

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฝากครรภ์ช้า

ชนัตต์ มัลลิกนุก

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

บทคัดย่อ

การฝากครรภ์ช้าคือการฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ อาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์หลายประการ คือทำให้เกิดภาวะเสี่ยงเป็นอันตรายต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์

⁽¹⁾ การศึกษาที่สัมพันธ์กับการฝากครรภ์ช้าในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ช้า รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional Analytical research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ในช่วงเดือนสิงหาคม 2558 ถึงเดือน ธันวาคม 2559 จำนวน 425 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดค่าสูงสุด วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ช้า โดยวิเคราะห์ทีละตัวแปร ใช้สถิติ Chi square Crude OR และ 95% CI และ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ช้า โดยวิเคราะห์หลายตัวแปรพร้อมกัน ใช้สถิติ Multiple Logistic Regression Adjusted OR และ 95% CI โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มฝากครรภ์ช้า มีจำนวน 115 คน ร้อยละ 27.1 กลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติ จำนวน 310 คน ร้อยละ 72.9 โดยรวมมีอายุเฉลี่ย 26.1 ปี (± 5.4) กลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้ามีอายุเฉลี่ย 24.7 ปี (± 5.6) กลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติอายุเฉลี่ย 26.7 ปี (± 5.2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการโดยภาพรวม และลำดับของการตั้งครรภ์ ตามลำดับส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ช้าวิเคราะห์หลายตัวแปรพร้อมกันพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เมื่อควบคุมด้วยปัจจัยอื่นๆแล้ว ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการโดยภาพรวม และลำดับของการตั้งครรภ์ ตามลำดับข้อเสนอแนะจากผลการศึกษานี้หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรสนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจ ปรับระบบบริการให้ เข้าถึงง่าย แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องต่อไป (Heath literacy)

ABSTRACT

Introduction

Antenatal care (ANC) is very important for both maternal and fetal health. Early attendance of ANC enables clinicians to confirm pregnancy, screen for risks, counsel and promote the well-being of mother and fetus. The late ANC is defined as entering ANC after 12 weeks of pregnancy. The pregnant women with late initiation of ANC are more likely to attain unfavorable outcomes, including anemia in pregnancy, malnutrition, hypertension in pregnancy, miscarriage, antepartum and postpartum hemorrhage. Furthermore, it also affects the fetus, such as increased risk of preterm delivery, intrauterine growth retardation and fetal death. The purpose of this study was to determine factors associated with late antenatal care.

Methods

Cross sectional analytic research was conducted from August, 2015 to December, 2016. Data were collected from 425 pregnant women attending antenatal care clinic at Regional Health Promotion Center 7 KhonKaen using the questionnaire. Descriptive statistics was used for categorical data. Chi square, Crude Odd ratio (OR) and 95% CI were used to analyze the factors associated with late ANC. Multivariate logistic regression adjusted OR and 95% CI were taken to detect the relationships between the factors and found to be significant at p -value < 0.05 .

Results

The prevalence of late ANC was 27.1% (115/425). The average maternal age of late ANC and early ANC groups were 24.7 year-old (± 5.6) and 26.7 year-old (± 5.2), respectively. Maternal age, social support, gravidity and parity were significant factors affecting late ANC attendance (p -value < 0.05). In multivariate logistic regression analysis, main determinants for late ANC initiation were social support and gravidity and parity (p -value < 0.05).

Conclusion

The late ANC problem could be solved by the participation of health workers, pregnant women, family and community. The health workers should promote health education, increase the knowledge on the advantage of ANC and also give information about service availability of ANC for pregnant women and their families.

บทนำ

การดูแลสตรีระหว่างตั้งครรภ์ (Antenatal care: ANC) มีจุดประสงค์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์คลอดทารกที่สุขภาพสมบูรณ์ โดยไม่ทำให้สุขภาพของมารดาทรุดโทรม ซึ่งการดูแลสตรีระหว่างตั้งครรภ์มีประโยชน์อย่างมากในด้านการป้องกัน การรักษา และมีผลลดอัตราการตายของทั้งมารดาและทารก ซึ่งหลักสำคัญของการฝากครรภ์ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างการตั้งครรภ์ โภชนาการ ตลอดจนการดูแลด้านสังคมและจิตใจ ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด⁽¹⁾ การระงับรักษาสุขภาพของมารดาและทารก ให้ดำเนินไปด้วยดีตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด และระยะหลังคลอด จำเป็นที่จะต้องมีการคัดกรองรายที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อให้การดูแลเป็นพิเศษ และที่สำคัญเพื่อให้การวินิจฉัยป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกการฝากครรภ์ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองเลือด ขาดการเฝ้าระวังความดันโลหิตสูง ไม่ได้รับยาบำรุง ขาดคำแนะนำเรื่องโภชนาการ ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงที่จะขาดแร่ธาตุที่สำคัญ เช่น เหล็ก ไอโอดีน และโฟเลต เป็นผลให้มารดาเกิดภาวะโลหิตจางซึ่งภาวะนี้จะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสตกเลือดก่อนและหลังคลอด ได้นอกจากนั้นทารกในครรภ์ ยังมีความเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตช้า สุขภาพไม่สมบูรณ์ คลอดก่อนกำหนด พิกัดแต่กำเนิด และสติปัญญาต่ำ เป็นต้น⁽¹²⁾ ซึ่งความเสี่ยงเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุการตายของมารดาในทุกระยะของการตั้งครรภ์และการคลอด สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และที่สำคัญอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนอาจเสียชีวิตในครรภ์ได้เช่นกัน⁽⁵⁾

ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์จึงมีความจำเป็นต้องมาฝากครรภ์ให้เร็วที่สุดตั้งแต่เริ่มแรกหรือเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ หรืออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ เพื่อให้ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง และการดูแลสุขภาพทั้งมารดาและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพแข็งแรง^{(3) (7)} เพื่อลดอัตราการตาย ลดอัตราเจ็บป่วย และความพิการของมารดาและทารก ตลอดจน ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งมารดาและทารกด้วย ถึงแม้ว่าในสังคมปัจจุบันจะมีระบบการสื่อสารอย่างไร้พรมแดน (social network) ทำให้การเข้าถึงข้อมูลความรู้เรื่องการตั้งครรภ์และการคลอดได้ง่าย แต่ยังพบการฝากครรภ์ช้า เป็นจำนวนมากพอสมควร โดยพบว่าอัตราการฝากครรภ์ช้าในปีงบประมาณ 2558 และ 2559 ของเขตสุขภาพที่ 7 พบในอัตราร้อยละ 49.2 และ 39.3 ตามลำดับ และอัตราการฝากครรภ์ช้าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ยังพบอัตราที่สูงเช่นเดียวกันโดยมีอัตราร้อยละ 47.1 และ 48.0 ตามลำดับ ดังนั้นการค้นหาคำตอบที่เป็นสาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้าจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อจะได้หาแนวทางแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ช้าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นและนำผลการศึกษาไปหาแนวทางการแก้ไขปัญหามารดาฝากครรภ์ช้าต่อไป

วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

วิธีการในการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross sectional analytical research) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นในช่วงเดือนสิงหาคม 2558 ถึงเดือน ธันวาคม 2559

1.3 ขนาดตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบ Multiple logistic regression⁽¹²⁾ ดังต่อไปนี้คือ

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + \frac{P_2(1-P_2)(1-B)}{2}} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2 (1-B)}$$

$$n = 144.30 \cong 145 \text{ คน}$$

ปรับขนาดตัวอย่างด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรการมาฝากครรภ์ซ้ำกับตัวแปรอิสระอื่นๆ กำหนดค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.8 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างมากพอตามสูตร ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1 - \rho_{123...p}^2}$$

$$= 402.7 \cong 403 \text{ คนคำนวณเผื่อกรณีที่ไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่าง 425 คน}$$

2. กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

2.1 เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

2.2 มาฝากครรภ์ในช่วงเดือนสิงหาคม 2558 ถึงเดือน ธันวาคม 2559 และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. กำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ภายหลังสมัครใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ไม่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลระหว่างการสอบถามข้อมูลเสร็จสมบูรณ์ และไม่สามารถสื่อสาร และหรือให้ข้อมูล ที่ไม่สมบูรณ์ ในการศึกษาในครั้งนี้

4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม 7 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ข้อมูลมารดาและทารกหลังคลอด ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม ครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการ ทักษะคิดเกี่ยวกับการฝากครรภ์

5. การสร้างแบบสอบถาม ใช้ข้อมูลที่ได้ศึกษามาเป็นกรอบแนวคิด เพื่อนำมาสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ตรวจสอบเนื้อหาของแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นแล้วตรวจสอบ Content validity โดยให้ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติกรรม 3ท่านตรวจสอบลักษณะของเนื้อหาหรือองค์ประกอบของเนื้อหาให้มีความครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัดตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาแล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ 0.9 ทดลองใช้แบบสอบถามกับ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ซ้ำอย่างน้อย 30 คนก่อนที่จะนำมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างและนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) คำนวณค่า Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.7 ถือว่าแบบทดสอบมีความเชื่อมั่นสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยขออนุมัติโครงการ และแจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบทุกประเด็น เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับด้วยวิธีการใด ๆ และอธิบายถึงสิทธิของการตัดสินใจเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมโครงการได้โดยอิสระ สามารถถอนตัวออกจากโครงการได้โดยไม่มีผลต่อการรับบริการใด ๆ พร้อมทั้ง แจ้งให้ทราบว่าข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวม

การรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยการวิจัย (เจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์ และแผนกห้องคลอด)

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ (Percentage) และการแจกแจงความถี่ (Frequencies) บรรยายลักษณะของข้อมูลทั่วไป ประวัติการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดค่าสูงสุด วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำ โดยวิเคราะห์ทีละตัวแปร (Bivariate Analysis) โดยใช้สถิติ Chi square Crude OR และ 95% CI และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำ โดยวิเคราะห์หลายตัวแปรพร้อมกัน (Multivariate Analysis) ใช้สถิติ Multiple Logistic Regression Adjusted OR และ 95% CI

ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7ขอนแก่น จำนวน 425 คน จำแนกเป็นกลุ่มที่มาฝากครรภ์ซ้ำ จำนวน 115 คนร้อยละ 27.1 กลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติ จำนวน 310 คน ร้อยละ 72.9 โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 26.1 ปี (SD=5.4) กลุ่มที่มาฝากครรภ์ซ้ำมีอายุเฉลี่ย 24.7ปี (SD=5.6) กลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติมีอายุเฉลี่ย 26.7ปี (SD=5.2) โดยรวมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 82.8 รองลงมาอายุ น้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 9.2

กลุ่มที่มาฝากครรภ์ซ้ำมีระดับการศึกษาสูงสุดมากที่สุดคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.0 รองลงมา ปวช./ปวส. ร้อยละ 29.6 ส่วนกลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติ มีระดับการศึกษาสูงสุดมากที่สุดคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 34.8 รองลงมา ปริญญาตรี ร้อยละ 31.9

กลุ่มที่มาฝากครรภ์ซ้ำมีอาชีพหลักมากที่สุดคือ อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 40.0 รองลงมาอาชีพ พนักงานบริษัท/รับจ้าง ร้อยละ 30.4 ส่วนกลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติ มีอาชีพหลักมากที่สุดคืออาชีพ พนักงานบริษัท/รับจ้างร้อยละ 33.2 รองลงมาคือ อาชีพแม่บ้านร้อยละ 32.6

กลุ่มที่มาฝากครรภ์ซ้ำ มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว น้อยกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 20.9มากกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 79.1 ส่วนกลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว น้อยกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 14.2มากกว่า20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 85.8

กลุ่มที่มาฝากครรภ์ซ้ำส่วนใหญ่ ไม่คุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์นี้ ร้อยละ 60.9 กลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติส่วนใหญ่ ไม่คุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์นี้ ร้อยละ 64.5

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างด้านอายุ เท่านั้นรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	ฝากครรภ์ซ้ำ (n=115 คน)		ฝากครรภ์ปกติ (n=310 คน)		รวม (n=425 คน)		ค่าสถิติ	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)								
Mean $\pm$ S.D.	24.7 $\pm$ 5.6		26.7 $\pm$ 5.2		26.1 $\pm$ 5.4		t=2.519	0.012
น้อยกว่า 20 ปี	18	15.7	21	6.8	39	9.2	$\chi^2=8.990$	0.010
20-34 ปี	91	79.1	261	84.2	352	82.8		
ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป	6	5.2	28	9.0	34	8.0		
ระดับการศึกษาสูงสุด							$\chi^2=7.169$	0.127
ประถมศึกษา	6	5.2	7	2.3	13	3.1	$\chi^2=6.1736$	0.187
มัธยมศึกษา	46	40.0	108	34.8	154	36.2		
ปวช. /ปวส.	34	29.6	88	28.4	122	28.7		
ปริญญาตรี	26	22.6	99	31.9	125	29.4		
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.6	8	2.6	11	2.6		
อาชีพ							$\chi^2=2.7817$	0.095
แม่บ้าน	46	40.0	101	32.6	147	34.6		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	24	20.9	59	19.0	83	19.5		
พนักงานบริษัท/รับจ้าง	35	30.4	103	33.2	138	32.5		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	6.1	42	13.6	49	11.5		
นักเรียน/นักศึกษา	3	2.6	5	1.6	8	1.9		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)							$\chi^2=0.481$	0.488
น้อยกว่า 20,001 บาท	24	20.9	44	14.2	68	16.7		
20,001 บาทขึ้นไป	91	79.1	266	85.8	357	83.3		
การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์นี้								
ไม่คุมกำเนิด	70	60.9	200	64.5	270	63.5		
คุมกำเนิด	45	39.1	110	35.5	155	36.5		

2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์

กลุ่มที่มาฝากครรภ์ซ้ำตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 59.1 ครั้งที่ 2-4 ร้อยละ 40.9 ส่วนกลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติ ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 47.4 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2-4 ร้อยละ 52.6 กลุ่มที่มาฝากครรภ์ซ้ำมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 16.7 สัปดาห์ (SD=3.6) กลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติ มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 9.3 สัปดาห์ (SD=3.0) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์

ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์	ฝากครรภ์ช้า		ฝากครรภ์ปกติ		รวม		ค่าสถิติ	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลำดับของการตั้งครรภ์							$\chi^2=4.602$	0.032
ครรภ์แรก	68	59.1	147	47.4	215	50.6		
ครรภ์ที่ 2-4	47	40.9	163	52.6	210	49.4		
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)								
Mean $\pm$ S.D.	16.72 $\pm$ 3.56		9.27 $\pm$ 2.95		11.29 $\pm$ 4.58		t=21.826	<0.001

3. ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์

กลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้า มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.5 คะแนน (SD=2.0) กลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.7 คะแนน (SD=1.7) กลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้า ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 60.9 ระดับความรู้ต่ำ ร้อยละ 39.1 ส่วนกลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 61.6 ระดับความรู้ต่ำ ร้อยละ 38.4 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์	ฝากครรภ์ช้า		ฝากครรภ์ปกติ		รวม		ค่าสถิติ	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์								
Mean $\pm$ S.D.	10.5 $\pm$ 2.0		10.7 $\pm$ 1.7		10.6 $\pm$ 1.8		t=1.157	0.247
ระดับความรู้ต่ำ	45	39.1	119	38.4	164	38.6	$\chi^2=0.019$	0.889
ระดับความรู้ปานกลาง	70	60.9	191	61.6	261	61.4		
ระดับความรู้สูง	0	0.0	0	0.0	0	0.0		

4 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการ

กลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้าได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการ เฉลี่ย 3.5 คะแนน (SD=0.3) กลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการ เฉลี่ย 3.6 (SD=0.3) กลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้า ส่วนใหญ่มีการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการในระดับต่ำ และปานกลาง ร้อยละ 61.7 และ ระดับสูง ร้อยละ 38.3 ส่วนกลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติส่วนใหญ่มีการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการในระดับสูง ร้อยละ 52.9 และ ระดับต่ำและปานกลาง ร้อยละ 47.1 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการ

การได้รับการสนับสนุน	ฝากครรภ์ช้า		ฝากครรภ์ปกติ		รวม		ค่าสถิติ	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน		ร้อยละ			
การได้รับการสนับสนุน								
โดยภาพรวม								
Mean ± S.D.	3.5±0.3		3.6±0.3		3.6±0.3		t = 2.068	0.039
ระดับต่ำและปานกลาง	71	61.7	146	47.1	217	51.1	$\chi^2=7.196$	0.007
ระดับสูง	44	38.3	164	52.9	208	48.9		

5 ทักษะเกี่ยวกับการฝากครรภ์

กลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้า มีทักษะที่ไม่ถูกต้องต่อการฝากครรภ์เฉลี่ย 4.1 (SD=0.5) กลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติมีทักษะที่ไม่ถูกต้องต่อการฝากครรภ์เฉลี่ย 4.2 (SD=0.4) ส่วนทักษะเกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่ถูกต้องและเป็นไปในทางบวก กลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้า ส่วนใหญ่มีระดับทักษะเกี่ยวกับการฝากครรภ์ด้านบวกในระดับสูง ร้อยละ 52.2 และระดับต่ำและปานกลาง ร้อยละ 47.8 ส่วนกลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติส่วนใหญ่มีทักษะเกี่ยวกับการฝากครรภ์ด้านบวกในระดับสูง ร้อยละ 58.7 และ ระดับต่ำและปานกลาง ร้อยละ 41.3 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทักษะเกี่ยวกับการฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ทัศนคติเกี่ยวกับการฝาก ครรภ์	ฝากครรภ์ช้า		ฝากครรภ์ปกติ		รวม		ค่าสถิติ	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		

ทัศนคติเกี่ยวกับการฝาก ครรภ์โดยภาพรวม								
Mean ± S.D.	4.1±0.5		4.2±0.4		4.1±0.4		t = 1.044	0.296
ทัศนคติด้านบวกระดับ ปานกลาง	55	47.8	128	41.3	183	43.1	χ²=1.461	
ทัศนคติด้านบวกระดับสูง	60	52.2	182	58.7	242	56.9		

6. พฤติกรรมต่อการตั้งครรภ์

กลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้า ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมต่อการตั้งครรภ์ในระดับต่ำและปานกลาง ร้อยละ 55.4 และระดับสูง ร้อยละ 44.6 ส่วนกลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติส่วนใหญ่มีพฤติกรรมต่อการตั้งครรภ์ในระดับสูง ร้อยละ 50.5 และ ระดับต่ำและปานกลาง ร้อยละ 49.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมต่อการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมต่อการ ตั้งครรภ์	ฝากครรภ์ช้า		ฝากครรภ์ปกติ		รวม		ค่าสถิติ	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมต่อการ ตั้งครรภ์โดยภาพรวม								
Mean ± S.D.	4.1±0.4		4.1±0.4		4.1±0.4		t =0.909	0.363
ระดับต่ำและปาน กลาง	62	55.4	142	49.5	204	51.1	$\chi^2=1.114$	0.291
ระดับสูง	50	44.6	145	50.5	195	48.9		

7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ช้าวิเคราะห์ทีละตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ช้า โดยวิเคราะห์ทีละตัวแปร (Bivariate Analysis) โดยใช้สถิติ Chi square Crude OR และ 95% CI พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ได้แก่ (1) ตัวแปรอายุ (p-value = 0.005) โดยหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ช้า เป็น 2.6 เท่าของ ผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (Crude OR = 2.6, 95% CI: 1.31-4.99) (2) ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการโดยภาพรวม (p-value = 0.007) โดยหญิงที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการ ในระดับต่ำและปานกลาง จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ช้าเป็น 1.8 เท่าของ ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการ ในระดับสูง (Crude OR = 1.8 ,95% CI: 1.17-2.81) (3) ตัวแปรลำดับของการตั้งครรภ์ (p-value = 0.032) โดยสตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ช้าเป็น 1.6 เท่าของ ผู้ที่ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่ 2-4 (Crude OR = 1.6 ,95% CI: 1.04-2.47) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ช้า โดยวิเคราะห์ทีละตัวแปร (Bivariate Analysis) โดยใช้สถิติ Chi square Crude OR และ 95% CI

ตัวแปร/ปัจจัย	ฝากครรภ์ช้า		ฝากครรภ์ปกติ		Crude OR	95% CI	P- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ (ปี)							
น้อยกว่า 20 ปี	18	15.7	21	6.8	2.6	1.3-5.0	0.005
ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป	97	84.3	289	93.2	1.0		
การได้รับการสนับสนุนโดย ภาพรวม							
ระดับต่ำและปานกลาง	71	61.7	146	47.1	1.8	1.2-2.8	0.007
ระดับสูง	44	38.3	164	52.9	1.0		
ลำดับของการตั้งครรภ์							
ครรภ์แรก	68	59.1	147	47.4	1.6	1.0-2.5	0.032
ครรภ์ที่ 2-4	47	40.9	163	52.6	1.0		

8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำวิเคราะห์หลายตัวแปรพร้อมกัน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำ โดยวิเคราะห์หลายตัวแปรพร้อมกัน (Multivariate Analysis) โดยใช้สถิติ Multiple Logistic Regression Adjusted OR และ 95% CI พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เมื่อควบคุมด้วยปัจจัยอื่นๆแล้ว ได้แก่ (1) ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการโดยภาพรวม (p-value = 0.006) โดยหญิงที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการ ในระดับต่ำและปานกลาง จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ซ้ำเป็น 1.9 เท่าของผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการ ในระดับสูง (Adjusted OR = 1.9 ,95% CI: 1.2-2.9) (2) ตัวแปรลำดับของการตั้งครรภ์ (p-value = 0.033) โดยสตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ซ้ำเป็น 1.6 เท่าของผู้ที่ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่ 2-4 (Adjusted OR = 1.6 ,95% CI: 1.0-2.6) และ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำ โดยวิเคราะห์หลายตัวแปรพร้อมกัน (Multivariate Analysis) โดยใช้สถิติ Multiple Logistic Regression Adjusted OR และ 95% CI

ตัวแปร/ปัจจัย	ฝากครรภ์ซ้ำ		ฝากครรภ์ปกติ		Adjusted OR	95% CI	P- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การได้รับการสนับสนุน							
โดยภาพรวม							
ระดับต่ำและปานกลาง	71	61.7	146	47.1	1.9	1.2-2.9	0.006
ระดับสูง	44	38.3	164	52.9	1.0		
ลำดับของการตั้งครรภ์							
ครรภ์แรก	68	59.1	147	47.4	1.6	1.0-2.6	0.033
ครรภ์ที่ 2-4	47	40.9	163	52.6	1.0		

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำ โดยวิเคราะห์ทีละตัวแปร และวิเคราะห์หลายตัวแปรพร้อมกัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เมื่อควบคุมด้วยปัจจัยอื่นๆแล้วมีความสอดคล้องกัน คือการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม ครอบครัว และลำดับของการตั้งครรภ์ เมื่อวิเคราะห์ทีละตัวแปร มีเพียงปัจจัยด้านอายุเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ซ้ำซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1) อายุโดยหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ซ้ำเป็น 2.6 เท่าของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (Crude OR = 2.6, 95% CI: 1.3-5.0) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกนกวรรณ ใจพิงค์⁽¹⁾ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลลำพูน ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ตามปกติส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 24 ปี ถึงร้อยละ 55.9 ส่วนในกลุ่มที่มีการฝากครรภ์ซ้ำ

ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 19-24 ปี ถึงร้อยละ 47.6 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุชาดาสุวรรณคำ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อลักษณะการฝากครรภ์ของ สตรี ตั้งครรภ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลังในหญิงหลังคลอดไม่เกิน 48 ชั่วโมง ที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอายุมี ความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของแอฟเฟทแม็ค คาวบิน⁽¹⁴⁾ ในปี 2000 การศึกษาของอีไมล์ คูเป็ค และคณะ⁽¹⁶⁾ ในปี 2002 การศึกษาของ ลี ทูย ทีเทรียน และจอร์ จูบิน^{(15),(18)} ปี 2006 และมี อัลเดอร์เลียสเทน⁽¹¹⁾ ในปี 2007 ซึ่งพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่นหรืออายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ช้าอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจากผลการศึกษาของผู้วิจัยเองจึงอาจสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านอายุนั้นมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ช้า โดยกลุ่มที่มีอายุน้อยนั้นควรให้ความสำคัญ มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

2) ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการโดยภาพรวม ($p\text{-value} = 0.007$) โดยหญิงที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการ ในระดับต่ำและปานกลาง จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ช้าเป็น 1.8 เท่าของ ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการ ในระดับสูง (Crude OR = 1.8, 95% CI: 1.2-2.8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คมคาย ตันตพันธ์กุล⁽²⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ที่ช่วยให้ข้อมูล ข่าวสาร การให้คำแนะนำ และคอยช่วยเหลือมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยที่ เขาพบว่าระดับการรับรู้ข่าวสาร คำแนะนำ และการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และไม่ครบตามเกณฑ์ หรือการไม่ฝากครรภ์เลย โดยกลุ่มที่มีผลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้ข่าวสาร และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ในกลุ่มระดับดีและระดับปานกลางมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ หรือการไม่ฝากครรภ์เลย⁽¹⁷⁾

3) ลำดับของการตั้งครรภ์ โดยสตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ช้าเป็น 1.6 เท่าของ ผู้ที่ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่ 2-4 (Crude OR = 1.6, 95% CI: 1.0-2.5) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกนกวรรณ ใจพิงค์⁽¹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ช้าใน สตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลลำพูน ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าส่วนใหญ่เป็น สตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ถึงร้อยละ 57.1 ซึ่งจากการสอบถามเหตุผลการมาฝากครรภ์ช้า พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ ถึงร้อยละ 26.2 รองลงมาคือไม่ วาง ร้อยละ 16.7 และไม่ทราบว่าต้องมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 9.5 แต่กลับไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลี ทูย ทีเทรียน และจอร์ จูบิน⁽⁶⁾ ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เคยตั้งครรภ์มาแล้ว มากกว่า 3 ครั้ง มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ช้า แต่อาจเนื่องจากการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ ในเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างไม่หลากหลายจึงทำให้คุณลักษณะ ไม่ใกล้เคียงกันได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการกระจายเก็บข้อมูลในหลาย ๆ พื้นที่ เพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์

1. บุคลากรสาธารณสุขได้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลการฝากครรภ์ซ้ำ ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการฝากครรภ์ซ้ำและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในขณะตั้งครรภ์ได้

2. แสดงถึงภาวะปัญหาการฝากครรภ์ซ้ำใน สตรีตั้งครรภ์ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีมาตรการในการป้องกันและแก้ไขเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

1. ผู้วิจัยต้องอธิบายแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจในแบบสอบถามทุกราย
2. ผู้ถูกสัมภาษณ์บางรายไม่สะดวกเข้าร่วมโครงการวิจัยจนจบโครงการ เนื่องจากผู้ถูกสัมภาษณ์ติดภาระ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำทั้งการวิเคราะห์ทีละตัวแปร หรือหลายตัวแปร เป็นที่ชัดเจนว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านอายุ 2) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการ 3) ลำดับของการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะทางในการนำผลการศึกษาไปใช้ ดังนี้

1) ควรสนับสนุน หรือการเสริมพลังให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เนื่องจากปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หรือตั้งครรภ์ในวัยเรียน ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อมนั้นส่วนใหญ่มีพื้นฐานมาจากครอบครัว เช่น ครอบครัวแตกแยก ครอบครัวไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่เนื่องจากภาวะด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น ดังนั้นการสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามารับทราบปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องมากกว่า โดยหน่วยงานภาครัฐควรเข้าไปช่วยสนับสนุน เสริมพลัง และช่วยเหลือทั้งในเรื่องการให้ข้อมูล ข่าวสาร และการให้กำลังใจ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

2) ควรมีการเพิ่มการรณรงค์ให้ สตรีตั้งครรภ์ตระหนักถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ และผลกระทบ ของการฝากครรภ์ซ้ำให้มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุน้อย กลุ่มตั้งครรภ์ครั้งแรก กลุ่มรับจ้างมีความยุ่งยากในการหาเลี้ยงชีพ เป็นต้น นอกจากนั้นการให้ข้อมูลสองด้านแบบง่ายต่อการเข้าถึงเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติ และแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ (Health Literacy) ถือเป็นสิ่งสำคัญมาก ที่สำคัญการสื่อสารควรมีความหลากหลาย ทันสมัย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งสื่อควรเป็นรูปแบบเชิงรุกให้เข้าถึงสถานศึกษา โรงงานอุตสาหกรรม และในชุมชนเป็นต้น

3) หน่วยงานด้านสาธารณสุข ควรมีการบริการเชิงรุก เช่นการนำชุดตรวจการตั้งครรภ์ที่ราคาถูก และเข้าถึงได้ง่าย เพื่อเป็นการค้นหาสตรีตั้งครรภ์ หรือสงสัยว่าจะตั้งครรภ์ให้เร็ว

4) ควรมีการศึกษาเรื่องนี้ให้ครอบคลุมทั้งเขตสุขภาพ เพื่อให้ครอบคลุมทุกบริบท ซึ่งจะช่วยให้ทราบปัจจัยที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

5) ควรมีการศึกษาโดยมีการถอดบทเรียนจากหน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน หรือมีนวัตกรรมที่ดี (Best Practice) โดยใช้ค่ากลาง ซึ่งหมายถึงโครงการหรือกิจกรรมที่ใดๆ ก็ทำแล้วประสบผลสำเร็จ (อมร นนทสุต)⁽¹⁰⁾ เพื่อให้ได้แนวทางแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดีด้วยความช่วยเหลือ สนับสนุน และการให้คำแนะนำ ปรีกษา ตลอดจนการตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องทุกขั้นตอนของการทำวิจัยด้วยความเอาใจใส่ จากนายแพทย์ พีระยุทธ สานุกุล และรศ .ดร.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และคณะกรรมการพัฒนาวิชาการทุกท่าน ที่สนับสนุนให้งานลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณ สตรีตั้งครรภ์ทุก ๆ ท่านที่มีส่วนร่วมโครงการในการจัดเก็บข้อมูล จนทำให้สามารถจัดเก็บข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ถือว่ามีประโยชน์สูงยิ่ง ที่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหามาฝากครรภ์ที่ช้าได้เป็นอย่างดี ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบุพการี ผู้มีพระคุณ และบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัว ตลอดจนเพื่อนร่วมงานแผนกฝากครรภ์ เจ้าหน้าที่งานห้องคลอด-ห้องผ่าตัด ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นที่คอยเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กนกวรรณ ใจพิงค์. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ช้าในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลลำพูน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
2. คมคาย ตันต์พันธุ์กุล.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์.(วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ;2548.
3. จิตเกษม สุวรรณรัฐ. การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง: การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์หน่วยผลิตตำรา จิตเกษมสุวรรณรัฐ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2549.
4. ปรีชา วนิชยเศรษฐกุล. ตำราสูติศาสตร์การตั้งครรภ์แรก และการคลอดปกติ: การดูแลการตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: บริษัทบุ๊คเน็ทจำกัด, 2546.
5. พรณศิริวรรณขนาภา. การฝากครรภ์. ใน อีระ ทองสง, ขานนทร์ วนาภิรักษ์,บรรณาธิการ. สูติศาสตร์หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารก ภาควิชาสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. กรุงเทพฯ:พี.บี. ฟอเรนบุคส์ เซ็นเตอร์,2541.
6. ราล์ฟ ซี เบนสัน และคณะ. คู่มือสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา: การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พี.บี.ฟอเรนบุคส์เซ็นเตอร์, 2548.
7. ศิริพงษ์ สวัสดิ์มงคล. ตำราสูติศาสตร์: การฝากครรภ์. กรุงเทพฯ: บริษัทฟิลิปปิงจำกัด. เอ, 2548.
8. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุชาดา สุวรรณคำ. ปัจจัยที่มีผลต่อลักษณะการฝากของหญิงตั้งครรภ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย.ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น,2554.
9. สำนักส่งสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2555.

10. อมร นนทสุต.//(2555).//การจัดการค่ากลางการบูรณาการกับบทบาทของหน่วยงานระดับเขต.//สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2561.//จาก www.amornsum.net.
11. Alderliesre M, Vrijkotte TGM, MF van der Wal, Bonsel GF. Late Start of Antenatal Care among Ethnic Minorities in a large cohort of Pregnant Women. **BJOG**; October 2007 (10): 1232-9.
12. Haddrill R, Jones GL, Mitchell CA, Anumba DO. Understanding delayed access to antenatal care: a qualitative interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:207.
13. Hsieh FY, Daniel A, Bloch M, Michael D. Larsen. A simple of Sample size Calculation Linear and Logistic Regression. *Statistics in Medicine*. Statist; 1998 17(1): 1623-34.
14. Joseph cl. Identification of factors associated with delayed Antenatal Care. *Journal of the National Medical Association* 1989; 81(1): 57
15. Lie ThuyThi Trinh, Rubin G. Late entry to Antenatal care in New South Wales, Australia; *Reproductive health*; 2006, 3-8.
16. McCaw-Binns A, La Grenade J, Ashley D. Under-Users of Antenatal Care: A comparison of non-attenders. *Soc. Sci. Med*; 1995 (40, No. 7): 1003-12.
17. Rowe RE, Garcia J. Social Class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *J Public Health Med*; 2003, 113-19.
18. Simkhada B, Van Teijlingen ER, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the Utilization of antenatal care in developing countries: a systematic review of literature. *JAN:Review paper*; 2007, 244-60.