายเพิ่มมากขึ้นจากในอดีต จึงอาจส่งผลให้อุปสรรคทางการเดินทางเพื่อไปฝากครรภ์ไม่ปัญหาของสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทอีกต่อไป

ภูมิภาคที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างในการเข้าถึงการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของพื้นที่ในระดับภูมิภาค ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้จำแนกออกเป็น 4 ภูมิภาค 1 พื้นที่ ได้แก่ 1) กรุงเทพมหานคร 2) ภาคเหนือ 3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4) ภาคใต้ และ 5) ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ผลการศึกษาในครั้งนี้ โดยภาพรวมพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเหนือจากพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร มีโอกาสที่จะฝากครรภ์คุณภาพ และฝากครรภ์ตามทุกองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ส่วนหากพิจารณาแยกในแต่ละองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ พบว่า มีความแตกต่างของ

ภูมิภาคที่สตรีตั้งครรภ์อาศัยอยู่จำแนกตามองค์ประกอบต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง มีโอกาสที่จะฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ มีโอกาสที่จะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภาคกลางและภาคเหนือ จะมีโอกาสฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ยิ่งไปกว่านั้น สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องความเหลื่อมล้ำทางด้านอัตราการกำลงของบุคลากรทางการแพทย์เชิงพื้นที่ ซึ่งพบว่า อัตราการกำลงของบุคลากรทางการแพทย์ต่อจำนวนผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน โดยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการรองรับผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือใกล้เคียงกับภาคกลางและใกล้เคียงกับภาคใต้ โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีอัตราการกำลงของบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่าในพื้นที่อื่น ๆ ประมาณ 4 เท่า ส่งผลให้เกิดความไม่เพียงพอของทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อื่น ๆ นอกเหนือจากกรุงเทพมหานคร ประกอบกับผลการสำรวจการกระจายตัวของประเภทโรงพยาบาลขนาดต่าง ๆ จำแนกตามภูมิภาค โดยในส่วนของจำนวนโรงพยาบาลชุมชน พบว่า กระจุกตัวอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด สอดคล้องกับจำนวนโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ พบว่า กระจุกตัวอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากเป็นอันดับที่สอง (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลทั้งหมดของภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมทางด้านเครื่องมือและบุคลากรทางการแพทย์ โดยส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้วยเหตุผลประการนี้ จึงส่งผลให้ สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีโอกาสฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง ไม่แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ฉะนั้น จากสถานการณ์เหล่านี้ จึงสะท้อนปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำทางด้านสาธารณสุขเชิงพื้นที่ ทั้งในเชิงอัตราการกำลงของบุคลากรทางการแพทย์ และสถานบริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้โดยภาพรวม พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยในภูมิภาคอื่น ๆ นอกเหนือจากกรุงเทพมหานคร มีโอกาสฝากครรภ์คุณภาพ และฝากครรภ์ตามทุกองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยในกรุงเทพมหานครเป็นอย่างมาก

ตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัย เป็นตัวแปรที่สะท้อนให้เห็นถึงตัวแปรเขตที่อยู่อาศัยในระดับภูมิภาค ผลการศึกษาตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยและภูมิภาคที่อยู่อาศัยในครั้งนี้ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคเหนือ เขตชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเขตชนบทในภาคใต้ ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และทุกองค์ประกอบของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคใต้ จะมีโอกาสฝากครรภ์ที่มีคุณภาพน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะมีโอกาสฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคเหนือ จะมีโอกาสฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร สำหรับสตรีตั้งครรภ์เขตชนบทในภาคใต้ จะมีโอกาสฝากครรภ์กับแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์ น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องความเหลื่อมล้ำทางด้านอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์เชิงพื้นที่ ซึ่งพบว่า ภาคใต้มีความเหลื่อมล้ำของโรงพยาบาลภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ระหว่างเขตชนบทและเขตเมืองมากที่สุด ในขณะที่ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความเหลื่อมล้ำของโรงพยาบาลเอกชน ระหว่างเขตชนบทและเขตเมืองมากที่สุด (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จึงส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคต่าง ๆ โดยเฉพาะในภาคใต้ มีโอกาสฝากครรภ์ที่มีคุณภาพน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีตั้งครรภ์ชาวมุสลิมบางรายที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทในภาคใต้ยังมีความนิยมที่จะฝากครรภ์กับหมอตำแยหรือผดุงครรภ์โบราณ เนื่องจากข้อปฏิบัติและความเชื่อทางด้านศาสนา

5.3 ข้อเสนอแนะ

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ภาครัฐได้พยายามดำเนินนโยบายต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนทรัพยากรประชากรให้มีคุณภาพที่จะขับเคลื่อนประเทศไปข้างหน้าได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยหนึ่งในนโยบายที่ภาครัฐให้ความสำคัญคือ นโยบายทางด้านสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องการส่งเสริมสตรีในระยะตั้งครรภ์ให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอนามัยมารดาและทารก เนื่องจากระยะดังกล่าวถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการสร้างประชากรวัยเด็กที่จะเติบโตไปเป็นประชากรวัยแรงงานที่มีคุณภาพ อันมีบทบาทในการเป็นกำลังผลิตที่สำคัญของประเทศในอนาคต โดยแนวทางที่ภาครัฐได้ดำเนินการในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ได้มุ่งเน้นการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์เป็นส่วนใหญ่ ทว่า แนวทางดังกล่าวกลับละเลยการส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ในเชิงลึก ซึ่งหมายถึง การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ทำให้สตรี

ตั้งครุฑจำนวนหนึ่งที่ได้รับการฝากครุฑ ไม่ได้รับการฝากครุฑที่มีคุณภาพสอดคล้องตามไปด้วย ดังนั้น งานการศึกษาในชั้นนี้ ผู้วิจัยจึงได้สังเกตเห็นว่า หากมีความเข้าใจในบริบท เจือปน และลักษณะ ภูมิหลังของสตรีตั้งครุฑ จะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครุฑได้รับการฝากครุฑที่มีคุณภาพ อันมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพของประชากรที่พร้อมต่อการขับเคลื่อนประเทศผ่าน กระบวนการวางแผนนโยบายในการส่งเสริมการฝากครุฑที่มีคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนการ นำไปต่อยอดองค์ความรู้ทางด้านวิชาการ เนื่องจากแนวทางเรื่องการฝากครุฑ มีความเกี่ยวข้องกับ งานทางด้านพยาบาลศาสตร์ หรือด้านสาธารณสุข โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้มีความเหมาะสม ตามลักษณะบริบทของประเทศไทย

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ภาครัฐควรมีการส่งเสริมให้สตรีตั้งครุฑได้รับการฝากครุฑที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะกลุ่มไปยัง สตรีตั้งครุฑวัยรุ่นหรือสตรีตั้งครุฑที่มีอายุน้อย สตรีตั้งครุฑเคยมีประสบการณ์ในการตั้งครุฑมาก่อน สตรีตั้งครุฑที่ไม่ต้องการมีบุตร สตรีตั้งครุฑที่มีสถานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับยากจนมาก สตรีตั้งครุฑที่ไม่สามารถอ่านหนังสือออก ไม่ได้ศึกษา หรือต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา สตรีตั้งครุฑที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะในเขตชนบทใน ภาคใต้ ซึ่งมีรายละเอียดของการส่งเสริม ดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมการจัดสรรทรัพยากรที่มีคุณภาพให้มีการกระจายตัวอย่างทั่วถึง เพื่อส่งเสริมให้ สตรีตั้งครุฑเข้าถึงการฝากครุฑที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้สตรีตั้งครุฑฝากครุฑเมื่ออายุ ครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยอาศัยแนวทางดังต่อไปนี้

1.1 ส่งเสริมการกระจายตัวของโรงพยาบาลภาครัฐในประเภทต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ให้มีสัดส่วนที่เพียงพอต่อจำนวนของ ประชากรที่อาศัยอยู่ภายในพื้นที่ รวมไปถึงประสานงานเพื่อขอความร่วมมือจากภาคเอกชนในการ จัดตั้งโรงพยาบาลเอกชนที่มีราคาบริการที่ยุติธรรม เพื่อให้ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท หรือพื้นที่ อื่น ๆ นอกเหนือจากกรุงเทพมหานคร มีทางเลือกในการตัดสินใจฝากครุฑเพิ่มมากขึ้น

1.2 ส่งเสริมการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ และพยาบาล วิชาชีพและการผดุงครรภ์ โดยการเพิ่มแรงจูงใจในการไปประจำการอยู่ในสถานบริการของภาครัฐใน เขตชนบท ยกตัวอย่างเช่น การเพิ่มเงินค่าตอบแทน การเพิ่มสวัสดิการต่าง ๆ และการเพิ่มโอกาสใน การไปสู่อำเภอที่สูงขึ้น เป็นต้น เพื่อลดปัญหาความขาดแคลนอัตรากำลังของแพทย์ และพยาบาล วิชาชีพและการผดุงครรภ์ในเขตชนบท ที่มีสาเหตุมาจากการกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร

1.3 ส่งเสริมการกระจายตัวของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางด้านสาธารณสุขที่มีความจำเป็น ให้แต่ละประเภทของโรงพยาบาล ในพื้นที่ต่าง ๆ อย่างทั่วถึง โดยภาครัฐอาจดำเนินการร่วมกับภาคเอกชนในการจัดหาเครื่องมือ ตลอดจนมีระบบการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ เพื่อไปประจำการอยู่ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์รู้ว่า ตนเองมีสิทธิการรักษาพยาบาลระบบใดระบบหนึ่งจากภาครัฐ ผ่านการประชาสัมพันธ์ให้สตรีตั้งครรภ์สามารถตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของตนเองในแหล่งการค้าต่าง ๆ ได้แก่ เว็บไซต์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สายด่วน 1330 หรือสอบถามจากหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน โดยชี้ให้เห็นถึงผลประโยชน์ของการไม่เสียค่าใช้จ่ายจากการฝากครรภ์ เมื่อสตรีตั้งครรภ์เข้ารับบริการฝากครรภ์จากภาครัฐ

3. สนับสนุนค่าใช้จ่ายแฝงที่ใช้ในการฝากครรภ์ ซึ่งหมายถึง ค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้ใช้ในกระบวนการฝากครรภ์โดยตรง แต่จำเป็นต้องใช้เพื่อให้ได้รับการฝากครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น ค่าเดินทาง ค่าขาดรายได้ และสูญเสียโอกาสจากการทำงาน เป็นต้น โดยทางภาครัฐอาจมีส่วนช่วยในการแบ่งเบาค่าใช้จ่ายในส่วนดังกล่าว ผ่านกระบวนการเพิ่มเงินอุดหนุน หรือจัดสวัสดิการในการลางานเพื่อไปฝากครรภ์ให้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามี

4. ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หรือเอกสาร/คู่มือที่บันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ทั้งในการฝากครรภ์ที่สถานบริการสุขภาพของภาครัฐและภาคเอกชน พร้อมทั้งกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ใส่ใจและตระหนักถึงความสำคัญของเนื้อหาในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะการฝากครรภ์ตรงตามเกณฑ์

5. ส่งเสริมให้สตรีวัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง โดยรับรู้ว่าเมื่อเกิดการตั้งครรภ์จะต้องไปรับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน อีกทั้ง แนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพ ควรมีการพัฒนาให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกผ่อนคลาย และมีความสนใจที่จะฝากครรภ์ โดยเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการวางแผนกระบวนการดูแลการตั้งครรภ์ของตนเอง

6. เผื่อระวังการไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์รายที่เคยมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน โดยชี้ให้เห็นว่า การตั้งครรภ์ในแต่ละครั้งมีความแตกต่างกัน เนื่องจากสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และสภาพแวดล้อมของการตั้งครรภ์ในแต่ละครั้งมีความแตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น สตรีตั้งครรภ์มีอายุที่มากขึ้นจากการตั้งครรภ์ในครั้งก่อนหน้า หรือมีสภาพแวดล้อมทางด้านสังคมและ

เศรษฐกิจที่แตกต่างกันออกไป จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ควรที่จะคาดเดาประสบการณ์การตั้งครรภ์ การดูแลทารกในครรภ์ และผลของการตั้งครรภ์บุตรในลำดับถัดมา จากประสบการณ์ที่เคยได้รับการตั้งครรภ์บุตรในลำดับก่อนหน้าแต่เพียงอย่างเดียว

7. ส่งเสริมการรณรงค์ให้ประชาชน เข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแนวทางการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ตลอดจนสร้างความตระหนักให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจถึงผลดีของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และผลเสียของการฝากครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพ โดยอาศัยการโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ รวมถึงการเน้นย้ำผ่านหลักสูตรการเรียนการสอนในระบบการศึกษา

8. ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเขตชนบทของภาคใต้ ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ผ่านกระบวนการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยชี้ให้เห็นถึงผลเสียที่สามารถเกิดขึ้นได้กับสตรีตั้งครรภ์ และทารกหากไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะการฝากครรภ์กับหมอต่ำแยหรือผดุงครรภ์โบราณ ที่ไม่ได้รับการอบรมทางด้านการผดุงครรภ์

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับงานศึกษาต่อไป

งานการศึกษาต่อไปควรมีประเด็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย ดังต่อไปนี้

1. สำหรับโครงการสำรวจในอนาคตที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานภาพการสมรสของสตรีขณะตั้งครรภ์ ลักษณะของคู่สมรส ประสบการณ์การแท้งบุตร และลักษณะการประกอบอาชีพของสตรีตั้งครรภ์เพื่อความครบถ้วนของข้อมูลในการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

2. สำหรับงานการศึกษาในครั้งต่อไป ควรพิจารณาเพิ่มเติมถึงกระบวนการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพที่สตรีตั้งครรภ์พึงที่จะได้รับในเชิงรายละเอียด ยกตัวอย่างเช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจเลือด การตรวจคัดกรองเบาหวาน การตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ และการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น เพื่อที่จะทำให้สามารถสะท้อนลักษณะของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพได้อย่างตรงจุดมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- Afulani, P. A., Buback, L., Essandoh, F., Kinyua, J., Kirumbi, L., & Cohen, C. R. (2019). Quality of antenatal care and associated factors in a rural county in Kenya: an assessment of service provision and experience dimensions. *BMC Health Services Research*, 19(1), 684. doi:10.1186/s12913-019-4476-4
- Atthakorn, W., & Saksiriwuttho, P. (2019). Percentage of pregnant women reading the maternal and child health handbook and associated factors at Srinagarind hospital. *Obstetrics and Gynaecology*, 27(1), 22-28.
- Becker, G. S. (2009). *Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education*: University of Chicago press.
- Bhatia, J. C., & Cleland, J. J. H. t. r. (1995). Determinants of maternal care in a region of South India. 127-142.
- Blacker, C. P. J. T. E. R. (1947). Stages in population growth. 39(3), 88.
- Bongaarts, J. J. P., & review, d. (1 9 7 8). A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. 105-132.
- Carroli, G., Rooney, C., Villar, J. J. P., & Epidemiology, p. (2 0 0 1). How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. 15, 1-42.
- Chan, K., Kean, L. J. C. O., & Gynaecology. (2004). Routine antenatal management in later pregnancy. 14(2), 86-91.
- Davis, K., Blake, J. J. E. d., & change, c. (1956). Social structure and fertility: An analytic framework. 4(3), 211-235.
- Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J., Tremblay, R. E. J. E., & Biology, H. (2009). Investing in early human development: timing and economic efficiency. 7(1), 1-6.
- Erci, B. J. J. o. N. S. (2003). Barriers to utilization of prenatal care services in Turkey. 35(3), 269-273.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Intention and Behavior: An introduction to theory and research. In: Addison-Wesley, Reading, MA.
- Friedlander, W. A., & Apte, R. Z. (1980). *Introduction to social welfare*: Prentice Hall.

- Glinioer, D. J. P. h. n. (2007). The importance of iodine nutrition during pregnancy. 10(12A), 1542-1546.
- Gratton, L., & Ghoshal, S. J. E. M. J. (2003). Managing Personal Human Capital:: New Ethos for the 'Volunteer'Employee. 21(1), 1-10.
- Hughes, P., Jackson, S., Smith, P., & Abrams, P. (2001). *Can antenatal pelvic floor exercises prevent postnatal incontinence*. Paper presented at the International Continence Society.
- Kean, L., Chan, K. J. O., Gynaecology, & Medicine, R. (2007). Routine antenatal management at the booking clinic. 17(3), 69-73.
- Kerber, K. J., de Graft-Johnson, J. E., Bhutta, Z. A., Okong, P., Starrs, A., & Lawn, J. E. (2007). Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *The Lancet*, 370(9595), 1358-1369. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61578-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61578-5)
- Kyei, N. N., Chansa, C., Gabrysch, S. J. B. p., & childbirth. (2012). Quality of antenatal care in Zambia: a national assessment. 12(1), 151.
- Leifer, G. (2013). *Maternity nursing-e-book: An introductory text*: Elsevier Health Sciences.
- Magadi, M. A., Madise, N. J., Rodrigues, R. N. J. S. s., & medicine. (2000). Frequency and timing of antenatal care in Kenya: explaining the variations between women of different communities. 51(4), 551-561.
- Matsumura, M., & Gubhaju, B. J. A.-P. P. J. (2001). Women's Status, Household Structure and the Utilization of Maternal Health Services in Nepal: Even primary-level education can significantly increase the chances of a woman using maternal health care from a modern health facility. 16(1), 23-44.
- McCaw-Binns, A., La Grenade, J., Ashley, D. J. S. s., & medicine. (1995). Under-users of antenatal care: a comparison of non-attenders and late attenders for antenatal care, with early attenders. 40(7), 1003-1012.
- Mekonnen, Y., Mekonnen, A. J. J. o. h., population, & nutrition. (2003). Factors influencing the use of maternal healthcare services in Ethiopia. 374-382.
- Miles-Doan, R., & Brewster, K. L. J. S. i. F. P. (1998). The impact of type of employment on women's use of prenatal-care services and family planning in urban Cebu,

- the Philippines. 69-78.
- Mincer, J. (1981). Human capital and economic growth.
- Molloy, A. M., Kirke, P. N., Brody, L. C., Scott, J. M., Mills, J. L. J. F., & bulletin, n. (2008). Effects of folate and vitamin B12 deficiencies during pregnancy on fetal, infant, and child development. 29(2_suppl1), S101-S111.
- Moos, M.-K. (2006). Prenatal Care: Limitations and Opportunities. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(2), 278-285. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00039.x>
- Navaneetham, K., Dharmalingam, A. J. S. s., & medicine. (2002). Utilization of maternal health care services in Southern India. 55(10), 1849-1869.
- Nielsen, B. B., Liljestrand, J., Thilsted, S. H., Joseph, A., Hedegaard, M. J. H., & community, S. C. i. t. (2001). Characteristics of antenatal care attenders in a rural population in Tamil Nadu, South India: a community-based cross-sectional study. 9(6), 327-333.
- Obermeyer, C. M., & Potter, J. E. J. S. i. f. p. (1991). Maternal health care utilization in Jordan: a study of patterns and determinants. 22(3), 177-187.
- Olsen, M. (2017). *Obstetric Care*: Cambridge University Press.
- Pallikadavath, S., Foss, M., Stones, R. W. J. S. s., & medicine. (2004). Antenatal care: provision and inequality in rural north India. 59(6), 1147-1158.
- Paredes, I., Hidalgo, L., Chedraui, P., Palma, J., Eugenio, J. J. I. J. o. G., & Obstetrics. (2005). Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. 88(2), 168-172.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Ann, M. (2006). Health promotion in nursing practice.
- Raghupathy, S. J. S. s., & medicine. (1996). Education and the use of maternal health care in Thailand. 43(4), 459-471.
- Schultz, T. W. J. T. A. e. r. (1961). Investment in human capital. 51(1), 1-17.
- Stock, J. H., Watson, M. W., & Wooldridge, J. M. (2013). *Introductory Econometrics: A Modern Approach* (4 th International).
- Tamura, R. J. J. o. D. E. (2006). Human capital and economic development. 79(1), 26-72.
- Twaddle, A. C. (1981). Sickness and the sickness career: some implications. In *The*

- relevance of social science for medicine* (pp. 111-133): Springer.
- Van de Kaa, D. J. J. B. (2002). The idea of a second demographic transition in industrialized countries. 35, 45.
- Van der Gaag, J., & Tan, J.-P. (1998). *The benefits of early child development programs: an economic analysis*: World Bank Group.
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*: World Health Organization.
- World Health Organization and others. (2006). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*: World Health Organization.
- เดือนเพ็ญ ศิลปอนันต์. (2557). ทำไมจึงมาฝากครรภ์ : ทัศนของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. *สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 4(6), 126-132.
- เอี่ยมพร ราชภูติ, จันทรรัตน์ เจริญสันติ, & กรรณิการ์ กัณธะรักษา. (2554). การวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร*, 38, 21-28.
- กนกวรรณ พวงประยงค์. (2559). แบบแผนและสถานการณ์ความต้องการมีบุตรของสตรีที่สมรสในประเทศไทย. *จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- กนกวรรณ พวงประยงค์. (2562). แนวคิดและทฤษฎีที่สำคัญในการศึกษาด้านภาวะเจริญพันธุ์และความต้องการมีบุตรในยุคเกิดน้อย: สวรรค์และบพสังเคราะห์. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 45(1), 77-118.
- กรมอนามัย. (2562). เอกสารสรุปข้อค้นพบจากการศึกษา การพัฒนาคุณภาพบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และเยาวชนในประเทศไทย. Retrieved from <http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=yfhs>
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2559). รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย. Retrieved from <https://www.unicef.org/thailand/media/1106/file/รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). เกณฑ์การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ แนวทางพัฒนางานบริการชั้นสูงสาธารณสุข. Retrieved from <http://www.mtcouncil.org/site/content/attach/>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). Retrieved from <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth>

.pdf

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). การประชุมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. Retrieved from: <http://www.bps.ops.moph.go.th/>

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Report%20Health%20Resource%202018.pdf

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf

จรรุวรรณ ธีรวิบูลย์. (2532). ผลของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิดในวชิรพยาบาล พ.ศ.2529. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทัสสนี นุชประยูร. (2530). ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในตรงพยาบาลนราธิวาส จังหวัดสงขลา พ.ศ. 25549-2552. วรสารโรงพยาบาลสงขลา, 189-203.

ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา. (2562). ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน. พยาบาลสาร, 32(2), 180-186.

ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2543). ประชากรศาสตร์ : สารัตถศึกษาเรื่องประชากรมนุษย์ (1 ed.). กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม. (2546). ราชกิจจานุเบกษา ฉบับที่ 46. Retrieved from <http://law.m-society.go.th/law2016/law/view/652>

พลภัทร บุราคม. (2555). กระบวนทัศน์ใหม่ของการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจกับปัญหาด้านประสิทธิภาพในการจัดสรรและการกระจายผลประโยชน์ของรายจ่ายสาธารณะของประเทศไทย. *NIDA Development Journal*, 46(2-4), 19-57.

พอลดา เกตุจิรัฐติกาล. (2543). ระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของทารกน้ำหนักน้อยและพิการแต่กำเนิดในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โพรแอนด์.

พิมลพรรณ อิศรภักดี, & รัฐินันท์ ฝวนิล. (2560). คุณภาพการตั้งครรภ์ของหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ช่วง พ.ศ. 2541-2558. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2545). วันสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ยุพิน ใจแปง. (2561). ประสิทธิภาพของรูปแบบบริการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงธาลัส

- ซีเมีย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 60(2).
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). การศึกษาเพื่อเตรียมการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583: ประชากรฐานและข้อสมมุติ (1 ed.). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์. Retrieved from http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสุขภาพ/Reproductive_health/2552/6.รายงานฉบับสมบูรณ์.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559. Retrieved from <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านสังคม/แรงงาน/สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย.aspx>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2553). รายงานการศึกษาแนวทางการพัฒนาค่านิยมเมืองและชนบทของประเทศไทย. Retrieved from <http://statstd.nso.go.th/downloadcfile.aspx?id=114>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2549). การตายของมารดาประเทศไทย (1 ed.). กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือโครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก ในบริบทประเทศไทย (2 ed.): โรงพิมพ์สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานประจำปี 2560. Retrieved from: http://env.anamai.moph.go.th/download/actionplan/reportEB_4_210261.pdf
- สุดารัตน์ อีระวร. (2547). ทำเนียบผดุงครรภ์โบราณใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยะลา: ยะลาการพิมพ์.
- สุพร แก้วศิริวรรณ. (2556). การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พรินทร์ จำกัด.
- อรรถัย วงศ์พิกุล, สีนินาถ โรจนานุกุลพงศ์, & อำพรธณ คำรณฤทธิ. (2559). ฝากครรภ์ดี มีคุณภาพ ควรฝากก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์. Retrieved from <http://hpc9.anamai.moph.go.th/images/pdf59/teen59/ANC.pdf>
- อามีนะห์ ดำรงผล. (2549). สารระนำรู้เกี่ยวกับชีวิตมุสลิม (2 ed.). กรุงเทพมหานคร: เอดิชั่นเพรสไพร์ดักส์.

อำไพ จารุวัชรพานิชกุล. (2554). ความรู้เบื้องต้นการผดุงครรภ์ เล่ม 1 (ระยะตั้งครรภ์). เชียงใหม่:
บริษัท ครองช่าง พรินท์ติ้ง จำกัด.



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ฉัตรกมล พิรปัญญาวารานันท์
วัน เดือน ปี เกิด	20 พฤษภาคม 2539
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2560
ที่อยู่ปัจจุบัน	286/21 หมู่บ้านสวนสบายใจ หมู่ที่ 1 ถนนเชียงใหม่-ลำพูน ตำบลเหมืองง่า อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน 51000
ผลงานตีพิมพ์	-
รางวัลที่ได้รับ	รางวัลบทความดีเด่นในหัวข้ออนามัยเจริญพันธุ์ เรื่อง "การได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย" จากงานประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2562

