



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย

ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี

Factors Predicting Delayed Initiation of Antenatal Care among Pregnant Women,

Pathum Thani Hospital

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธุ์

นางนิรันดร์ ศิริบารมีสิทธิ์

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2566

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือจาก ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวงและขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นະແສ ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต ที่ได้สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ตลอดจนขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วยดี

สุภางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธ์



ชื่อเรื่อง: ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี

ผู้วิจัย: สุภาภรณ์ รัตตสัมพันธุ์, นิธินันท์ ศิริบารมีสิทธิ์

สถาบัน: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีที่พิมพ์: 2568

สถานที่พิมพ์: มหาวิทยาลัยรังสิต

แหล่งที่เก็บรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์: มหาวิทยาลัยรังสิต **จำนวนหน้างานวิจัย:** 87 หน้า

คำสำคัญ: การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า; ปัจจัยทำนาย; หญิงตั้งครรภ์

ลิขสิทธิ์: มหาวิทยาลัยรังสิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี **วิธีการ:** กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โรงพยาบาลปทุมธานี ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม 2567 จำนวน 330 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และตั้งแต่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ความรู้ ทักษะ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ สถานบริการ และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า โดยใช้สถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ ผลการศึกษา: ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($OR = 3.63, 95\%CI = 1.41-9.36$) ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ($OR = 3.81, 95\%CI = 1.72-8.46$) ความรู้ ($OR = 2.97, 95\%CI = 1.35-6.50$) ทักษะ ($OR = 8.02, 95\%CI = 3.65-17.59$) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ ($OR = 5.91, 95\%CI = 2.65-13.15$) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ($3.34, 95\%CI = 1.58-7.08$) และการสนับสนุนทางสังคม ($OR = 7.00, 95\%CI = 3.29-14.91$) สรุป: บุคลากรทางสุขภาพควรณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น ที่ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ มีความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า การสนับสนุนทางสังคมและจัดกิจกรรมส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

Title: Factors Predicting Delayed Initiation of Antenatal Care among Pregnant Women,

Pathum Thani Hospital

Researcher: Suphangphim Rattasumpun, Nithinan Sirabaramesith

Affiliation: Faculty of Nursing, Rangsit University

Year of Publication: 2025

Publisher: Rangsit University

Source: Rangsit University

No. of pages: 87 pages

Keywords: Delayed initiation of antenatal care; predicting factors; pregnant women

Copyrights: Rangsit University

Abstract

Objective: To identify the factors predicting delayed initiation of antenatal care among pregnant women. **Methods:** Samples were the pregnant women who attending the antenatal clinic at Pathum Thani Hospital, Pathum Thani Province during May to October 2024, totaling 330 women. The samples were divided into two groups: attending the first antenatal visit before 12 weeks of gestational age and 12 weeks or more of gestational age. Data were collected by using the questionnaire about sociodemographic, knowledge and belief about pregnancy and antenatal care, and antenatal care service setting and social support. Data were analyzed by using frequency, percentage, standard deviation, chi-square, and binary logistic regression analysis. **Results:** The factors significantly predicting delayed initiation of antenatal care included age (OR = 3.63, 95%CI = 1.41-9.36), readiness for pregnancy (OR = 3.81, 95%CI = 1.72-8.46), knowledge about pregnancy and antenatal care (OR = 2.97, 95%CI = 1.35-6.50), attitude towards pregnancy and antenatal care (OR = 8.02, 95%CI = 3.65-17.59), perceived benefit of antenatal care (OR = 5.91, 95%CI = 2.65-13.15), perceived risk of delayed initiation of antenatal care (3.34, 95%CI = 1.58-7.08), and social support (OR = 7.00, 95%CI = 3.29-14.91) **Conclusion:** The health care provider should campaign for the pregnant women, especially teenage group, with preparation of readiness before pregnancy about knowledge; attitude; perception of antenatal

care benefit; risk of delayed initiation of antenatal care; social support, and promotion of a very early initiation of antenatal care before 12 weeks of gestation



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมุติฐานของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
นิยามศัพท์	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	19
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	19
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	19
การเก็บรวบรวมข้อมูล	21
การวิเคราะห์ข้อมูล	22
บทที่ 4 ผลการวิจัย	23
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	32
สรุป	32
การอภิปรายผลการวิจัย	32
ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เอกสารอ้างอิง	38
ภาคผนวก	47
แบบสอบถาม	48
บทความวิจัยที่สืบเนื่องจากงานวิจัย	58
ประวัติผู้วิจัย	76



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.จำนวน ร้อยละของตัวแปรที่ศึกษาเกี่ยวกับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี	25
2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาเกี่ยวกับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี	27
3. ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์	30



สารบัญรูป

หน้า

รูปที่

1. กรอบแนวคิดการวิจัย

5



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าหมายถึงการฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ซึ่งการมาฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์มีความสำคัญช่วยในการคัดกรองภาวะเสี่ยงและความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและทันทั่วทั้ง ซึ่งสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของทั้งมารดาและทารก (Perry et al., 2023) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพื่อความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ช้าคิดเป็นร้อยละ 37.40 ถึง 70.00 (Abebe et al., 2023; Buttu et al., 2023; Shewaye et al., 2023) สำหรับประเทศไทยจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2567) พบว่า ในปีงบประมาณพ.ศ.2563-2566 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 82.92, 78.87, 79.88 และ 75.05 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้พบว่าจังหวัดปทุมธานีซึ่งอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่มีร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ในช่วงเวลาดังกล่าวต่ำที่สุด เท่ากับร้อยละ 70.14, 63.52, 68.64 และ 67.21 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย โดยที่เป้าหมายร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ คือร้อยละ 75 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากรายงานประจำปีข้อมูลโรงพยาบาลปทุมธานี (2566) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ในปีพ.ศ. 2563-2566 เท่ากับร้อยละ 81.57, 78.69, 73.73 และ 69.12 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าส่งผลต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกและเพิ่มภาวะเสี่ยงทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Manjavidze et al., 2020; Pervin et al., 2020; Woldeamanuel and Belachew, 2021; Puthussery et al., 2022) ทารกแรกเกิด น้ำหนักตัวน้อย (Manjavidze et al., 2020; Pervin et al., 2020; Woldeamanuel and Belachew, 2021; Puthussery et al., 2022; Izuka et al., 2023) หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะโลหิตจาง (Izuka et al., 2023) จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (Abera et al., 2023; Nigatu and Birhan, 2023; Sungsonkiate, 2018; หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤษฎี, 2563) โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า เป็น 2.6 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (ชนัดต์ มาลัยกนก, 2562) ระดับการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (Sungsonkiate, 2018; Abebe et al., 2023; หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤษฎี, 2563) โดยพบว่า การศึกษาของ Abebe และคณะ (2023) พบว่าระดับการศึกษาสูงมีโอกาสมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ได้สูงกว่า 2.26

เท่า (AOR = 2.26, 95%CI = 1.36-3.77) สอดคล้องกับการศึกษาของ Palamulein (2024) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการศึกษาเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูง (AOR = 1.81, 95%CI = 1.13-1.47) ลำดับของการตั้งครรภ์ (Tumwizere, Mbonye, and Ndugga, 2024) พบว่าหญิงที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ล่าช้าเป็น 1.6 เท่าของหญิงที่ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่ 2-4 (ชนัตถ์ มาลัยกนก, 2562) นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน (Tadele et al., 2022; Battu, et al., 2023; Girma et al., 2023; Nigatu and Birhan, 2023; Shewaye et al., 2023) หรือความพร้อมในการตั้งครรภ์ (Sungsonkiate, 2018; Tumwizere, Mbonye, and Ndugga, 2024) การรับรู้ช่วงเวลาที่ต้องมาฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เหมาะสม (Battu, et al., 2023) ไม่ตระหนักถึงอาการแสดงที่เป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์ (Battu, et al., 2023) มีความรู้เกี่ยวกับบริการฝากครรภ์ไม่เพียงพอ (Tadele et al., 2022; Battu et al., 2023) ไม่ทราบช่วงเวลาที่ต้องไปฝากครรภ์ (Girma et al., 2023) มีระยะเวลาในการเดินทางไปฝากครรภ์เกิน 1 ชั่วโมง (Tadele et al., 2022) ความพึงพอใจในคุณภาพบริการที่ได้รับ (Abera et al., 2023; Shewaye et al., 2023) ทศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ (Shewaye et al., 2023) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์และรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (สุวิมล สุรินทร์พย์, 2559) และการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม (Abebe et al., 2023; Shewaye et al., 2023) โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการ ในระดับต่ำและปานกลาง จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ล่าช้าเป็น 1.8 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการในระดับสูง (ชนัตถ์ มาลัยกนก, 2562)

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีหลายปัจจัย ซึ่งจากแนวคิด PRECEDE Model ของ Green และ Kreutzer (2005) ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ดังนั้น จะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจากผลผลิตที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่งคือการมาฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งได้แก่ ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับของการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ และขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าอายุของหญิงตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และการไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ สามารถร่วมกันทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ในโรงพยาบาลชุมชนแพะ จังหวัดขอนแก่นได้ (พงษ์ศักดิ์ จันทรงาม และอติยา สุวรรณสาร, 2565)

จากข้อมูลโรงพยาบาลปทุมธานีพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีแนวโน้มลดลงดังกล่าวข้างต้นและยังไม่บรรลุเป้าหมาย จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่เป็นบริบทของต่างประเทศและต่างจังหวัด ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากบริบทในเขตเมืองในจังหวัดปทุมธานี นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลในบริบทของชุมชนเมืองดังกล่าว ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน มักให้ความสำคัญกับการทำงานมากกว่าสุขภาพ คิดว่าตนเองยังแข็งแรงทำงานได้ ทำให้ไม่สนใจหรือขาดการตระหนักถึงความสำคัญในการมาฝากครรภ์ แม้มีการจัดโครงการฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งการฝากครรภ์จะไม่มีค่าใช้จ่ายจากระบบบริการแต่อาจมีค่าใช้จ่ายแฝงที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถมารับบริการฝากครรภ์ได้เร็ว เช่น ค่าเดินทาง การขาดรายได้ของตนเองหรือขาดรายได้ของสามีในรายที่ต้องหยุดงาน เพื่อพาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลปทุมธานี โดยนำปัจจัยจากการศึกษาดังกล่าวมากำหนดเป็นกรอบแนวคิด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่โรงพยาบาลปทุมธานีที่มีลักษณะเฉพาะให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ของโรงพยาบาลปทุมธานี

สมมุติฐานของการวิจัย

ปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา ลำดับการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ ทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า สถานบริการและการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ได้

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยปัจจัยทำนายการมาฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี ที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 330 ราย โดยศึกษาปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับของการตั้งครรภ์ ความพร้อมของการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการมาฝากครรภ์และการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานบริการฝากครรภ์เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการฝากครรภ์และขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบุคคลในครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยสหสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ พูดอ่านเขียนภาษาไทยได้รู้เรื่อง ไม่มีปัญหาทางจิตเวช และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาเร่งด่วน ขอยุติการให้ข้อมูลและขอถอนตัวจากการวิจัย การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณตามสูตรของ Krejcie & Morgan (1970) เท่ากับ 300 ราย เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 10 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 330 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในแต่ละวัน

ระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและจากแนวคิด PRECEDE Model ของ Green และ Kreutzer (2005) ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ซึ่งได้แก่ ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับของการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานบริการเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการฝากครรภ์และขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าอายุของหญิงตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความเชื่อด้านสุขภาพ สถานบริการ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (Gbene, et al., 2024; Abebe, et al., 2023; Towongo et al., 2022; Junngam and Suwannasan, 2022) โดยกรอบแนวคิดการวิจัยดังรูปที่ 1

ปัจจัยนำ

- อายุ
- ระดับการศึกษา
- ลำดับของการตั้งครรภ์
- ความพร้อมในการตั้งครรภ์
- ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์
- ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์
- การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า

การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์

ปัจจัยเอื้อ

- สถานบริการ

ปัจจัยเสริม

- การสนับสนุนทางสังคม

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชุมชน โดยพบแพทย์หรือพยาบาล ได้รับการยืนยันอายุครรภ์ การตรวจร่างกายทั่วไป การให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวตลอดการฝากครรภ์

อายุ หมายถึง จำนวนปีที่เกิดของหญิงตั้งครรภ์จนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

ระดับการศึกษา หมายถึง ชั้นสูงสุดที่หญิงตั้งครรภ์เรียนจบในระดับการศึกษาต่างๆ

ลำดับการตั้งครรภ์ หมายถึง จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์รวมถึงครรภ์ปัจจุบัน

ความพร้อมในการตั้งครรภ์ หมายถึง การตั้งครรภ์ที่ได้เตรียมการหรือวางแผนหรือตั้งใจในการตั้งครรภ์ในครั้งนี้

ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ หมายถึง ระดับการเข้าใจในเนื้อหาของการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ ประเมินโดยแบบสอบถาม โดยคะแนนสูงหมายถึงมีความรู้ในระดับสูงและคะแนนต่ำหมายถึงมีความรู้ในระดับต่ำ

ทัศนคติต่อการตั้งครุฑและการฝากครุฑ หมายถึง ความนึกคิด ความรู้สึกต่อการตั้งครุฑและการฝากครุฑ สะท้อนถึงความพร้อม ความคาดหวัง และความตั้งใจของการตั้งครุฑและการฝากครุฑ ประเมินโดยแบบสอบถาม โดยคะแนนสูงหมายถึงมีทัศนคติต่อการตั้งครุฑและการฝากครุฑอยู่ในระดับเชิงบวกและคะแนนต่ำหมายถึงมีทัศนคติต่อการตั้งครุฑและการฝากครุฑอยู่ในระดับเชิงลบ

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครุฑ หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครุฑ นำไปสู่การให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมการฝากครุฑตลอดระยะเวลาการฝากครุฑ ประเมินโดยแบบสอบถาม โดยคะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครุฑอยู่ในระดับสูงและคะแนนต่ำหมายถึงมีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครุฑอยู่ในระดับต่ำ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครุฑครั้งแรกล่าช้า หมายถึง การรับรู้ว่าการฝากครุฑครั้งแรกล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารกได้ ประเมินโดยแบบสอบถาม โดยคะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครุฑครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับสูงและคะแนนต่ำหมายถึงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครุฑล่าช้าอยู่ในระดับต่ำ

สถานบริการ หมายถึง การเข้าถึงบริการฝากครุฑและขั้นตอนการให้บริการฝากครุฑในการมาฝากครุฑในครั้งนี้ ประเมินโดยแบบสอบถาม โดยคะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้สถานบริการฝากครุฑอยู่ในระดับสูงและคะแนนต่ำหมายถึงมีการรับรู้สถานบริการฝากครุฑอยู่ในระดับต่ำ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และเครื่องมือสิ่งของ บริการ ช่วยให้หญิงตั้งครุฑรับรู้ว่ามีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ ประเมินโดยแบบสอบถาม โดยคะแนนสูงหมายถึงมีการสนับสนุนทางสังคมจากสามีหรือบุคคลในครอบครัว อยู่ในระดับสูงและคะแนนต่ำหมายถึงมีการสนับสนุนทางสังคมจากสามีหรือบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครุฑครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครุฑ
2. ทราบปัจจัยทำนายการฝากครุฑครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครุฑ
3. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครุฑมาฝากครุฑก่อน 12 สัปดาห์ได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้มีความปลอดภัยทั้งหญิงตั้งครุฑและทารกในครรภ์

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยการทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี จากการทบทวนวรรณที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ความสำคัญของการฝากครรภ์ครั้งแรกและผลกระทบของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับ PRECEDE MODEL แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า

1. ความสำคัญของการฝากครรภ์ครั้งแรกและผลกระทบของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า

ความสำคัญของการฝากครรภ์ครั้งแรก

การฝากครรภ์เป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลสุขภาพแม่และเด็กและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Cunningham et al., 2022) จากการวิเคราะห์สถานการณ์แนวทางการฝากครรภ์ในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564 รวมระยะเวลา 12 เดือนพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีร้อยละ 74.30 (พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์, จิตติภรณ์ ดวงรัตนานนท์ และจุฬารัตน เขมทอง, 2565) และจากการสำรวจสถานการณ์การฝากครรภ์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 พบว่ายังมีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าถึงร้อยละ 25.7 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในวันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2556 รัฐบาลประกาศนโยบาย “ฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์” ซึ่งการบริการฝากครรภ์จึงถูกจัดอยู่ในสิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่หญิงไทยทุกคนต้องได้รับบริการเท่าเทียมกัน องค์การอนามัยโลกได้ปรับแนวทางในการฝากครรภ์ (WHO, 2016) ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายฝากครรภ์คุณภาพ พ.ศ. 2565 เมื่อวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2565 เพื่อให้สถานบริการใดดำเนินการไปในแนวทางเดียวกัน โดยมีเป้าประสงค์เพื่อสร้างการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ดังนี้ 1) สถานบริการสาธารณสุขทุกเครือข่าย จัดบริการอนามัยแม่และเด็กที่มีมาตรฐานตามแนวทางการฝากครรภ์ คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 2) หญิงตั้งครรภ์และคู่ทุกข์ราย ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และได้รับการดูแลต่อเนื่องและครบถ้วนตามเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 และ 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดระยะเวลาเริ่มฝากครรภ์ที่เหมาะสมคือภายใน 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ เนื่องจากในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ เป็นผลมาจากการที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบสืบพันธุ์ ระบบหัวใจและ

หลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบฮอร์โมนและเมตาบอลิซึม ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Lowdermilk et al., 2019) นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ยังอาจนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ หากหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์เร็วจะส่งผลดี ต่อตนเองและทารกในครรภ์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่าง การตั้งครรภ์ ได้รับการเฝ้าระวัง ติดตาม สังเกตอาการผิดปกติในระหว่างการตั้งครรภ์ รวมทั้งได้เตรียมการรับ บบบาทการเป็นมารดาที่มีคุณภาพ (Perry et al., 2023) องค์การอนามัยโลกได้ศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสหสถา บันในคลินิกดูแลหญิงตั้งครรภ์ และได้นำเสนอองค์ความรู้การดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนางานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยกำหนดให้จัดบริการคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ สนับสนุนหญิง ตั้งครรภ์ที่ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงให้มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

การฝากครรภ์เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะความสำคัญของการฝาก ครรภ์ครั้งแรก ซึ่งประกอบด้วย การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การให้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพ การ ดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์และวางแผนการคลอด โดยมีจุดประสงค์เพื่อลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนของหญิง ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (Cunningham et al., 2022) การฝากครรภ์ควรเริ่มในไตรมาสแรก โดยเฉพาะก่อน อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ เพื่อที่จะได้ยืนยันอายุครรภ์ ประเมินหญิงตั้งครรภ์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการและประเมินโรค ประจำตัว (Lockwood and Magriples, 2022) ได้แก่

1. การซักประวัติ เกี่ยวกับประวัติทางอายุรกรรม ได้แก่ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ การแพ้ยาและอาหาร วัคซีนที่เคยได้รับ โรคติดเชื้อ ประวัติทางศัลยกรรม การผ่าตัดในช่องท้อง ประวัติครอบครัว ได้แก่ โรคถ่ายทอดทาง พันธุกรรม เด็กที่มีพัฒนาการช้า ประวัติทางสูติกรรม ได้แก่ การตั้งครรภ์และการคลอดครั้งก่อน ตั้งครรภ์นอก มดลูก เคยมีทารกเสียชีวิตในครรภ์ เคยคลอดก่อนกำหนด เคยคลอดทารกโตช้าในครรภ์ ประวัติประจำเดือนและ การคุมกำเนิด ประวัติครรภ์ปัจจุบัน ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน เลือดออกผิดปกติ ปวดท้องน้อย ประวัติส่วนตัว เช่น อาชีพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการคัดกรองปัญหาทางจิตเวช การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และใช้สารเสพติด รวมทั้งการใช้ความรุนแรงในครอบครัว (Cunningham et al., 2022)

2. การตรวจร่างกายและการตรวจภายใน ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย การ ตรวจร่างกายทุกระบบโดยละเอียด การตรวจภายใน ประเมินอวัยวะเพศภายนอก สารคัดหลั่งในช่องคลอด ปาก มดลูก ขนาดมดลูกและปีกมดลูก (National Institute for Health and Care Excellence, 2022)

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยประเมินภาวะซีด คัดกรองธาลัสซีเมีย ตรวจหมู่เลือด คัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ในรายที่ไม่เคยตรวจในช่วง 3-5 ปี ตรวจปัสสาวะ คัดกรองโรคซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี การติดเชื้อเอช ไอวี หญิงตั้งครรภ์ได้รับคำปรึกษาและแนะนำในการตรวจคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของ โครโมโซมของทารกในครรภ์ เช่น การคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์มีวิธีการที่เลือกตรวจได้ดังนี้ (ACOG

practice bulletin summary, 2020; Cunningham et al., 2022) คือ การคัดกรองทางชีวเคมีด้วยการตรวจเลือด (biochemical screening: serum markers) การตรวจ Cell-free DNA screening และการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound scanning)

4. การประเมินความเสี่ยงในการฝากครรภ์ครั้งแรก ซึ่งประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ เพื่อพิจารณาให้ยาแอสไพรินในการป้องกันการเกิดครรภ์เป็นพิษ การเจาะครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อตรวจวัดความยาวของปากมดลูกในช่วงอายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์ และให้ยา progesterone เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Cunningham et al., 2022) นอกจากนี้การประเมินด้านร่างกายยังมีการประเมินความเสี่ยงด้านจิตสังคม

การตั้งครรภ์เป็นพัฒนาการขั้นหนึ่งซึ่งเป็นช่วงสำคัญของชีวิต เป็นช่วงเวลาที่หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านชีวภาพ สรีรภาพ และการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางภาวะจิตสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ และการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อภาวะอารมณ์และจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลต่อการเผชิญกับความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด หรือรู้สึกท้อแท้กับตนเองและทารกในครรภ์ บทบาทการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ถือเป็นพันธกิจที่หญิงตั้งครรภ์ต้องทำให้สำเร็จ สามีและบุคคลใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ให้ประสบความสำเร็จในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ดังนั้นการประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม (Deshpande, Kallioinen, and Harding, 2021)

การเปลี่ยนแปลงด้านภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกหรือ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ มีความไม่แน่ใจ (uncertainty) เป็นความรู้สึกแรกๆของหญิงตั้งครรภ์ เมื่อมีอาการแสดงของการตั้งครรภ์ เช่น ขาดประจำเดือน มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน คัดเต้านม เป็นต้น โดยหญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าตนเองตั้งครรภ์หรือไม่ และพยายามหาข้อมูลเพื่อสร้างความมั่นใจจากการสอบถามบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ ร่วมกับการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และทดสอบการตรวจครรภ์ด้วยตนเอง รวมทั้งพบแพทย์เพื่อตรวจยืนยันการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกกังวลระหว่างความยินดีต่อการตั้งครรภ์และความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์ เช่น กังวลกับความรับผิดชอบในบทบาทการเป็นมารดา และภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้น เป็นต้น ซึ่งมีแนวโน้มในการทำแท้งในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ไม่ต้องการบุตร (Lowdermilk et al., 2019)

ดังนั้นการฝากครรภ์ เป็นการตรวจติดตามหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ คลอดทารกที่สุขภาพสมบูรณ์ ซึ่งการดูแลระหว่างตั้งครรภ์มีประโยชน์ในการป้องกัน การรักษา และมีผลลดอัตราการตายของทั้งมารดาและทารก และช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด (Lowdermilk et al., 2019) โดยหลักสำคัญของการฝากครรภ์ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ โภชนาการ ตลอดจนการดูแลด้านสังคมและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการฝากครรภ์ครั้งแรกควรมาฝากครรภ์ตั้งแต่วินิจฉัย

ว่าตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ถ้าหากหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าทำให้ไม่ได้รับการประเมินและให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (Perry, S. E., et al., 2023) จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารก

ผลกระทบของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า

การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีผลต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความเสี่ยงและการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า อาจเกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ เกิดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (Palamuleni, 2024) ทำให้หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Manjavidze et al., 2020; Pervin et al., 2020; Woldeamanuel and Belachew, 2021; Puthussery et al., 2022) หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะโลหิตจาง (Pattanasombutsook et al., 2020; Izuka et al., 2023) อาจขาดกรดโฟลิก ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ควรรับประทาน 4 มิลลิกรัมต่อวัน โดยเริ่มรับประทาน 3 เดือนก่อนตั้งครรภ์ไปจนกระทั่งอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ จะสามารถลดภาวะหลอดประสาทไม่ปิด ซึ่งเป็นความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดของระบบประสาทส่วนกลางและไขสันหลัง (neural tube defect; NTDs) ได้ถึงร้อยละ 70 (De-Regil, 2015) และยังขาดการได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ทำให้เกิดภาวะซีด ส่งผลต่อทารกในครรภ์ทำให้แรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด หรือ หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้ (Lowdermilk et al., 2019) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อหัดเยอรมันระหว่างการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสแรกหรือ 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ โดยพบว่ามีโอกาส 90% ที่จะแพร่เชื้อไวรัสไปยังทารกในครรภ์ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการแท้งบุตร อาจทำให้ทารกในครรภ์เสียชีวิต เกิดภาวะตายคลอด หรือทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด หรือโรคหัดเยอรมันแต่กำเนิด (Congenital Rubella Syndrome: CRS) ซึ่งความพิการแต่กำเนิดที่พบ เช่น หูหนวก ตาต้อกระจก โรคหัวใจ พิกัดแต่กำเนิด พัฒนาการล่าช้า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการแต่กำเนิดจะน้อยลงหากการติดเชื้อหัดเยอรมันในหญิงตั้งครรภ์เกิดขึ้นในอายุครรภ์มากกว่า 18 สัปดาห์ (WHO, 2022) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงความดันโลหิตสูง เบาหวาน (ACOG practice bulletin, 2018) หากไม่ได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่แรกเริ่มทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (Girma et al., 2023) สำหรับทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอาจเกิดภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (Manjavidze et al., 2020; Pervin et al., 2020; Woldeamanuel and Belachew, 2021; Puthussery et al., 2022; Izuka et al., 2023) ทารกตายคลอด (Beauclair, Petro and Myer, 2014; Palamuleni, 2024) ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Girma et al., 2023; Palamuleni, 2024) ทารกปัญญาอ่อนหรือพิการแต่กำเนิด (Sungsongkiate, 2018) จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีภาวะเสี่ยงต่อทารกแรกเกิดต้องเข้ารับการ

รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ (AOR = 1.16, 95% CI 1.09–1.23) และเสี่ยงต่ออัตราการตายสูง (AOR = 1.18, 95% CI 1.02–1.36) (Manjavidze et al., 2020)

การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามกิจกรรมที่จำเป็นไม่ครบถ้วน ในการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงหรือความผิดปกติต่างๆ การตรวจความผิดปกติของทารกในครรภ์ ป้องกันภาวะเสี่ยงและรักษาอาการผิดปกติ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามระยะเวลาที่กำหนด (Munoz and Jamieson, 2019) การได้รับยาเสริมธาตุเหล็กและการได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในระยะยาวได้ ทำให้อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Nigatu and Birhan, 2023) จากความสำคัญของการฝากครรภ์ครั้งแรกและผลกระทบต่อ การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าจึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุได้นำแนวคิด PRECEDE MODEL มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

2. แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับ PRECEDE MODEL

PRECEDE MODEL เป็นแนวคิดพื้นฐานที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมก่อน แล้วจึงวางแผนและกำหนดกลวิธีเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น สามารถใช้ได้กับทุกๆ ช่วงวัย ทั้งในชุมชน ในโรงพยาบาล กลุ่มที่มีสุขภาพดี และกลุ่มโรคเรื้อรัง ดังนั้นแนวคิดนี้จึงเหมาะสมต่อการนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ แบบจำลอง PRECEDE เป็นกรอบแนวคิด ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย คือ พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัย ภายในและภายนอกบุคคล ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการ หลายด้านประกอบกัน โดยจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัย สำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในปี 1991 Green and Kreuter ได้พัฒนาแบบจำลอง PRECEDE ใหม่ เป็น PRECEDEPROCEED เพื่อใช้วินิจฉัยประเมินตัวกำหนด พฤติกรรมสุขภาพ และการวางแผนสุขภาพ โดย แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED มีพื้นฐาน แนวคิดด้านสุขภาพว่า 1) สุขภาพและความเสี่ยง ด้านสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย 2) การ ดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาพต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และ สังคมจะต้องมีมุมมองในหลายมิติ

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าเกิดจากปัจจัยร่วมหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยจากตัวหญิงตั้งครรภ์เอง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมความเชื่อ เป็นไปตามทฤษฎีอิทธิพล 3 ประการ (Theory of Triadic Influence) โดย Flay et al. (2009) กล่าวว่า พฤติกรรมต่างๆของบุคคลเกิดจากอิทธิพลหลัก 3 ประการ คือ อิทธิพลภายในตัวบุคคล (intra-personal influences) อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม (cultural-environmental influences) และอิทธิพลจาก

สถานการณ์ทางสังคม (interpersonal social influences) การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมเป็นสิ่งที่สลับซับซ้อน มิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง โดยปัจจัยเหล่านี้เกิดร่วมกันหรือเกิดพร้อมกัน และมีการเปลี่ยนแปลงไปมาเป็นพลวัตร ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม การที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า อาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ และการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของการมาฝากครรภ์ล่าช้า ปัจจัยด้านสถานบริการ และปัจจัยสังคม ของหญิงตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า แต่พบว่ายังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าในบริบทของชุมชนเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมธานี ที่มีวิถีชีวิตและความเชื่อที่มีลักษณะแตกต่างกัน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมธานี เพื่อให้ได้คำตอบที่จะนำไปสู่วิธีการหาแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมตามบริบทของทางสังคมและวัฒนธรรมพื้นที่ รวมถึงเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการการฝากครรภ์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่เป็นแนวทางในการประเมินคือความเชื่อด้านสุขภาพ

3. แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้นำแนวคิดของ Becker and Maiman (1975) ซึ่งความเชื่อเป็นความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลและทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจนั้น ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำกับสิ่งที่พอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองและหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ซึ่งเป็นแบบแผนที่ใช้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม เพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health related behavior) (Abraham and Sheeran, 2015)

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย นั้นหมายถึงหญิงตั้งครรภ์รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ถ้าหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค (perceived severity) หมายถึงการที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิต ถ้าไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้

ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นั่นคือถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้ไม่ได้รับการคัดกรอง ส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งต่อสุภาพตนเองและทารก 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (perceived benefits of taking the health action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ นั่นหมายถึงหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ถึงการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จะเป็นประโยชน์กับหญิงตั้งครรภ์ในการได้รับการประเมิน คัดกรองและได้รับการดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม ส่งผลดีต่อสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ นั่นคือ หญิงตั้งครรภ์รับรู้ต่ออุปสรรคของการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ 5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) หมายถึง สภาพอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่างๆ ในด้านสุขภาพอนามัย 6) ปัจจัยร่วม (modify factors) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัจจัยสังคม (social factor) เช่น บุคคลในครอบครัว หรือเพื่อน และปัจจัยทางด้านประชากร (demographic factors) เช่น อายุ ระดับการศึกษา

การประยุกต์ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ โดยการค้นหาหรือเลือกบุคคลที่มีความเสี่ยงประเมินระดับความเสี่ยง ให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นความชัดเจนเกี่ยวกับความเสี่ยงดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านลักษณะประชากรหรือพฤติกรรมของบุคคลนั้น โดยอธิบายถึงผลเสียที่จะเกิดตามมาจากภาวะหรือความผิดปกติอื่นๆ เช่น สุขภาพ การทำงาน ชีวิตในครอบครัว การใช้ชีวิตในสังคม เป็นต้น 2) การรับรู้ประโยชน์เป็นการเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ โดยกำหนดพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนในการปฏิบัติและเวลาที่เหมาะสมในการปฏิบัติ อธิบายถึงประสิทธิภาพหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวอย่างชัดเจน 3) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ โดยการลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ค้นหาข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม จัดสิ่งแวดล้อมหรือระบบการบริหารให้เกิดความสะดวกต่อการปฏิบัติ เช่น เวลาที่เปิดบริการของคลินิกฝากครรภ์ ลดการรับรู้อุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ โดยให้ความมั่นใจแก้ไขข้อมูลหรือความเข้าใจผิด เสริมแรงจูงใจและให้ความช่วยเหลือ 4) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติในการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ โดยจัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติอย่างชัดเจน การกระตุ้นการตระหนักรู้ (awareness) การสร้างระบบการกระตุ้นเตือน (reminder)

4. แนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

การตั้งครร์เป็นประสบการณ์ใหม่ของชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆของร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ จะมีความต้องการได้รับการสนับสนุน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความสามารถต่อการตั้งครร์และนำไปสู่การฝากครร์ครั้งแรกเพื่อความปลอดภัยของทั้งมารดาและทารก การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเหลือและส่งเสริมให้หญิงตั้งครร์มาฝากครร์ครั้งแรกโดยเร็ว

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเชฟเฟอร์ คอยน์ และ ลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) เป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ ความเอาใจใส่ในการ ดูแล โดยบุคคลจะได้รับประโยชน์จากความช่วยเหลือนั้น และบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ มีกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียด หรือความไม่แน่นอนในสถานการณ์ของชีวิต โดยการให้ความใส่ใจดูแลบุคคล 3 ด้านร่วมกัน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านการบริการ มีดังนี้

1. การสนับสนุนด้านข้อมูล (information support) เป็นการให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ เพื่อให้บุคคลนำไปแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติอยู่

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความใกล้ชิด ผูกพันการทำให้เกิดความไว้วางใจ และเกิดความเชื่อใจต่อบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความรู้สึกถึงความรักความเอาใจใส่ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่คุ้นเคยไม่ใช่บุคคลนอกหรือบุคคลแปลกหน้า

3. การสนับสนุนด้านการบริการ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง การให้บริการด้านสิ่งของ เครื่องใช้ เงินทอง รวมไปถึงการได้รับความช่วยเหลือตามความต้องการของบุคคลหรือแม่แต่งงานบ้านหรืองานในชีวิตประจำวัน

สำหรับแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ ได้แก่แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และด้านวัตถุสิ่งของ สามารถตอบสนองความต้องการของหญิงตั้งครร์ได้ครอบคลุมทั้งหมด ทำให้หญิงตั้งครร์สามารถจัดการกับความสับสนหรือวิตกกังวลจากสถานการณ์ที่ต้องเผชิญอยู่ในเรื่องการฝากครร์ครั้งแรกได้อย่างเหมาะสม หรือแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของฮอดเน็ตต์ (Hodnett, 2000) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมในการฝากครร์ครั้งแรกว่าเป็นการให้การสนับสนุนแก่หญิงตั้งครร์ 3 ด้าน ได้แก่ การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือการบริการ นอกจากนี้ฮันเตอร์ (Hunter, 2002) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการอยู่ด้วยกับหญิงตั้งครร์ (being with) และให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความสบาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูลโดยใช้ทฤษฎีพื้นฐานในการดูแล การสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมในการฝากครร์ครั้งแรกเป็นแนวทางให้การดูแลแก่หญิงตั้งครร์ที่สามารถส่งเสริมผลลัพธ์การตั้งครร์ที่ดีทั้งต่อหญิงตั้งครร์และทารกในครรภ์

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของบุคคล โดยผลทางตรงทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นคงซึ่งความรู้สึกทางจิตใจนี้จะส่งผลดีต่อสุขภาพ และผลทางอ้อมช่วยให้บุคคลประเมิน สถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงลดลง ช่วยลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด ช่วยให้บุคคลสามารถ เผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ ความเครียดลดลง และบุคคลสามารถปรับตัวได้เหมาะสมและคงความสมดุลไว้ได้ (Park et al., 2013) ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมในการฝากครรภ์ครั้งแรกว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแผนการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ตามแนวคิดของเซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) ประกอบด้วย ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์และด้านบริการ เพื่อใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีหลายปัจจัย ดังนี้ จากการศึกษาของ Puthussery และคณะ (2022) และ Palamuleni (2024) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาของชนัดต์ มาลัยกนก (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่าอายุน้อยกว่า 18 ปี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p=0.005$) และสอดคล้องกับหทัยรัตน์ รังสรรค์สฤษฎี (2563) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.047$) และอายุยังเป็นปัจจัยที่ทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ (Sungsonkiate, 2018; Abera et al., 2023; Nigatu and Birhan, 2023) โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ช้า เป็น 2.6 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (ชนัดต์ มาลัยกนก, 2562) จากการศึกษาของ Cresswell และคณะ (2013) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ($aOR = 1.40$, $95\%CI = 1.11-1.76$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Puthussery และคณะ (2022) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย เสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี

จากการศึกษาของ Gbene และคณะ (2024) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุ 40-49 ปี มีภาวะเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 18.0$, $95\%CI = 3.68-88.00$, $p < .001$) อายุ 30-39 ปี ($OR = 6.40$, $95\%CI = 1.76-22.87$, $p = .005$) และอายุ 20-29 ปี ($OR = 4.6$, $95\%CI = 1.30-15.98$, $p = .018$) นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐดนัย มะลิวัน (2567) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ พบว่าร้อยละของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เท่ากับ 40.50 อายุเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้าหลัง 12 สัปดาห์เท่ากับ 21.37 ± 6.13 ปีและปัจจัยที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้า คือ อายุของหญิงตั้งครรภ์ที่น้อยกว่า 18 ปี ($aOR=8.12$,

95%CI=1.94-17.02, $p=0.001$) ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ส่วนใหญ่จะยังเป็นนักเรียน นักศึกษาส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากการตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อม ปัญหาสังคมและครอบครัว ซึ่งส่งผลให้ฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

จากการศึกษาของ Abebe และคณะ (2023) พบว่าระดับการศึกษาสูงมีโอกาสมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ได้สูงกว่า 2.26 เท่า (AOR = 2.26, 95%CI = 1.36-3.77) สอดคล้องกับการศึกษาของ Palamulein (2024) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการศึกษาเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูง (AOR = 1.81, 95%CI = 1.13-1.47) และสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤทธิ (2563) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.015$) ลำดับของการตั้งครรภ์เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ชนัดถ์ มาลัยกนก, 2562) ซึ่งพบว่าหญิงที่ตั้งครรภ์หลายครั้งมีโอกาเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก (Towongo et al., 2022; Dibabe et al., 2024) จากการศึกษานี้ของ Cresswell และคณะ (2013) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกหลังเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูง (aOR = 2.09, 95%CI = 1.77-2.46) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้งโอกาสเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า 4.40 เท่า (AOR = 4.40, 95%CI = 1.70-11.40) และการศึกษาที่พบว่าหญิงครรภ์ที่ 4 ขึ้นไปมีโอกาเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงกว่าหญิงครรภ์แรก (OR = 2.80, 95%CI = 1.36-5.79, $p = .005$) และหญิงครรภ์ที่ 3 (OR = 2.5, 95%CI = 1.33-4.58, $p = .004$) (Gbene et al., 2024) จะเห็นได้ว่าลำดับของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าเพิ่มขึ้น

ความพร้อมในการตั้งครรภ์หรือการตั้งครรภ์ที่ได้วางแผน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรก (Kisaka and Leshabari, 2020; Tadele et al., 2022; Battu, et al., 2023; Girma et al., 2023; Nigatu and Birhan, 2023; Shewaye et al., 2023; Belete et al., 2024) การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Abame et al., 2019) จากการศึกษานี้ของ Dibaba และคณะ (2024) พบว่า การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนมีโอกาเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงกว่าการตั้งครรภ์ที่วางแผนไว้ 2.3 เท่า (AOR 2.3, 95% CI 1.35–8.11) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนในการตั้งครรภ์หรือไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์มีโอกาเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่วางแผนในการตั้งครรภ์ 2.16 เท่า (Tolossa et al., 2020) ซึ่งความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์อาจเป็นสาเหตุที่อาจพิจารณาสิ้นสุดการตั้งครรภ์หรือปฏิเสธในการตั้งครรภ์ ทำให้การฝากครรภ์ครั้งแรกเลื่อนออกไปจนเกิดการล่าช้า (Nigatu and Birhan, 2023) หรืออาจเป็นสาเหตุทางปัจจัยทางสังคมหรือทางวัฒนธรรมหรือทางเศรษฐกิจที่ยังไม่พร้อมร่วมด้วย ส่งผลให้การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (Abame et al., 2019)

ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (Kisaka and Leshabari, 2020; Tadele et al., 2022) หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบช่วงเวลาที่ต้องฝากครรภ์ครั้งแรก

(Battu, et al., 2023) หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าต้องฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อไรเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (AOR 2.14, 95% CI 1.18–3.89) (Dibaba et al., 2024) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อรู้สึกทารกในครรภ์ดิ้น (Kisaka and Leshabari, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dibaba และคณะ (2024) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า 5.8 เท่า (AOR 5.8, 95% CI 3.71–9.34) นอกจากนี้ทัศนคติเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์เชิงลบเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ (Quelopana et al., 2009)

ทัศนคติเป็นปัจจัยนำด้านความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลมีระดับทัศนคติที่ดีจะทำให้เกิดแรงจูงใจต่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดทัศนคติในการมาฝากครรภ์เร็วก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Andersen, 1983) สนับสนุนตามแนวคิดของ Roger (1978) ได้กล่าวถึงทัศนคติว่า เป็นดัชนีชี้วัดบุคคลมีความคิดหรือความรู้สึกต่อบุคคลรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อม ตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ โดยทัศนคติมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคต ทัศนคติจึงเป็นความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและเป็นมิติของการประเมินเพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่งๆ ซึ่งถือว่าการสื่อสารภายในบุคคลที่เป็นผลกระทบมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารอันจะมีผลต่อพฤติกรรมต่อไป ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ (Shewaye et al., 2023) จากการศึกษาที่พบว่าทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และฝากครรภ์ที่ไม่ดีเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ (aOR=6.24, 95%CI=1.08-24.69, p= 0.009) (ณัฐดนัย มะลิวัน , 2567)

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (สุวิมล สุรินทร์พย์, 2559; สيناภรณ์ กล่อมยงค์ และคณะ, 2563) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ (Quelopana et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าระดับต่ำเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ (aOR=3.41, 95%CI=1.24-19.86, p= 0.019) (ณัฐดนัย มะลิวัน, 2567) ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์เป็นการเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ โดยกำหนดพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนในการปฏิบัติและเวลาที่เหมาะสมในการปฏิบัติ อธิบายถึงประสิทธิภาพหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวอย่างชัดเจน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ โดยการค้นหาหรือเลือกบุคคลที่มีความเสี่ยงประเมินระดับความเสี่ยง ให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นความชัดเจนเกี่ยวกับความเสี่ยงดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านลักษณะประชากรหรือพฤติกรรมของบุคคล

นั้น จากการศึกษาของจินตนา ใจมั่นและคณะ (2563) พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการฝากครรภ์ต่อความตระหนักรู้และความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี หลังทดลองมีความตระหนักรู้และตั้งใจในการมาฝากครรภ์เร็วกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยสถานบริการ เป็นการเข้าถึงบริการฝากครรภ์และขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ในการฝากครรภ์ จากการศึกษาของ Dibaba และคณะ (2024) พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ซึ่งเกินครึ่งของหญิงตั้งครรภ์เริ่มฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ได้แก่ อาศัยในชนบท ประสบการณ์ในการฝากครรภ์ต่อบุคลากรสุขภาพเชิงลบ (Shewaye et al., 2023) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์ได้รับบริการจากสถานบริการฝากครรภ์ไม่ดีเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า 7.7 เท่า ($OR = 7.7, 95\%CI = 2.18-27.07$) และระยะเวลาที่หญิงตั้งครรภ์เคยใช้ในการฝากครรภ์เกิน 6 ชั่วโมงในครรภ์ก่อนมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าในครรภ์นี้ (Gbene et al., 2024) นอกจากนี้สถานที่ฝากครรภ์อยู่ไกลจากที่พักอาศัย (Tadele et al., 2022) เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลให้การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (Quelopana et al., 2009; Warri and George, 2020) การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวร่วมกันวางแผนเพื่อพัฒนาทักษะในการตัดสินใจที่สามารถช่วยสร้างบรรยากาศหรือสิ่งแวดล้อมให้มีการเอื้ออำนวยให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เป็นการให้การสนับสนุนแก่หญิงตั้งครรภ์ ในการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือการบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันดังกล่าวมาใช้ในการทำนายปัจจัยการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี โดยใช้แนวคิดของ PRECEDE Model ของ Green และ Kreutzer (2005) ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับของการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ต่อการฝากครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ปัจจัยเอื้อได้แก่ สถานบริการฝากครรภ์ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้มีวิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 330 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 56 ข้อ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะและความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านสถานบริการ การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือทั้ง 4 ส่วน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า โดยใช้สถิติ Chi square และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ ดังรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ พูดอ่านเขียนภาษาไทยได้รู้เรื่อง ไม่มีปัญหาทางจิตเวช และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาเร่งด่วน ขอยุติการให้ข้อมูลและขอถอนตัวจากการวิจัย การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณตามสูตรของ Krejcie & Morgan (1970) เท่ากับ 300 ราย เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 10 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 330 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในแต่ละวัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มี 4 ส่วน จำนวน 56 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ลำดับการตั้งครรภ์ สถานภาพสมรส เหตุผลของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ความพร้อมในการตั้งครรภ์ โรคประจำตัว จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะและความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้การตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะแบบถูก-ผิด โดยให้ตอบว่าข้อใดถูกที่สุด ถ้าตอบใช่ ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของคะแนนความรู้ในช่วง 0-10 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1968) ที่กำหนดเกณฑ์ความรู้สูงไว้ที่ระดับคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนน 8-10 หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง และคะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำ

2.2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คะแนน เห็นด้วย ให้คะแนน 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของคะแนนทัศนคติอยู่ในช่วง 8-50 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนน 40-50 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในเชิงบวก คะแนน 10-39 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในเชิงลบ

2.3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวน 6 ข้อ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า จำนวน 6 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คะแนน เห็นด้วย ให้คะแนน 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในช่วง 6-30 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนน 24-30 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คะแนน 6-23 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสถานบริการ แบบสอบถามประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งบริการฝากครรภ์ และขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ จำนวน 8 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คะแนน เห็นด้วย ให้คะแนน 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของคะแนนสถานบริการฝากครรภ์อยู่ในช่วง 8-40 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนน 32-40 คะแนน หมายถึงการเข้าถึงแหล่งบริการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง คะแนน 8-31 คะแนน หมายถึงการเข้าถึงแหล่งบริการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสังคม แบบสอบถามประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คะแนน เห็นด้วย ให้คะแนน 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนน 40-50 คะแนน หมายถึงการได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง คะแนน 10-39 คะแนน หมายถึงการได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ

3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือทั้ง 4 ส่วน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นอาจารย์ด้านการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ และแพทย์ทางสูตินรีเวช ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .96, .98, และ .96 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการนำไปทดสอบกับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ คำนวณค่า KR-20 (Kuder Richardson-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86, .89, และ .88 ตามลำดับ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยรังสิต วันที่ 18 เมษายน 2567 เอกสารรับรองเลขที่ COA.No.RSUEB2024-064 และหนังสือผลการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาล ปทุมธานีมีมติอนุมัติให้เข้าเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัย ที่ ปท ๐๐๓๓.๒๐๓.๔/

๑๑๔๒๓ วันที่ 29 พฤษภาคม 2567 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้รับจะทำลายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยผู้วิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการทําวิจัยภายใน 2 ปี

ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานีและหัวหน้าพยาบาลคลินิกฝากครรภ์ ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย สิทธิการถอนตัว ประโยชน์และความเสี่ยงของงานวิจัยและการรักษาความลับแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์และไม่ได้สมรส ผู้วิจัยได้ให้ผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมร่วมด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ซึ่งผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งได้รับการอบรมจากผู้วิจัย ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการสอบถาม การตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม และทดสอบผู้ร่วมวิจัยในการใช้แบบสอบถามเพื่อความเข้าใจตรงกัน และได้คำตอบที่ตรงกับผู้วิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า โดยใช้สถิติไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และหาระดับความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบ Cramer's V หรือค่าสัมประสิทธิ์คาร์เมอร์ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลของความสัมพันธ์เป็น 5 ระดับ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2561) ดังนี้ ค่าสัมประสิทธิ์คาร์เมอร์มีค่าเท่ากับ 0 หมายถึง ไม่มีความความสัมพันธ์กัน ค่าระหว่าง .01 ถึง .25 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ มีค่าระหว่าง .26 ถึง .55 หมายถึงมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง มีค่าระหว่าง .56 ถึง .75 หมายถึงมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง และมีค่าเท่ากับ 1 หมายถึงมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ ได้แก่ 1) ทดสอบข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ 2) ทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) 3) การแปลงตัวแปรระดับ Nominal scale ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) 4) ทดสอบความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) พิจารณาจากค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.75 และ 5) ทดสอบตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีค่าระหว่าง -.12 - .52 ซึ่งมีค่าไม่เกิน .65 (Burns and Grove, 2005)

บทที่ 4 ผลการวิจัย

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 330 คน อายุระหว่าง 15-44 ปี อายุเฉลี่ย 26.58 ปี ส่วนใหญ่อายุเท่ากับหรือมากกว่า 20 ปี มีจำนวน 259 คน (ร้อยละ 78.50) อายุต่ำกว่า 20 ปี มีจำนวน 71 คน (ร้อยละ 21.50) กลุ่มตัวอย่างที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนมากกว่าฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จำนวน 51 คน (ร้อยละ 15.50) และจำนวน 20 คน (ร้อยละ 6.10) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่อายุเท่ากับหรือมากกว่า 20 ปี ฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนน้อยกว่าฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จำนวน 114 คน (ร้อยละ 34.50) และจำนวน 145 คน (ร้อยละ 43.90) ตามลำดับ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า จำนวน 166 คน (ร้อยละ 50.30) และระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า จำนวน 164 คน (ร้อยละ 49.70) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอาชีพรับจ้างมีจำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 รายได้เฉลี่ย 12,790 บาทต่อเดือน สถานภาพสมรสแต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส มีจำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 59.20 ไม่มีโรคประจำตัวมีจำนวน 263 คน คิดเป็นร้อยละ 79.50 สำหรับโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ เลือดจางมีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 10.90 ส่วนใหญ่เหตุผลในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกเนื่องจากทราบว่าตนเองตั้งครรภ์และขาดประจำเดือน สำหรับกลุ่มที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าส่วนใหญ่เนื่องจากไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ ไม่มีเวลามาฝากครรภ์และไม่ทราบว่าต้องไปฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อไหร่ ลำดับของการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง จำนวน 191 คน (ร้อยละ 57.90) ครรภ์แรก จำนวน 139 คน (ร้อยละ 42.10) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นครรภ์แรกฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์มีจำนวนมากกว่าฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า จำนวน 79 คน (ร้อยละ 23.90) และจำนวน 60 คน (ร้อยละ 18.20) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการตั้งครรภ์ครั้งนี้มีจำนวน 200 คน (ร้อยละ 59.70) ความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ครั้งนี้มีจำนวน 130 คน (ร้อยละ 39.40) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูงมากกว่ามีความรู้ในระดับต่ำ จำนวน 189 คน (ร้อยละ 57.30) และจำนวน 141 คน (ร้อยละ 42.70) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับสูงฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์มีจำนวนมากกว่าฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า จำนวน 135 คน (ร้อยละ 40.90) และจำนวน 54 คน (ร้อยละ 16.40) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับต่ำฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จำนวน 111 คน (ร้อยละ 33.60) และจำนวน 30 คน (ร้อยละ 9.10) ตามลำดับ

ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ระดับเชิงบวกมีจำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีระดับเชิงลบ มีจำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติระดับเชิงบวกฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 14.50 และ มีจำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ

42.10 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับทัศนคติเชิงลบผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 35.50 และมีจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 7.90 ตามลำดับ การรับรู้ประโยชน์ของการผากครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการผากครรภ์อยู่ในระดับสูง มีจำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 63.60 และการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับต่ำ มีจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 36.40 เมื่อพิจารณาการผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการผากครรภ์อยู่ในระดับสูงการผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 20.30 และมีจำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำการผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 29.70 และมีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ตามลำดับ

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับสูง มีจำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 57.60 และมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับ มีจำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 42.40 เมื่อพิจารณาการผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับสูงผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 19.40 และ มีจำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 38.20 กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ มีจำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 30.60 และมีจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 11.80 ตามลำดับ

จากการศึกษาสถานบริการผากครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการผากครรภ์อยู่ในระดับสูงมีจำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 57.90 และมีการรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการผากครรภ์อยู่ในระดับต่ำมีจำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 42.10 เมื่อพิจารณาผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการผากครรภ์อยู่ในระดับสูงการผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการผากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 23.90 และมีจำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 33.90 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการผากครรภ์อยู่ในระดับต่ำการผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการผากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 26.10 และมีจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 16.10 ตามลำดับ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง มีจำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 56.10 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ มีจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 43.90 เมื่อพิจารณาการผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมีจำนวนการผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 16.40 และมีจำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 39.70 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทาง

สังคมอยู่ในระดับต่ำมีจำนวนการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 33.60 และมีจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 10.30 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของตัวแปรที่ศึกษาเกี่ยวกับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาล ปทุมธานี (N = 330)

ตัวแปร	อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก					
	น้อยกว่า 12 สัปดาห์		ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Min = 15, Max = 44, Mean = 26.58, SD = 6.55)						
น้อยกว่า 20 ปี	20	6.10	51	15.50	71	21.50
เท่ากับหรือมากกว่า 20 ปี	145	43.90	114	34.50	259	78.50
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	68	20.60	98	29.70	166	50.30
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า	97	29.40	67	20.30	164	49.70
ลำดับของการตั้งครรภ์						
ครรภ์แรก	79	23.90	60	18.20	139	42.10
ครรภ์หลัง	86	26.10	105	31.80	191	57.90
ความพร้อมในการตั้งครรภ์						
มีความพร้อม	134	40.60	66	20.00	200	60.60
ไม่มีความพร้อม	31	9.40	99	30.00	130	39.40
ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์						
ระดับสูง	135	40.90	54	16.40	189	57.30
ระดับต่ำ	30	9.10	111	33.60	141	42.70
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์						
ระดับเชิงบวก	139	42.10	48	14.50	187	56.70
ระดับเชิงลบ	26	7.90	117	35.50	143	43.30

ตัวแปร	อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก					
	น้อยกว่า 12 สัปดาห์		ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์						
ระดับสูง	143	43.30	67	20.30	210	63.60
ระดับต่ำ	22	6.70	98	29.70	120	36.40
การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า						
ระดับสูง	128	38.20	64	19.40	190	57.60
ระดับต่ำ	39	11.80	101	30.60	140	42.40
สถานบริการฝากครรภ์						
ระดับสูง	112	33.90	79	23.90	191	57.90
ระดับต่ำ	53	16.10	86	26.10	139	42.10
การสนับสนุนทางสังคม						
ระดับสูง	131	39.70	54	16.40	185	56.10
ระดับต่ำ	34	10.30	111	33.60	145	43.90

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า จากการศึกษาพบว่าทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยที่ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับของการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทักษะคิดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานบริการฝากครรภ์ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เมื่อพิจารณาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ระดับการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ลำดับของการตั้งครรภ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .034$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ความพร้อมในการตั้งครรภ์ครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์และการ

ฝากครรภ์พบว่ามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์พบว่ามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าพบว่ามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการฝากครรภ์พบว่ามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษากับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี (N = 330)

ตัวแปร	χ^2	Cramer's V	p-value
อายุ	17.25	.08	.000*
ระดับการศึกษา	10.90	.18	.001*
ลำดับของการตั้งครรภ์	4.48	.12	.034*
ความพร้อมในการตั้งครรภ์	58.69	.42	.000*
ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์	81.25	.50	.000*
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์	102.19	.56	.000*
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์	75.64	.48	.000*
การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า	47.69	.38	.000*
สถานบริการฝากครรภ์	13.54	.20	.000*
การสนับสนุนทางสังคม	72.94	.47	.000*

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าโดยใช้สถิติถดถอยแบบพหุ วิเคราะห์ตัวแปรที่ละตัวแปร พบว่า ปัจจัยนำได้แก่ อายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 20 ปี 3.24 เท่า ($OR = 3.24$, $95\%CI = 1.83 - 5.75$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่ามี

โอกาสผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า 2.09 เท่า (OR = 2.09, 95%CI = 1.35 - 3.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ลำดับของการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างครรภ์หลังมีโอกาสผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างครรภ์แรก 1.61 เท่า (OR = 1.61, 95%CI = 1.04 - 2.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .035$) ความพร้อมในการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์มีโอกาสผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ 6.48 เท่า (OR = 6.48, 95%CI = 3.93 - 10.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการผากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการผากครรภ์อยู่ในระดับต่ำมีโอกาสผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการผากครรภ์อยู่ในระดับสูง 9.25 เท่า (OR = 9.25, 95%CI = 5.54 - 15.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการผากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะต่อการตั้งครรภ์และการผากครรภ์อยู่ในระดับเชิงลบมีโอกาสผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะต่อการตั้งครรภ์และการผากครรภ์อยู่ในระดับเชิงบวก 13.03 เท่า (OR = 13.03, 95%CI = 7.62 - 22.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) การรับรู้ประโยชน์ของการผากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการผากครรภ์อยู่ในระดับต่ำมีโอกาสผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการผากครรภ์อยู่ในระดับสูง 9.51 เท่า (OR = 9.51, 95%CI = 5.51 - 16.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับต่ำมีโอกาสผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับสูง 5.01 เท่า (OR = 5.01, 95%CI = 3.17 - 8.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมของการผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ซึ่งปัจจัยเอื้อได้แก่ สถานบริการผากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการผากครรภ์อยู่ในระดับต่ำมีโอกาสผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการผากครรภ์อยู่ในระดับสูง 2.30 เท่า (OR = 2.30, 95%CI = 1.47 - 3.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำมีโอกาสผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง 7.92 เท่า (OR = 7.92, 95%CI = 4.81 - 13.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

จากการวิเคราะห์สถิติถดถอย โดยการนำทุกตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายมาวิเคราะห์พร้อมกัน พบว่า ปัจจัยนำที่สามารถทำนายการผากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการผากครรภ์ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการผากครรภ์

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับการศึกษาและลำดับครรภ์และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานบริการฝากครรภ์ ไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ เมื่อพิจารณาอายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 20 ปี 3.63 เท่า (OR = 3.63, 95%CI = 1.41 – 9.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) ความพร้อมในการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์มีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ 3.81 เท่า (OR = 3.81, 95%CI = 1.72 – 8.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง 2.97 เท่า (OR = 2.97, 95%CI = 1.35 – 6.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .007$)

ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับเชิงลบมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับเชิงบวก 8.02 เท่า (OR = 8.02, 95%CI = 3.65 – 17.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง 5.91 เท่า (OR = 5.91, 95%CI = 2.65 – 17.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับต่ำมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับสูง 3.34 เท่า (OR = 3.34, 95%CI = 1.58 – 7.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง 7.00 เท่า (OR = 7.00, 95%CI = 3.29 – 14.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

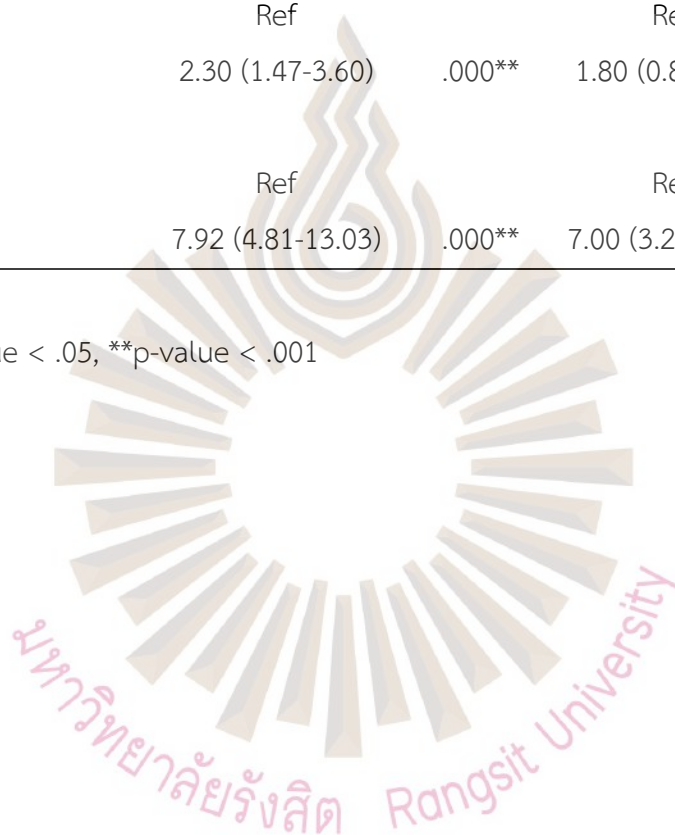
ปัจจัยนำที่ไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ ได้แก่ ระดับการศึกษาและลำดับของการตั้งครรภ์ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่ามีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า 1.63 เท่า (OR = 1.63, 95%CI = 0.78 – 3.40) ($p = .197$) สำหรับลำดับของการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างครรภ์หลังมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างครรภ์แรก 2.04 เท่า (OR = 2.04, 95%CI = 0.93 – 4.45) ($p = .075$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ (N = 330)

ตัวแปร	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
อายุ (ปี)				
ต่ำกว่า 20 ปี	3.24 (1.83-5.75)	.000**	3.63 (1.41-9.36)	.008*
มากกว่า 20 ปี	Ref		Ref	
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	2.09 (1.35-3.24)	.001*	1.63 (0.78-3.40)	.197
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า	Ref		Ref	
ลำดับของการตั้งครรภ์				
ครรภ์แรก	Ref		Ref	
ครรภ์หลัง	1.61 (1.04-2.50)	.035*	2.04 (0.93-4.45)	.075
ความพร้อมในการตั้งครรภ์				
มีความพร้อม	Ref		Ref	
ไม่มีความพร้อม	6.48 (3.93-10.60)	.000**	3.81 (1.72-8.46)	.001*
ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์				
ระดับสูง	Ref		Ref	
ระดับต่ำ	9.25 (5.54-15.43)	.000**	2.97 (1.35-6.50)	.007*
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์				
ระดับเชิงบวก	Ref		Ref	
ระดับเชิงลบ	13.03 (7.62-22.30)	.000**	8.02 (3.65-17.59)	.000**
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์				
ระดับสูง	Ref		Ref	
ระดับต่ำ	9.51 (5.51-16.41)	.000**	5.91 (2.65-17.59)	.000**

ตัวแปร	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝาก				
ครรภ์ครั้งแรกล่าช้า				
ระดับสูง	Ref	.000**	Ref	.002*
ระดับต่ำ	5.01 (3.17-8.21)		3.34 (1.58-7.08)	
สถานบริการฝากครรภ์				
ระดับสูง	Ref		Ref	
ระดับต่ำ	2.30 (1.47-3.60)	.000**	1.80 (0.85-3.81)	.125
การสนับสนุนทางสังคม				
ระดับสูง	Ref		Ref	
ระดับต่ำ	7.92 (4.81-13.03)	.000**	7.00 (3.29-14.91)	.000**

Ref: กลุ่มอ้างอิง * p-value < .05, **p-value < .001



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุป

ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ครั้งแรก การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า และการสนับสนุนทางสังคม เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้มากที่สุดคือ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ครั้งแรก ความพร้อมในการตั้งครรภ์ อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า และความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ตามลำดับ ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี กลุ่มที่ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ ตระหนักถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ครั้งแรก ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกในการฝากครรภ์ครั้งแรก การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ครั้งแรก การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า และการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัว

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยนำที่ทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ประมาณ 1 ใน 5 เป็นกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีหรือวัยรุ่น ซึ่งอายุมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับต่ำและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ทั้งวิเคราะห์ตัวแปรและวิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกัน โดยที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี 3.63 เท่า อาจเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีวุฒิภาวะด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และการตัดสินใจในการฝากครรภ์ยังไม่เพียงพอ (Perry et al., 2023) จากการศึกษาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รายได้น้อย ถ้าต้องมาฝากครรภ์ทำให้ขาดรายได้ ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ซึ่งกลุ่มที่ฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าส่วนใหญ่เนื่องจากไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ ไม่มีเวลามาฝากครรภ์และไม่ทราบว่าต้องไปฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อไหร่ จึงส่งผลให้การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Puthussery และคณะ (2022) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 25 ปี 1.42 เท่า และจากการศึกษาของ ญัฐดนัย มะลิวัน. (2567) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี มีผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่

โรงพยาบาลเชียงใหม่ (aOR=8.12, 95%CI = 1.94 - 17.02, p= 0.001) ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา ส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากการตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อม ปัญหาสังคมและครอบครัว ในระยะแรกของการตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่ใจในการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลให้ฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของชนัตถ์ มาลัยกนก (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่ศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดขอนแก่น พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p=0.005) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอายุเป็นปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ (Abera et al., 2023; Nigatu and Birhan, 2023; Sungsonkiate, 2018; หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤกษ์, 2563) โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ช้า เป็น 2.6 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (ชนัตถ์ มาลัยกนก, 2562)

ความพร้อมในการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับปานกลางและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ทั้งวิเคราะห์ที่ละตัวแปรหรือวิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์มีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ 3.81 เท่า จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ซึ่งความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์เนื่องจากไม่มีการวางแผนในการตั้งครรภ์ทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างต้องหยุดงานเพื่อมาฝากครรภ์ ทำให้ขาดรายได้ หรือไม่มีเวลา ต้องดูแลบุตรและครอบครัว ความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ส่งผลให้มีความสับสนและไม่มั่นใจในการตั้งครรภ์จึงทำให้การตัดสินใจในการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า โดยที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์จะมีความกระตือรือร้น ให้ความสำคัญของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกเพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพของตนเองและทารก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการศึกษาที่ไม่วางแผนจะมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (Tadele et al., 2022; Battu, et al., 2023; Girma et al., 2023; Nigatu and Birhan, 2023; Shewaye et al., 2023; Misikir and Ezo, 2025) ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกกังวลระหว่างความยินดีต่อการตั้งครรภ์และความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์ เช่น กังวลกับความรับผิดชอบในบทบาทการเป็นมารดา และภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้น (Lowdermilk et al., 2019) จึงทำให้การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า

ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับปานกลางและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ทั้งวิเคราะห์ที่ละตัวแปรหรือวิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกัน โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ในระดับสูง 2.97 เท่า เนื่องจากความรู้ทำให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์จึงเป็นแรงจูงใจที่ส่งผลให้มาฝากครรภ์ครั้งแรกได้เร็ว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับ

การตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำ ไม่ทราบช่วงเวลาที่ต้องไปฝากครรภ์ครั้งแรก ส่งผลทำให้การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูง (Tadele et al., 2022; Battu, et al., 2023; Girma et al., 2023) และจากการศึกษาของ Nyando และคณะ (2023) พบว่า หญิงตั้งครรภ์จะไปฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์เฉพาะที่มีปัญหาสุขภาพ เช่นอาการปวดหลัง ปวดศีรษะหรือติดเชื้อเอชไอวีระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก ขนาดท้องยังเล็กเกินไปจึงไม่จำเป็นต้องไปฝากครรภ์ ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกมักมีประวัติการตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติ เช่น ฆ่าตัวตลอดหรือแท้งบุตร

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับสูงและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ทั้งวิเคราะห์ทีละตัวแปรหรือวิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกัน ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ จากการศึกษาค้นคว้าเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้สูงสุด โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติอยู่ในระดับเชิงลบต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ โอกาสในการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติอยู่ในระดับเชิงบวก 8.02 เท่า เนื่องจากส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์คิดว่าการตั้งครรภ์เป็นเรื่องธรรมชาติไม่จำเป็นต้องไปฝากครรภ์และเมื่อครรภ์แรกปกติครรภ์หลังไม่จำเป็นต้องไปฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์เช่นกัน โดยหญิงตั้งครรภ์ให้คุณค่าในการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกอยู่ในระดับต่ำ (Nyando et al., 2023) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีของ Ajzen และ Fishbein (2006) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการที่บุคคลเชื่อว่าพฤติกรรมดังกล่าวสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการและประเมินแล้วพบว่าจะส่งผลดีมากกว่าผลเสียบุคคลนั้นจึงมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น นั่นคือการที่หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความตั้งใจที่จะมาฝากครรภ์และนำไปสู่การมาฝากครรภ์ครั้งแรกสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ Warri และ George (2020) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ว่าการตั้งครรภ์เป็นภาวะปกติของสุขภาพไม่ใช่ภาวะเสี่ยงที่ต้องไปโรงพยาบาล และการตั้งครรภ์ที่ผ่านมาไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงทำให้ไม่มีแรงจูงใจที่ต้องรีบไปฝากครรภ์

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับปานกลาง และสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ทั้งวิเคราะห์ทีละตัวแปรหรือวิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกัน การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ จากการศึกษาค้นคว้าหญิงตั้งครรภ์รับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำมีโอกาสนในการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในระดับสูง 5.91 เท่า ซึ่งสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ สนับสนุนแนวคิดของ Rosenstock and StecherBecker ที่กล่าวว่า บุคคลรับรู้เกี่ยวกับผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรค โดยบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อเมื่อบุคคลนั้นเชื่อว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมและสามารถป้องกันโรคได้จริง ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ในระดับสูงจึงมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพื่อสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมมารดาฝากครรภ์ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(Dafroyati, Widyastuty, and Kristina, 2024) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้ามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับปานกลางและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ทั้งวิเคราะห์ที่ละตัวแปรหรือวิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกัน จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับต่ำมีโอกาสที่ฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับสูง 3.34 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการไม่ตระหนักถึงอาการแสดงที่เป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (Battu, et al., 2023)

ปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับการศึกษาและลำดับการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ อาจเนื่องจากส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาต้นหรือต่ำกว่าและระดับมัธยมศึกษาปลายหรือสูงกว่า มีจำนวนใกล้เคียงกัน และหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ได้จากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆหรือทางอินเทอร์เน็ตได้ โดยพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับต่ำ แต่ไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกได้ และไม่สอดคล้องกับ Abebe และคณะ (2023) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาในระดับสูงมีโอกาสมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ได้สูงกว่า 2.26 เท่า (AOR = 2.26, 95%CI = 1.36-3.77) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Palamulein (2024) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการศึกษาเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูง 1.81 เท่า (AOR = 1.81, 95%CI = 1.13-1.47) นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤษฎ์ (2563) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.015$) สำหรับลำดับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับต่ำ แต่ไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้เช่นกัน อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ในครรภ์ก่อนไม่พบความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน และหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติในการตั้งครรภ์ จึงไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องไปฝากครรภ์ จึงส่งผลให้การฝากครรภ์ครั้งแรกในครั้งนี้น่าช้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าครรภ์หลังโดยเฉพาะมากกว่า 4 ครั้งมีโอกาสมารับฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้สูงกว่าครรภ์แรก (AOR = 0.74) (Towongo et al., 2022) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหญิงที่ตั้งครรภ์หลายครั้งมีโอกาเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก (Dibaba et al., 2024) จากการศึกษาของ Cresswell และคณะ (2013) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ครรภ์หลังเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูง 2.09 เท่า (aOR = 2.09, 95%CI = 1.77-2.46) นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้งโอกาสเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า 4.40 เท่า (AOR = 4.40, 95%CI = 1.70-11.40) และการศึกษาที่พบว่าหญิงครรภ์ที่ 4 ขึ้นไปมีโอกาเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงกว่าหญิงครรภ์แรก (OR = 2.80, 95%CI = 1.36-5.79, $p = .005$) และหญิงครรภ์ที่ 3 (OR = 2.5, 95%CI = 1.33-4.58, $p = .004$) (Gbene et al., 2024) จะเห็นได้ว่าลำดับของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าเพิ่มขึ้น

ปัจจัยเอื้อได้แก่ สถานบริการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับต่ำและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้เมื่อวิเคราะห์ทีละตัวแปร แต่วิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกันไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ล่าช้าได้ อาจเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับสถานบริการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูงและอยู่ในระดับต่ำไม่แตกต่างกัน ซึ่งในสถานบริการการฝากครรภ์ส่วนใหญ่มีแนวทางในการปฏิบัติไม่แตกต่างกันเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข และส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์รับรู้เกี่ยวกับสถานบริการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง ดังนั้นจึงไม่มีอิทธิพลในการทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ประสิทธิภาพเชิงลบในการฝากครรภ์ต่อสถานบริการฝากครรภ์และบุคลากรในการฝากครรภ์ส่งผลให้การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ (Shewaye et al., 2023; Gbene et al., 2024) และจากการศึกษาของ Dibabe และคณะ (2024) พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ซึ่งเกินครึ่งของหญิงตั้งครรภ์เริ่มฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ได้แก่ อาศัยในชนบท ประสิทธิภาพในการฝากครรภ์ต่อบุคลากรสุขภาพเชิงลบ (Shewaye et al., 2023) นอกจากนี้การศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพได้รับบริการจากสถานบริการฝากครรภ์ไม่ตีเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า 7.7 เท่า (OR = 7.7, 95%CI = 2.18-27.07) และระยะเวลาที่หญิงตั้งครรภ์เคยใช้ในการฝากครรภ์เกิน 6 ชั่วโมงในครรภ์ก่อนมีโอกาสร้อยต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าในครรภ์นี้ (Gbene et al., 2024) และสถานที่ฝากครรภ์อยู่ไกลจากที่พักอาศัย (Tadele et al., 2022) เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลให้การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า

ปัจจัยเสริมได้แก่การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับปานกลางและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ทั้งวิเคราะห์ทีละตัวแปรหรือวิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกัน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้สูงรองลงมาจากทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ โดยที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในระดับต่ำมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง 7.00 เท่า ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การให้ความใส่ใจดูแลบุคคล 3 ด้านร่วมกัน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านการบริการ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ มีกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดหรือความไม่แน่ใจในสถานการณ์ของชีวิตเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ซึ่งส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวดีเป็นแรงจูงใจในการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกได้เร็วกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การขาดการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (Warri and George, 2020)

ดังนั้น ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทักษะการตัดสินใจต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า และการสนับสนุนทางสังคม เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้มากที่สุดคือ ทักษะการตัดสินใจต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ (OR = 8.02) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม (OR = 7.00) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ (OR = 5.91) ความพร้อมในการตั้งครรภ์ (OR = 3.81) อายุ (OR = 3.63) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (OR = 3.34) และความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ (OR = 2.97) ตามลำดับ ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าโดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี กลุ่มที่ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ ตระหนักถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ครั้งแรก ส่งเสริมทักษะการตัดสินใจในการฝากครรภ์ครั้งแรก การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ครั้งแรก การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า และการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัว เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

ข้อจำกัดของการศึกษา

ในการศึกษานี้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแห่งเดียว อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้กับโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน และการแบ่งช่วงของตัวแปรในการวิเคราะห์มีความแตกต่างกัน อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้

3. ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรดำเนินงานเชิงรุกประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง
2. ควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในรายที่ยังไม่พร้อมในการตั้งครรภ์เพื่อให้มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ซึ่งจะส่งผลให้มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และควรพัฒนาโปรแกรมป้องกันการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563*. หน้า 20-29.

กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์:

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือการฝากครรภ์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 1).

นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2561). *สถิติสำหรับงานวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดดา.

จินตนา ใจมั่น, พรทิพย์ ปัญญาสิทธิ์, พรฤดี นิธิรัตน์, สายใจ จารุจิตร และ นิจารวรรณ วีรวัฒน์นอม. (2563).

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฝากครรภ์ต่อความตระหนักรู้และความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในเขตอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*. 26(2), 66-81.

ชนัดดา มาลัยกนก. (2562). *การศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ซ้ำ*. กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์].

แหล่งที่มา: <http://203.157.71.148> [23 มกราคม 2567].

ณัฐดนัย มะลิวัน. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเชียงใหม่. *เชียงใหม่เวชสาร*. 16(1), 59-69.

ปิยะมาพร เลหาดีรานนท์, สุมัทนา กลางคาร และเสฐียรพงษ์ ศิวินา. (2562). การประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 5(4), 73-82.

พงษ์ศักดิ์ จันทรงาม และ อติธยา สุวรรณสาร. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลชุมแพ. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*. 12(2), 374-388.

พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์, จิตติภรณ์ ตวงรัตนานนท์ และจุฬารวรรณ เขมทอง. (2565). การวิเคราะห์สถานการณ์แนวทางการฝากครรภ์ในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 31(5), 809-825. แหล่งที่มา: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/download/12784/10589> [5 มกราคม 2568].

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://pte.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php> [23 มกราคม 2567].

สินาภรณ์ กล่อมยงค์, วรรณทนา ศุภสีมานนท์, และ วรรณิ เตียววิเศษ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(2), 41-56.

สุจิตต์ แสนมงคล. (2559). การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนครแรก จังหวัดภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*. 30(2), 105-114.

สุวิมล สุรินทร์พย์. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์พื้นที่โซนตะวันออก อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤษฎี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้ากว่า 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการของรัฐเขตอำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น*. 1(3), 12-25.



References

- Abame, D. E., et al. (2019). Relationship between unintended pregnancy and antenatal care use during pregnancy in Hadiya Zone, Southern Ethiopia. *Journal of Reproductive Infertility*. 20(1), 42-51.
- Abebe, G. F., Alle, M.S., Girma, D., Mankelkl, G., Berchedi, A., and Negesse, Y. (2023). Determinants of early initiation of first antenatal care visit in Ethiopia based on the 2019 Ethiopia mini-demographic and health survey: A multilevel analysis. *PLOS ONE* [Online]. doi: 10.1371/journal.pone.0281038.
- Abera, E., Azanaw, J., Tadesse, T., and Endalew, M. (2023). Prevalence and associated factors of delay antenatal care at public health institutions in Gondar city, Northwest Ethiopia, 2021: A cross-sectional study. *Contraception and Reproductive Medicine* [Online]. doi: 10.1186/s40834-022-00197-6.
- Abraham, C., and Sheeran, P. (2015). *The health belief model*. Available from: <http://www.researchgate.net/publication/290193215>
- ACOG practice bulletin summary. (2020). No 226: Screening for fetal chromosomal abnormalities. *Obstetrics Gynecology*. 136(4), 859-867.
- ACOG practice bulletin. (2018). No. 190: Gestational diabetes mellitus. *Obstetrics Gynecology*. 131(2), e49-e64.
- Ajzen, I. (2006). *Construction a TpB Questionnaire: conceptual and methodological considerations*. Available from: <http://people.umass.edu/ajzen/pdf/tpb.Measurement.pdf> [2025, February 3].
- Anderson, R. M., Newman, J. (1983). Social and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Journal of Health and Society*. 51(1), 95-124.
- Battu, G. G., Kassa, R. T., Negeri, H. A., Kitawu, L. D., and Alemu, K. D. (2023). Late antenatal care booking and associated factors among pregnant women in Mizan-Aman town, South West Ethiopia, 2021. *PLOS Global Public Health* [Online]. doi: 10.1371/journal.pgph.0000311.
- Beauchair, R., Petro, G., Myer, L. (2014). The association between timing of initiation of antenatal care and stillbirths: a retrospective cohort study of pregnant women in Cape Town, South Africa. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14(1),1–10.

- Becker, M. H., and Maiman, L.A. (1975). Socio-behavioral determinants of compliance with health medical care recommendations. *Medical care*. 13, 10-24.
- Belete, et al. (2024). Time to initiation of antenatal care and its predictors among pregnant women who delivered in Arba Minch town public health facilities, Gamo Zone, southern Ethiopia, 2023: A retrospective follow-up study. *Reproductive Health*. 21:73. doi: 10.1186/s12978-024-01818-w.
- Bloom, B. S. (1968). *Mastery learning*. Los Angeles: Losangeles University of California.
- Burns, N., and Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. Philadelphia: W.B.Saunders Company.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cresswell, et al. (2013). Predictors of the timing of initiation of antenatal care in an ethnically diverse urban cohort in the UK. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 13, 103. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/103>. [2025, January 5].
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C.Y., Casey, B.M. (2022) *Williams obstetrics*. 26th ed. pp. 175-192, 1078-81. New York: McGraw-Hill.
- Dafroyati, Y., Widyastuty, R., and Kristina, R. H. (2024). Health belief model analysis on the maternal through antenatal care as an effort to prevent mortality. *Gac Med Caracas*. 132(3), 656-664. doi: 10.47307/GMC.2024.132.3.8.
- De-Regil, L. M., Pena-Rosas, J. P., Fernandez-Gaxiola, A. C., Rayco-Solon, P. (2015). Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. *The Cochrane database of systematic reviews*. (12): Cd007950. doi: 10.1002/14651858.CD007950.pub3. PMID: 26662928; PMCID: PMC8783750.
- Deshpande, S., Kallioinen, M., Harding, K. (2021). Routine antenatal care for women and their babies: Summary of NICE guidance. *BMJ*. 2021 Oct 29;375:n2484. doi: 10.1136/bmj.n2484. PMID: 34716150.
- Dibaba B, Bekena M, Dingeta T, Refisa E, Bekele H, Nigussie S, Amentie E. (2024). Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women attending antenatal clinic at Hiwot Fana Comprehensive Specialized Hospital, Eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *Front Glob Womens Health*. 27;5:1431876. doi: 10.3389/fgwh.2024.1431876.

- Flay, B. R., and Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advance in Medical Sociology*. 44, 19-44. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/224942196> [2025, March 5]
- Flay, B. R., Snyder, F. J., and Petraitis, J. (2009). The theory of triadic influence. In R.J. DiClemente, R. A. Crosby, and M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (2nd ed.). p: 451-510. Jossey-Bass/Wiley.
- Gbene, J., et al. (2024). Predictors of late antenatal care initiation: A multicenter cross-sectional study in Ghana. *Perinatal Nursing and Midwifery*. 1: 1-14. doi: 10.1177/23779608241299345.
- Girma, N., et al. (2023). Late initiation of antenatal care among pregnant women in Addis Ababa city, Ethiopia: A facility based cross-sectional study. *BMC Women's Health*. 23(13). doi: 10.1186/s12905-022-02148-4.
- Green, L. W, and Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4th ed. New York: McGraw-Hill.
- Gregory, K. D., Johnson, C.T., Johnson, T. R. B., and Entman, S.S. (2006). The content of prenatal care. *Women's Health Issues*.16(4):198-215.
- Health Data Center. Ministry of Public Health of Thailand. (2023). *Percentage of pregnant women who initiation of antenatal care within 12 weeks*. 2024; [cited 2025 Jan 5]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=1c1b8e24aff59258a806f122e264031e.
- Hodnett, E. D. (2008). Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database Systematic Review*. 08;(4):CD000062. doi: 10.1002/14651858.CD000062.pub2.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., and Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*. 17(4), 1623-1634.
- Hunter, L. P. (2002). Being with woman: A guiding concept for the care of laboring women. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. 31, 650 -657.

- Izuka, E. O., Obiora-Izuka, C. E., Asimadu, E. E., Enebe, J. T., Onyeabchukwu, A. D., and Nwagha, U.I. (2023). Effect of late antenatal booking on maternal anemia and fetus birth weight on parturients in Enugu, Nigeria: An analytical cross-sectional study. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 26(5), 558-565.
- Junngam, P., and Suwannasan, A. (2022). Factors related the delay of the first antenatal care in Chumphae Hospital, Khon Kaen Province, Thailand. *JPMAT*. 12(2), 373-88.
- Kim, J., Jang, J., Kim, B., and Lee, K. H. (2022). Effect of the PRECEDE-PROCEED model on health programs: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*. [Online]. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02092-2>
- Kisaka, L., and Leshabari, S. (2020). Factors associated with first antenatal care booking among pregnant women at a Reproductive Health Clinic in Tanzania: A cross-sectional study. *EC Gynecology*. 9.3, 01-12.
- Krejcie, R.V., and Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30(3), 607-610. doi: 10.1177/001316447003000308
- Lockwood, C.J., and Magriples, U. (2022). *Prenatal care: initial assessment*. UpToDate: May 20.
- Lowdermilk, D. L., Kathryn, R. A., Olshansky, E., and Perry, S. E. (2019). *Maternity & women's health care*. (12nd ed). St. Louis: Elsevier.
- Manjavidze, T., Rylander, C., Skjeldestad, F. E., Kazakhashvili, N., and Anda, E.E. (2020). The impact of antenatal care utilization on admissions to neonatal intensive care units and perinatal mortality in Georgia. *Plos ONE*. 15(12), e0242991. doi: 10.1371/journal.pone.0242991
- Misikir, D., and Ezo, E. (2025). Delayed initiation of the 2016 World Health Organization antenatal care contact and associated factors among pregnant women at Public Health Facilities of Kamba Zuria District South Ethiopia. *SAGE Open Nursing*. 11. doi:10.1177/23779608251320771
- Munoz, F. M., and Jamieson, D.J. (2019). Prenatal care: Clinical expert series. Maternal immunization. *Obstetrics & Gynecology*. 133(4), 739-53.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Diabetes in pregnancy: Management from preconception to the postnatal period 2020*. Available from:

- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). **Antenatal care 2021**: NICE guideline. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/ng201>
- Nigatu, S. G., and Birhan, T. Y. (2023). The magnitude and determinants of delayed initiation of antenatal care among pregnant women in Gambia; evidence from Gambia demographic and health survey data. **BMC Public Health**. doi: 10.1186/s12889-023-15506-0.
- Nyando, M., Makombe, D., Mlboma, A., Mwakilama, E., and Nyirenda, L. (2023). Perceptions of pregnant women on antenatal care visit during their first trimester at area 25 health center in Lilongwe, Malawi- a qualitative study. **BMC Women's Health**. 23:646. doi:10.1186/s12905-023-02800-7
- Onwuhafua, P., Williams, I. O., Kolawole, A., and Adze, J. (2016). The effect of frequency of antenatal visits on pregnancy outcome in Kaduna, Northern Nigeria. **Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology**. 33(3):317. doi:10.4103/0189-5117.199813
- Palamuleni, M. E. (2024). Factors associated with late antenatal initiation among women in Malawi. **International Journal of Environmental in Public Health**. 21, 143. doi.org/10.3390/ijerph21020143
- Park, J., Kitayama, S., Karasawa, M., Curhan, K., Markus, H. R., Kawakami, N. Ryff, C. D. (2013). Clarifying the links between social support and health: Culture, stress, and neuroticism matter. **Journal Health Psychology**. 18(2), 226-235.
- Pattanasombutsook, M., et al (2020). Prenatal attachment among Thai pregnant adolescents: A qualitative study. **Songklanagarind Journal of Nursing**. 40(1), 1-14.
- Perry, S. E., et al. (2023). **Maternal child nursing care**. 7 th ed. St. Louis: Elsevier.
- Pervin, J., Rahman, S. M, Rahman, M., Aktar, S., and Rahman, A. (2020). Association between antenatal care visit and preterm birth: A cohort study in rural Bangladesh. **BMJ Open**. 10(7), e036699. doi: 10.1136/bmjopen-2019-036699.
- Puthussery, S., et al. (2022). Disparities in the timing of antenatal care initiation and associated factors in an ethnically dense maternal cohort with high levels of area deprivation. **BMC Pregnancy Childbirth**. 22(1), 713. doi: 10.1186/s12884-022-04984-6.
- Puthussery, S., Tseng, P., and Li, L. (2023). Risk of low birthweight and late antenatal care initiation in an ethnically diverse maternal cohort. **European Journal of Public Health**. 33(2), doi: 10.1093/eurpub/ckad160.934

- Puthussery, S., Tseng, P., Sharma, E., Harden, A., and Leah, L. (2022). Late antenatal care initiation and neonatal outcomes in an ethnically diverse maternal cohort. *European Journal of Public Health*. 32(3). doi: 10.1093/eurpub/ckac1.30.243
- Quelopana, A. M., Champion, J. D., and Salazar, B. C. (2009). Factors predicting the initiation of antenatal care in Mexican women. *Midwifery*. 25(3), 277-285.
- Rosenstock, I. M., Stretcher, V. J., and Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*. 15(2), 175-183.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., and Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*. 4(4), 381-406. doi: 10.1007/BF00846149.
- Shewaye, M., Cherie, N., Molla, A., Tsegaw, A., Yenew, C., Tamiru, D., et al. (2023). A mixed-method study examined the reasons why pregnant women late initiate antenatal care in Northeast Ethiopia. *Plos ONE*. 18(7), e0288922. doi: 10.1371/journal.pone.0288922.
- Sungsongkiate, A. (2018). Factor related to late attendance for antenatal care in pregnant women receiving service at community medical unit of Krabi Hospital. *Krabi Medical Journal*. 1(2), 13-23.
- Tadele, F., Getachew, N., Fentie, K., and Amdisa, D. (2022). Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women in Jimma Zone Public Hospitals, Southwest Ethiopia, 2020. *BMC Health Services Research*. 22(632). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08055-6>
- Tessema, D., Kassu, A., Teshome, A., and Abdo, R. (2023). Timely initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women attending at Wachemo University Nigist Eleni Mohammed Memorial Comprehensive Specialized Hospital, Hossana, Ethiopia: A cross-sectional study. *Journal of Pregnancy*. 1-9. doi: 10.1155/2023/7054381.
- Tolossa, T., Turi, E., Fetensa, G. et al. (2020). Association between pregnancy intention and late initiation of antenatal care among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Review*. 9, 191. doi: 10.1186/s13643-020-01449-9

- Towongo, M. F, Ngome, E., Navaneetham, K., and Letamo, G. (2022). Factors associated with women's timing of first antenatal care visit during their last pregnancy: evidence from 2016 Uganda demographic health survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 22:829. doi:10.1186/s12884-022-05167-z.
- Tumwizere, G., Mbonye, M. K., and Ndugga, P. (2024). Determinants of late antenatal care attendance among high parity women in Uganda: analysis of the 2016 Uganda demographic and health survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. doi: 10.1186/s12884-023-06214-z.
- Warri, D., and George, A. (2020). Perceptions of pregnant women of reasons for late initiation of antenatal care: A qualitative interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 20,70. doi: 10.1186/s12884-020-2746-0.
- Woldeamanuel, B. T., and Belachew, T. A. (2021). Timing of first antenatal care visits and number of items of antenatal care contents received and associated factors in Ethiopia: Multilevel mixed effects analysis. *Reproductive Health*. 18(1), 1-6.
- World Health Organization (WHO). (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*: Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>. [2025, January 5]
- World Health Organization (WHO). (2022). *Guidelines for the Surveillance of Congenital Rubella Syndrome in the Western Pacific Region*. Available form: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290619734> [2025 [2025, January 15]



แบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม ID □□□ (สำหรับผู้วิจัย)

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์..G...P...A...L... (สำหรับผู้วิจัย)

อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก.....สัปดาห์ (สำหรับผู้วิจัย)

แบบสอบถาม

เรื่องปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โดยผู้ตอบแบบสอบถามคือหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี ขอความกรุณาท่านอ่านคำถามแต่ละข้อให้ชัดเจน และทำแบบสอบถามทุกข้อ ผู้วิจัยขอรับรองว่าการตอบของท่านจะเป็นความลับ และไม่สามารถระบุตัวตนของท่านจากการตอบได้ และจะรายงานผลในภาพรวมเท่านั้นเพื่อนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาบริการให้กับหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

แบบสอบถามฉบับนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวน 59 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทักษะการตัดสินใจต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความเชื่อด้านสุขภาพ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความรู้การตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามทักษะการตัดสินใจต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ

3.1 การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ จำนวน 6 ข้อ

3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสถานบริการ แบบสอบถามประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งบริการฝากครรภ์ และขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสังคม แบบสอบถามประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบุคคลในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างยิ่ง

ผศ.ดร.สุภางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธ์

หัวหน้าโครงการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล : ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่เลือกเพียงข้อเดียวหรือเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (อายุปีเต็ม)

2. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับ

☐ ไม่ได้เรียน

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ อนุปริญญา/ปวส.

☐ ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนบาท

4. อาชีพหลัก

☐ ไม่ได้ทำงาน

☐ นักเรียน/นักศึกษา

☐ แม่บ้าน

☐ รับจ้างทั่วไป

☐ ค้าขาย

☐ เกษตรกร

☐ รับราชการ

☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

5. สถานภาพสมรส

☐ โสด

☐ คู่ (☐ จดทะเบียน ☐ ไม่ได้จดทะเบียน)

☐ หม้าย/หย่า/แยก

6. ความพร้อมหรือการวางแผนในการตั้งครุภคครั้งนี้ของท่าน

☐ ไม่ได้วางแผนการตั้งครุภคหรือไม่พร้อม โปรดระบุเหตุผล.....

☐ วางแผนหรือตั้งใจมีบุตร

7. โรคประจำตัวของท่าน

☐ ไม่มี

☐ มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ เลือดจางหรือซีด ☐ ความดันเลือดสูง ☐ เบาหวาน ☐ โรคไทรอยด์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

8. ท่านไปฝากครุภคครั้งแรกเมื่ออายุครุภค.....สัปดาห์

9. เหตุผลของการไปฝากครรภ์ครั้งแรกในครรภ์นี้ของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|--|
| ☐ ขาดประจำเดือนหรือประจำเดือนไม่ตรงวัน | ☐ ทราบว่าตั้งครรภ์ |
| ☐ ขนาดของหน้าท้องใหญ่ขึ้น | ☐ มีอาการแพ้ท้องมาก |
| ☐ สามีหรือสมาชิกในครอบครัวแนะนำ | ☐ อื่นๆ โปรดระบุ..... |

10. เหตุผลของการไปฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าหรืออายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ถ้าข้อ 8 ท่านไปฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ท่านไม่ต้องตอบข้อนี้)

- | | |
|---|--|
| ☐ ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ | ☐ ไม่ทราบว่าต้องไปฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อไหร่ |
| ☐ ไม่มีเวลา | ☐ เดินทางไม่สะดวก |
| ☐ มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย | ☐ ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ |
| ☐ ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ | ☐ ไม่ตระหนักถึงอาการแสดงที่เป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์ |
| ☐ มีความรู้เกี่ยวกับบริการฝากครรภ์ไม่เพียงพอ | ☐ ไม่มีใครพาไปฝากครรภ์ |
| ☐ สถานที่ฝากครรภ์ไกลเกินไป | ☐ อื่นๆ โปรดระบุ..... |



ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการตอบข้อละ 1 ช่องเท่านั้น

ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริง

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นจริง

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	ควรไปฝากครรภ์เมื่อเริ่มสงสัยว่าอาจมีการตั้งครรภ์		
2	ในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์เป็นช่วงสำคัญที่สุดในการสร้างอวัยวะและสมองของทารกในครรภ์		
3	ในการตั้งครรภ์แต่ละครั้งหากไม่มีอาการผิดปกติไปฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้งก็เพียงพอ ไม่ต้องไปอีก จนกระทั่งเจ็บครรภ์คลอดจึงค่อยไป		
4	ในการตั้งครรภ์ครั้งแรก ควรฝากครรภ์เมื่อมีความผิดปกติ ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ ไม่ต้องไปฝากครรภ์ก็ได้		
5	หญิงตั้งครรภ์ต้องการพลังงานและสารอาหารเท่ากับหญิงปกติที่ไม่ได้ตั้งครรภ์		
6	ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะซีดไม่จำเป็นต้องกินยาเสริมธาตุเหล็ก		
7	เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างมากควรไปพบแพทย์เพราะไม่ใช่อาการแพ้ท้องธรรมดา		
8	เมื่อทารกในครรภ์ไม่ดิ้นหรือดิ้นน้อยลง ควรรีบไปพบแพทย์ก่อนนัดหมาย		
9	ในระยะตั้งครรภ์เมื่อสงสัยว่าอาจมีน้ำเดินโดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ไม่ต้องรีบไปพบแพทย์ ควรรอให้เจ็บครรภ์เสียก่อน		
10	หญิงตั้งครรภ์ควรไปฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง		

ตอนที่ 2 ทศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการตอบข้อละ 1 ช่องเท่านั้น

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้น

ข้อที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	การตั้งครรภ์ทำให้ชีวิตท่านยุ่งยากมากขึ้น					
2	การตั้งครรภ์ทำให้ภาพลักษณ์ของท่าน เปลี่ยนไป					
3	ทารกในครรภ์เป็นแรงกระตุ้นและกำลังใจใน การสร้างความมั่นคงให้กับครอบครัวท่าน					
4	การตั้งครรภ์ทำให้การทำหน้าที่ภรรยาลดลง					
5	การตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อการประกอบ อาชีพของท่าน					
6	การตั้งครรภ์เป็นเรื่องธรรมชาติไม่จำเป็นต้อง รีบไปฝากครรภ์					
7	การฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ ทำให้ มารดาและทารกเสี่ยงต่อความผิดปกติ					
8	การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์หรือตามนัดจะ เป็นผลดีต่อทารกในครรภ์					
9	การฝากครรภ์ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์					
10	การไปฝากครรภ์คือการได้คลอดบุตรที่ โรงพยาบาล					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการตอบข้อละ 1 ช่องเท่านั้น

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้น

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์						
1	การฝากครรภ์จะช่วยให้ทารกในครรภ์แข็งแรง					
2	การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ทำให้สามารถคัดกรองภาวะเสี่ยงได้เร็ว					
3	การฝากครรภ์ทำให้ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อลดภาวะซีด					
4	การฝากครรภ์ไม่มีความจำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์					
5	การฝากครรภ์ทำให้ทราบวิธีการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์					
6	การฝากครรภ์ทำให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า						
7	การฝากครรภ์ล่าช้าจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะแทรกซ้อนได้					
8	การฝากครรภ์ล่าช้าอาจทำให้ทารกในครรภ์ไม่แข็งแรง					

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
9	ทหารอาจจะเสี่ยงต่อภาวะพิการแต่กำเนิดถ้า ฝากครรภ์ล่าช้า					
10	หากหญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ล่าช้าอาจจะ เสี่ยงต่อภาวะซีด					
11	หากหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ล่าช้าอาจจะทำให้ เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด					
12	การฝากครรภ์ล่าช้าอาจส่งผลให้ทารกมีน้ำหนัก ตัวน้อย					



ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสถานบริการ ประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งบริการฝากครรภ์ และขั้นตอนการฝากครรภ์

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการตอบข้อละ 1 ช่องเท่านั้น

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้น

ข้อที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	จำนวนสถานบริการฝากครรภ์มีไม่เพียงพอ					
2	จำนวนวันที่ให้บริการฝากครรภ์มีน้อย					
3	การเดินทางมาฝากครรภ์สะดวก ไม่ลำบาก					
4	สถานบริการฝากครรภ์มีการให้บริการที่ สะดวกรวดเร็วเมื่อท่านไปใช้บริการ					
5	ค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ไม่แพง ทุกคน สามารถจ่ายได้					
6	ขั้นตอนบริการฝากครรภ์ใช้เวลาสั้น					
7	ขั้นตอนบริการฝากครรภ์มีขั้นตอนมาก เกินไป					
8	ขั้นตอนบริการฝากครรภ์ไม่ชัดเจน					

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบุคคลในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ การสนับสนุนจากสามีและญาติของท่านในแต่ละข้อ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้น

ข้อที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1	สามีท่านจะรับพาท่านไปฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่าท่านตั้งครรภ์					
2	สามีเห็นด้วยกับการไปฝากครรภ์ตามกำหนด					
3	สามีพูดคุยหรือซักถามเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของท่านเป็นประจำ					
4	สามีไม่เคยช่วยจัดเตรียมสิ่งของเครื่องใช้สำหรับท่านและทารก					
5	สามีไม่เคยปลอบใจหรือให้กำลังใจท่านเมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ					
6	สามีหรือสมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์					
7	สมาชิกในครอบครัวแนะนำและสนับสนุนให้ท่านไปฝากครรภ์					
8	สมาชิกในครอบครัวจะคอยช่วยเหลือและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์เสมอ					

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
9	เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจท่านไม่สามารถปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวได้					
10	เมื่อเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดท่านไม่สามารถขอคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวได้					



บทความวิจัยที่สืบเนื่องจากงานวิจัย

ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี

Factors Predicting Delayed Initiation of Antenatal Care among Pregnant Women,

Pathum Thani Hospital

สุภางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธุ์^{1*} และ นิธินันท์ ศิริบารมีสิทธิ์²

Suphangphim Rattasumpun¹ and Nithinan Sirabaramesith²

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี

Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani, Thailand

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

Professional level registered Nursing, antenatal department, Pathum Thani, Thailand

ผู้รับผิดชอบหลัก: suphangphim.r@rsu.ac.th

Corresponding author: Suphangphim.r@rsu.ac.th

เบอร์มือถือ: 086-5717823

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

คณะผู้วิจัยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิจัย

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะผู้วิจัยยืนยันไม่มีผลประโยชน์ที่ทับซ้อนของผลงานวิจัย

แหล่งทุนสนับสนุน

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต รหัสทุน 56/2566

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยรังสิตที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานีที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่เสียสละและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสอบถาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี

วิธีการ: กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โรงพยาบาลปทุมธานี ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม 2567 จำนวน 330 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และตั้งแต่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ สถานบริการ และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างระหว่างปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า โดยใช้สถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

ผลการศึกษา: ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (OR = 3.63, 95%CI = 1.41-9.36) ความพร้อมในการตั้งครรภ์ (OR = 3.81, 95%CI = 1.72-8.46) ความรู้ (OR = 2.97, 95%CI = 1.35-6.50) ทัศนคติ (OR = 8.02, 95%CI = 3.65-17.59) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ (OR = 5.91, 95%CI = 2.65-13.15) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (3.34, 95%CI = 1.58-7.08) และการสนับสนุนทางสังคม (OR = 7.00, 95%CI = 3.29-14.91) สรุป: บุคลากรทางสุขภาพควรณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น ที่ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ มีความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า การสนับสนุนทางสังคมและจัดกิจกรรมส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

คำสำคัญ: การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า; ปัจจัยทำนาย; หญิงตั้งครรภ์

Abstract

Objective: To identify the factors predicting delayed initiation of antenatal care among pregnant women. **Methods:** Samples were the pregnant women who attending the antenatal clinic at Pathum Thani Hospital, Pathum Thani Province during June to October 2024, totaling 330 women. The samples were divided into two groups: attending the first antenatal visit before 12 weeks of gestational age and 12 weeks or more of gestational age. Data were collected by using the questionnaire about sociodemographic, knowledge and belief about pregnancy and antenatal care, and antenatal care service setting and social support. Data were analyzed by using frequency, percentage, standard deviation, chi-square, and binary logistic regression analysis. **Results:** The factors significantly predicting delayed initiation of antenatal care included age (OR = 3.63, 95%CI = 1.41-9.36), readiness for pregnancy (OR = 3.81, 95%CI = 1.72-8.46), knowledge about pregnancy and antenatal care (OR = 2.97, 95%CI = 1.35-6.50), attitude towards pregnancy and antenatal care (OR = 8.02, 95%CI = 3.65-17.59), perceived benefit of antenatal care (OR = 5.91, 95%CI = 2.65-13.15), perceived risk of delayed initiation of antenatal care (3.34, 95%CI = 1.58-7.08), and social support (OR = 7.00, 95%CI = 3.29-14.91) **Conclusion:** The health care provider should campaign for the pregnant women, especially teenage group, with preparation of readiness before pregnancy about knowledge; attitude; perception of antenatal care benefit; risk of delayed initiation of antenatal care; social support, and promotion of a very early initiation of antenatal care before 12 weeks of gestation.

Keywords: Delayed initiation of antenatal care; predicting factors; pregnant women

ความสำคัญของปัญหา

การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าหมายถึงการฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์มีความสำคัญช่วยในการคัดกรองภาวะเสี่ยงและความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลาที่ ซึ่งสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของทั้งมารดาและทารก¹ องค์การอนามัยโลก² แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เพื่อความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้าคิดเป็นร้อยละ 37.40 ถึง 70.00^{3,4,5} สำหรับประเทศไทยจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2567)⁶ พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2566 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ คิดเป็น 82.92, 78.87, 79.88 และ 75.05 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้พบว่าจังหวัดปทุมธานีซึ่งอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่มีร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ในช่วงเวลาดังกล่าวต่ำที่สุด เท่ากับ 70.14, 63.52, 68.64 และ 67.21 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายคือร้อยละ 75 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากรายงานประจำปีข้อมูลโรงพยาบาลปทุมธานี (2566) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ในปี พ.ศ. 2563-2566 เท่ากับร้อยละ 81.57, 78.69, 73.73 และ 69.12 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง

หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าส่งผลกระทบต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกและเพิ่มภาวะเสี่ยงทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ทำให้คลอดก่อนกำหนด^{7,8,9} ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย^{7,8,10} โดยหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าเสี่ยงต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย 1.15 เท่า (OR = 1.15, 95% CI: 1.07-1.23)⁹ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะโลหิตจาง¹⁰ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ^{11,12} โดยอายุของหญิงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมกันทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ประมาณร้อยละ 40 ($p < 0.001$)¹³ ระดับการศึกษา³ ลำดับของการตั้งครรภ์¹⁴ พบว่าจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์สามารถร่วมกันทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้¹³ นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน^{4,5,15,16} หรือความพร้อมในการตั้งครรภ์¹⁴ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่วางแผนการตั้งครรภ์ 1.60 เท่า¹² ความรู้เกี่ยวกับบริการฝากครรภ์ไม่เพียงพอ^{4,15} ไม่ทราบช่วงเวลาที่ต้องไปฝากครรภ์ครั้งแรก^{4,16} ทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์^{5,17} การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์¹⁸ และรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ไม่ตระหนักถึงอาการแสดงที่เป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์⁴ การรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการฝากครรภ์¹⁷ มีระยะเวลาในการเดินทางไปฝากครรภ์เกิน 1 ชั่วโมง¹⁵ ความพึงพอใจในคุณภาพบริการฝากครรภ์^{5,11} และการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม³ จากการศึกษา พบว่าประสบการณ์เชิงลบต่อบุคลากรด้านสุขภาพในการฝากครรภ์และขาดการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลสำคัญต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถสรุปโดยภาพรวมได้ว่าปัจจัยใดที่เป็นสาเหตุที่แน่ชัดในการก่อให้เกิดการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาในโรงพยาบาลปทุมธานีและการศึกษาที่ผ่านมาเป็นบริบทที่อาจแตกต่างกับชุมชนเมืองปทุมธานีที่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน มักให้ความสำคัญกับการทำงานมากกว่าสุขภาพ คิดว่าตนเองยังแข็งแรงทำงานได้ ทำให้ไม่สนใจหรือขาดการตระหนักถึงสำคัญในการฝากครรภ์ครั้งแรก แม้มีการจัดโครงการฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งการฝากครรภ์จะไม่ค่าใช้จ่ายจากระบบบริการแต่อาจมีค่าใช้จ่ายแฝงที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถมาฝากครรภ์ได้เร็ว เช่น ค่าเดินทาง การขาดรายได้ของตนเองหรือขาดรายได้ของสามีในรายที่ต้องหยุดงาน เพื่อพาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยตระหนักถึงผลกระทบและความสำคัญ

ของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า จึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลปทุมธานี ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า สถานบริการฝากครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม โดยนำปัจจัยจากการศึกษาดังกล่าวมากำหนดเป็นข้อมูลในการวางแผนและเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เหมาะสม

คำถามการวิจัย

ปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา ลำดับของการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า สถานบริการฝากครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ได้หรือไม่ อย่างไร

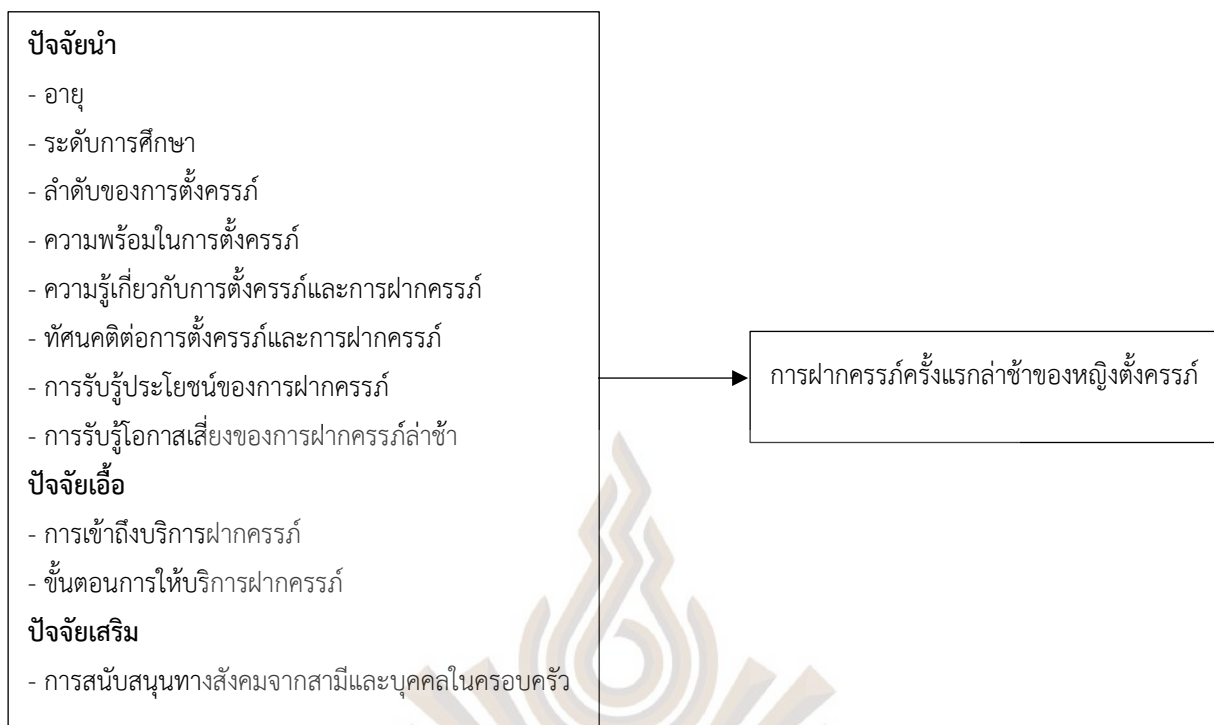
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ของโรงพยาบาลปทุมธานี

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมธานี กรอบแนวคิดได้จากการทบทวนวรรณกรรมและจากแนวคิด PRECEDE Model ของ Green และ Kreutzer (2005)¹⁹ ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ดังนั้น จะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจากผลผลิตที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่งคือการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งได้แก่ ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับของการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานบริการเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการฝากครรภ์และขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าอายุของหญิงตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา การไม่ทราบที่ตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้^{3,13,20,21}โดยกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยสหสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ พูดอ่านเขียนภาษาไทยได้รู้เรื่อง ไม่มีปัญหาทางจิตเวช และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาเร่งด่วน ขอยุติการให้ข้อมูลและขอถอนตัวจากการวิจัย การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณตามสูตรของ Krejcie & Morgan (1970)²² เท่ากับ 300 ราย เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 10 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 330 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในแต่ละวัน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยรังสิต วันที่ 18 เมษายน 2567 เอกสารรับรองเลขที่ COA.No.RSUEB2024-064 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน

การวิจัย สิทธิการถอนตัว ประโยชน์และความเสี่ยงของงานวิจัยและการรักษาความลับแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปี บริบูรณ์และไม่ได้สมรส ผู้วิจัยได้ให้ผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมร่วมด้วย ข้อมูลที่ได้รับจะทำลายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยผู้วิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการทํารายงานภายใน 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และเมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมเก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลปทุมธานี โดยการตอบแบบสอบถาม ช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป หลังเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ทำการตรวจสอบความครบถ้วนข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มี 4 ส่วน จำนวน 56 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ลำดับการตั้งครรภ์ สถานภาพสมรส เหตุผลของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ความพร้อมในการตั้งครรภ์ โรคประจำตัว จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะและความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ และความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมี 2 ตอน ดังนี้ 2.1) แบบสอบถามความรู้การตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะแบบถูก-ผิด โดยให้ตอบว่าข้อใดถูกที่สุด ถ้าตอบใช่ ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของคะแนนความรู้ในช่วง 0-10 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1968)²³ ที่กำหนดเกณฑ์ความรู้สูงไว้ที่ระดับคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนน 8-10 หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง และคะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำ 2.2) แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คะแนน เห็นด้วย ให้คะแนน 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนน 40-50 คะแนน หมายถึงมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในเชิงบวก คะแนน 10-39 คะแนน หมายถึงมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในเชิงลบ 2.3) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวน 6 ข้อ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า จำนวน 6 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คะแนน เห็นด้วย ให้คะแนน 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนน 24-30 คะแนน หมายถึงมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คะแนน 6-23 คะแนน หมายถึงมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสถานบริการ แบบสอบถามประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งบริการฝากครรภ์ และขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ จำนวน 8 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คะแนน เห็นด้วย ให้คะแนน 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนน 32-40 คะแนนหมายถึงการเข้าถึงแหล่งบริการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง คะแนน 8-31 คะแนนหมายถึงการเข้าถึงแหล่งบริการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสังคม แบบสอบถามประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คะแนน เห็นด้วย ให้คะแนน 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนน 40-50 คะแนน หมายถึงการได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง คะแนน 10-39 คะแนน หมายถึงการได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัวระดับต่ำ

เครื่องมือทั้ง 4 ส่วน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นอาจารย์ด้านการพยาบาล มารดา ทารกและการผดุงครรภ์ และแพทย์ทางสูตินรีเวช ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .96, .98, และ .96 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการนำไปทดสอบกับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ คำนวณค่า KR-20 (Kuder Richardson-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86, .89, และ .88 ตามลำดับ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างระหว่างปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า โดยใช้สถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ ได้แก่ 1) ทดสอบข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ 2) ทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) 3) การแปลงตัวแปรระดับ Nominal scale ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) 4) ทดสอบความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) พิจารณาจากค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.75 และ 5) ทดสอบตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีค่าระหว่าง -.12 - .52 ซึ่งมีค่าไม่เกิน .65 (Burns and Grove, 2005)²⁴

ผลการวิจัย

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 330 คน อายุระหว่าง 15-44 ปี อายุเฉลี่ย 26.58 ปี (SD = 6.55) ส่วนใหญ่อายุเท่ากับหรือมากกว่า 20 ปี มีจำนวน 259 คน (ร้อยละ 78.50) อายุต่ำกว่า 20 ปี มีจำนวน 71 คน (ร้อยละ 21.50) กลุ่มตัวอย่างที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนมากกว่าฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จำนวน 51 คน (ร้อยละ 15.50) และจำนวน 20 คน (ร้อยละ 6.10) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่อายุเท่ากับหรือมากกว่า 20 ปี ฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนน้อยกว่าฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จำนวน 114 คน (ร้อยละ 34.50) และจำนวน 145 คน (ร้อยละ

43.90) ตามลำดับ ระดับการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า จำนวน 166 คน (ร้อยละ 50.30) และระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า จำนวน 164 คน (ร้อยละ 49.70) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอาชีพรับจ้างมีจำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 รายได้เฉลี่ย 12,790 บาทต่อเดือน สถานภาพสมรสแต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส มีจำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 59.20 ไม่มีโรคประจำตัวมีจำนวน 263 คน คิดเป็นร้อยละ 79.50 สำหรับโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ เลือดจางมีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 10.90 ส่วนใหญ่เหตุผลในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกเนื่องจากทราบว่าตนเองตั้งครรภ์และขาดประจำเดือน สำหรับกลุ่มที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าส่วนใหญ่เนื่องจากไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ ไม่มีเวลาไปฝากครรภ์และไม่ทราบว่าต้องไปฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อไหร่ ลำดับของการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง จำนวน 191 คน (ร้อยละ 57.90) ครรภ์แรก จำนวน 139 คน (ร้อยละ 42.10) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นครรภ์แรกฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์มีจำนวนมากกว่าฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า จำนวน 79 คน (ร้อยละ 23.90) และจำนวน 60 คน (ร้อยละ 18.20) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการตั้งครรภ์ครั้งนี้มีจำนวน 200 คน (ร้อยละ 59.70) ความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ครั้งนี้มีจำนวน 130 คน (ร้อยละ 39.40) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับสูงมากกว่าระดับต่ำ จำนวน 189 คน (ร้อยละ 57.30) และจำนวน 141 คน (ร้อยละ 42.70) กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับสูงฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์มีจำนวนมากกว่าฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า จำนวน 135 คน (ร้อยละ 40.90) และจำนวน 54 คน (ร้อยละ 16.40) กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับต่ำฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จำนวน 111 คน (ร้อยละ 33.60) และจำนวน 30 คน (ร้อยละ 9.10) ตามลำดับ

ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ระดับเชิงบวกมีจำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีระดับเชิงลบ มีจำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติระดับเชิงบวกฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 14.50 และ มีจำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 42.10 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับทัศนคติเชิงลบฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 35.50 และมีจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 7.90 ตามลำดับ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง มีจำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 63.60 และการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับต่ำมีจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 36.40 เมื่อพิจารณาการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูงการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 20.30 และมีจำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 29.70 และ มีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ตามลำดับ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับสูง มีจำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 57.60 และมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับ มีจำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 42.40 เมื่อพิจารณาการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับสูงฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 19.40 และ มีจำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 38.20 กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ มีจำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 30.60 และมีจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 11.80 ตามลำดับ

จากการศึกษาสถานบริการฝากครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูงมีจำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 57.90 และมีการรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำมีจำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 42.10 เมื่อพิจารณาฝากครรภ์ครั้งแรกแล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูงการฝากครรภ์ครั้งแรกแล้วมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 23.90 และมีจำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 33.90 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำการฝากครรภ์ครั้งแรกแล้วมีจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 26.10 และมีจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 16.10 ตามลำดับ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง มีจำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 56.10 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ มีจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 43.90 เมื่อพิจารณาการฝากครรภ์ครั้งแรกแล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมีการฝากครรภ์ครั้งแรกแล้วมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 16.40 และมีจำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 39.70 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำมีการฝากครรภ์ครั้งแรกแล้วมีจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีจำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 33.60 และมีจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 10.30 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับการฝากครรภ์ครั้งแรกแล้ว จากการศึกษพบว่าทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยที่ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับของการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกแล้ว ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานบริการฝากครรภ์ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษากับการฝากครรภ์ครั้งแรกแล้วของหญิงตั้งครรภ์

ตัวแปร	อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก						χ^2	p-value
	น้อยกว่า 12 สัปดาห์		ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป		รวม			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ								
ต่ำกว่า 20 ปี	20	6.10	51	15.50	71	21.50	17.25	.000*
เท่ากับหรือมากกว่า 20 ปี	145	43.90	114	34.50	259	78.50		
ระดับการศึกษา								
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	68	20.60	98	29.70	166	50.30	10.90	.001*
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า	97	29.40	67	20.30	164	49.70		
ลำดับของการตั้งครรภ์								
ครรภ์แรก	79	23.90	60	18.20	139	42.10	4.48	.034*
ครรภ์หลัง	86	26.10	105	31.80	191	57.90		

ตัวแปร	อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก						χ ²	p-value
	น้อยกว่า 12 สัปดาห์		ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป		รวม			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความพร้อมในการตั้งครรภ์								
มีความพร้อม	134	40.60	66	20.00	200	60.60	58.69	.000*
ไม่มีความพร้อม	31	9.40	99	30.00	130	39.40		
ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์								
ระดับสูง	135	40.90	54	16.40	189	57.30	81.25	.000*
ระดับต่ำ	30	9.10	111	33.60	141	42.70		
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์								
ระดับเชิงบวก	139	42.10	48	14.50	187	56.70	102.19	.000*
ระดับเชิงลบ	26	7.90	117	35.50	143	43.30		
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์								
ระดับสูง	143	43.30	67	20.30	210	63.60	75.64	.000*
ระดับต่ำ	22	6.70	98	29.70	120	36.40		
การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า								
ระดับสูง	128	38.20	64	19.40	190	57.60	47.69	.000*
ระดับต่ำ	39	11.80	101	30.60	140	42.40		
สถานบริการฝากครรภ์								
ระดับสูง	112	33.90	79	23.90	191	57.90	13.54	.000*
ระดับต่ำ	53	16.10	86	26.10	139	42.10		
การสนับสนุนทางสังคม								
ระดับสูง	131	39.70	54	16.40	185	56.10	72.94	.000*
ระดับต่ำ	34	10.30	111	33.60	145	43.90		

*p < .05

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าโดยใช้สถิติถดถอยแบบทวิ วิเคราะห์ตัวแปรที่ละตัวแปร และจากการวิเคราะห์สถิติถดถอย โดยการนำทุกตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายมาวิเคราะห์พร้อมกัน พบว่า ปัจจัยนำที่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยง

ของการฝากครรภ์ล่าช้า และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับการศึกษาและลำดับครรภ์และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานบริการฝากครรภ์ ไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ เมื่อพิจารณาอายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 20 ปี 3.63 เท่า (OR = 3.63, 95%CI = 1.41 – 9.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) ความพร้อมในการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์มีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ 3.81 เท่า (OR = 3.81, 95%CI = 1.72 – 8.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับต่ำมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับสูง 2.97 เท่า (OR = 2.97, 95%CI = 1.35 – 6.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .007$) ทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับเชิงลบมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ในระดับเชิงบวก 8.02 เท่า (OR = 8.02, 95%CI = 3.65 – 17.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง 5.91 เท่า (OR = 5.91, 95%CI = 2.65 – 17.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับต่ำมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับสูง 3.34 เท่า (OR = 3.34, 95%CI = 1.58 – 7.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง 7.00 เท่า (OR = 7.00, 95%CI = 3.29 – 14.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

ปัจจัยนำที่ไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ ได้แก่ ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่ามีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า 1.63 เท่า (OR = 1.63, 95%CI = 0.78 - 3.40) ($p = .197$) ลำดับของการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างครรภ์หลังมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างครรภ์แรก 2.04 เท่า (OR = 2.04, 95%CI = 0.93 – 4.45) ($p = .075$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ (N = 330)

ตัวแปร	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
อายุ (ปี)				
ต่ำกว่า 20 ปี	3.24 (1.83-5.75)	.000**	3.63 (1.41-9.36)	.008*
มากกว่า 20 ปี	Ref		Ref	
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	2.09 (1.35-3.24)	.001*	1.63 (0.78-3.40)	.197
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า	Ref		Ref	

ตัวแปร	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
ลำดับของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรก ครรภ์หลัง	Ref 1.61 (1.04-2.50)	.035*	Ref 2.04 (0.93-4.45)	.075
ความพร้อมในการตั้งครรภ์ มีความพร้อม ไม่มีความพร้อม	Ref 6.48 (3.93-10.60)	.000**	Ref 3.81 (1.72-8.46)	.001*
ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ระดับสูง ระดับต่ำ	Ref 9.25 (5.54-15.43)	.000**	Ref 2.97 (1.35-6.50)	.007*
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ระดับเชิงบวก ระดับเชิงลบ	Ref 13.03 (7.62-22.30)	.000**	Ref 8.02 (3.65-17.59)	.000**
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ ระดับสูง ระดับต่ำ	Ref 9.51 (5.51-16.41)	.000**	Ref 5.91 (2.65-17.59)	.000**
การรับรู้ความเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า ระดับสูง ระดับต่ำ	Ref 5.01 (3.17-8.21)	.000**	Ref 3.34 (1.58-7.08)	.002*
สถานบริการฝากครรภ์ ระดับสูง ระดับต่ำ	Ref 2.30 (1.47-3.60)	.000**	Ref 1.80 (0.85-3.81)	.125
การสนับสนุนทางสังคม ระดับสูง ระดับต่ำ	Ref 7.92 (4.81-13.03)	.000**	Ref 7.00 (3.29-14.91)	.000**

Ref: กลุ่มอ้างอิง * p-value < .05, **p-value < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยนำที่ทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์

ของการฝากครรภ์ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ประมาณ 1 ใน 5 เป็นกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีหรือวัยรุ่น ซึ่งอายุมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับต่ำและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ทั้งวิเคราะห์ที่ละตัวแปรและวิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกัน โดยที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี 3.63 เท่า อาจเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีวุฒิภาวะด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และการตัดสินใจในการฝากครรภ์ยังไม่เพียงพอ¹ จากการศึกษาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างรายได้น้อย ถ้าต้องมาฝากครรภ์ทำให้ขาดรายได้ ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ซึ่งกลุ่มที่ฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าส่วนใหญ่ เนื่องจากไม่ทราบว่าจะตนเองตั้งครรภ์ ไม่มีเวลามาฝากครรภ์และไม่ทราบว่าต้องไปฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อไหร่ จึงส่งผลให้การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Puthuserry และคณะ (2022)⁹พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 25 ปี 1.42 เท่า ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อม ปัญหาสังคมและครอบครัว ในระยะแรกของการตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่ใจในการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลให้ฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอายุเป็นปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้^{11,12} ระดับการศึกษาพบว่าไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ อาจเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาทั้งสองกลุ่มมีจำนวนใกล้เคียงกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Abebe และคณะ (2023)³ พบว่าระดับการศึกษาสูงมีโอกาสมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ได้สูงกว่า 2.26 เท่า (AOR = 2.26, 95%CI = 1.36-3.77)

ความพร้อมในการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับปานกลางและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ทั้งวิเคราะห์ที่ละตัวแปรหรือวิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกัน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์มีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ 3.81 เท่า จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ซึ่งความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์เนื่องจากไม่มีการวางแผนในการตั้งครรภ์ทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างต้องหยุดงานเพื่อมาฝากครรภ์ ทำให้ขาดรายได้ หรือไม่มีเวลา ต้องดูแลบุตรและครอบครัว ความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ส่งผลให้มีความสับสนและไม่มั่นใจในการตั้งครรภ์จึงทำให้การตัดสินใจในการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า โดยที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์จะมีความกระตือรือร้น ให้ความสำคัญของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกเพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพของตนเองและทารก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการศึกษาที่ต่ำกว่าการตั้งครรภ์ไม่ได้วางแผนจะมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า^{4,5,12,15,16,26} ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกกังวลระหว่างความยินดีต่อการตั้งครรภ์และความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์ เช่น กังวลกับความรับผิดชอบในบทบาทการเป็นมารดา และภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้น¹ จึงทำให้การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า

ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับปานกลางและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ทั้งวิเคราะห์ที่ละตัวแปรหรือวิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกัน โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ในระดับต่ำมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ในระดับสูง 2.97 เท่า เนื่องจากความรู้จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์จึงเป็นแรงจูงใจที่ส่งผลให้มาฝากครรภ์ครั้งแรกได้เร็ว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำ ไม่ทราบช่วงเวลาที่ต้องไปฝากครรภ์ครั้งแรก ส่งผลทำให้การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูง^{4,15,16} และจากการศึกษาของ Nyando และคณะ (2023)²⁷ พบว่า หญิงตั้งครรภ์จะไปฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์เฉพาะที่มีปัญหาสุขภาพ เช่นอาการปวดหลัง ปวดศีรษะหรือติดเชื้อเอชไอวี

ระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกขนาดท้องยังเล็กเกินไปจึงไม่จำเป็นต้องไปฝากครรภ์ ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกมักมีประวัติการตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติ เช่น ผ่าตัดคลอดหรือแท้งบุตร

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับสูงและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ทั้งวิเคราะห์ที่ละตัวแปรหรือวิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกันและเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการฝากครรภ์ล่าช้าได้สูงที่สุด ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ จากการศึกษพบว่าปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงสุด โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์โอกาสในการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติเชิงบวก 8.02 เท่า เนื่องจากส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์คิดว่าการตั้งครรภ์เป็นเรื่องธรรมชาติไม่จำเป็นต้องไปฝากครรภ์และเมื่อครรภ์แรกปกติครรภ์หลังไม่จำเป็นต้องไปฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์เช่นกัน โดยหญิงตั้งครรภ์ให้คุณค่าในการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกอยู่ในระดับต่ำ²⁷ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีของ Ajzen และ Fishbein (2006)²⁸ ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการที่บุคคลเชื่อว่าพฤติกรรมดังกล่าวสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการและประเมินแล้วพบว่าจะส่งผลดีมากกว่าผลเสียบุคคลนั้นจึงมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น นั่นคือการที่หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความตั้งใจที่จะมาฝากครรภ์และนำไปสู่การมาฝากครรภ์ครั้งแรกสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ Warri และ George (2020)¹⁷ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ว่าการตั้งครรภ์เป็นภาวะปกติของสุขภาพไม่ใช่ภาวะเสี่ยงที่ต้องไปโรงพยาบาล และการตั้งครรภ์ที่ผ่านมาไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงทำให้ไม่มีแรงจูงใจที่ต้องรีบไปฝากครรภ์

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับปานกลางและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ทั้งวิเคราะห์ที่ละตัวแปรหรือวิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกัน การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ จากการศึกษพบว่าหญิงตั้งครรภ์รับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์อยู่ในระดับต่ำมีโอกาสนในการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในระดับสูง 5.91 เท่า ซึ่งสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ สนับสนุนแนวคิดของ Rosenstock และ StecherBecker²⁹ ที่กล่าวว่า บุคคลรับรู้เกี่ยวกับผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรค โดยบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อเมื่อบุคคลนั้นเชื่อว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมและสามารถป้องกันโรคได้จริง ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ในระดับสูงจึงมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพื่อสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมมารดาฝากครรภ์ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้ามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับปานกลางและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ทั้งวิเคราะห์ที่ละตัวแปรหรือวิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกัน จากการศึกษพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าในระดับต่ำมีโอกาสนที่ฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับสูง 3.34 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการไม่ตระหนักถึงอาการแสดงที่เป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า⁴

ปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับการศึกษาและลำดับการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าได้ อาจเนื่องจากส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาต้นหรือต่ำกว่าและระดับมัธยมปลายหรือสูงกว่า มีจำนวนใกล้เคียงกัน และหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ได้จากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆหรือทางอินเทอร์เน็ตได้ โดยพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับต่ำ แต่ไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกได้ และไม่สอดคล้องกับ Abebe และคณะ (2023)³ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาในระดับสูงมีโอกาสมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ได้สูงกว่า 2.26 เท่า (AOR = 2.26, 95%CI = 1.36-3.77) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ สำหรับลำดับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับต่ำ แต่ไม่

สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกได้เช่นกัน อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ในครรภ์ก่อนไม่พบความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน จึงส่งผลให้การฝากครรภ์ครั้งแรกในครั้งนี้น้ำเข้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ครรภ์หลังโดยเฉพาะมากกว่า 4 ครั้งมีโอกาสมาฝากครรภ์ครั้งแรกได้สูงกว่าครรภ์แรก ($AOR = 0.74$)²¹ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหญิงครรภ์ที่ 4 ขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกได้สูงกว่าหญิงครรภ์แรก ($OR = 2.80$, $95\%CI = 1.36-5.79$, $p = .005$) และหญิงครรภ์ที่ 3 ($OR = 2.5$, $95\%CI = 1.33-4.58$, $p = .004$)²⁰ จะเห็นได้ว่าลำดับของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกได้เพิ่มขึ้น

ปัจจัยเอื้อได้แก่ สถานบริการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกได้ขึ้นอยู่กับระดับต่ำและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกได้เมื่อวิเคราะห์ทีละตัวแปร แต่วิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกันไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกได้ อาจเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับสถานบริการฝากครรภ์ในระดับสูงและระดับต่ำไม่แตกต่างกัน ซึ่งในสถานบริการฝากครรภ์ส่วนใหญ่มีแนวทางในการปฏิบัติไม่แตกต่างกันเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นจึงไม่มีอิทธิพลในการทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ประสิทธิภาพเชิงลบในการฝากครรภ์ต่อสถานบริการฝากครรภ์และบุคลากรในการฝากครรภ์ส่งผลให้การฝากครรภ์ครั้งแรกได้^{5,20}

ปัจจัยเสริมได้แก่การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกได้ขึ้นอยู่กับปานกลางและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกได้ทั้งวิเคราะห์ทีละตัวแปรหรือวิเคราะห์ทุกตัวแปรพร้อมกัน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกได้สูงรองลงมาจากทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ โดยที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในระดับต่ำมีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกได้สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง 7.00 เท่า ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของเพเฟอร์และคณะ³⁰ ที่กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม คือ การให้ความใส่ใจดูแลบุคคล 3 ด้านร่วมกัน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านการบริการ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ มีกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดหรือความไม่แน่ใจในสถานการณ์ของชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวดีเป็นแรงจูงใจในการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกได้เร็วกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การขาดการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรก¹⁷

ข้อจำกัดของการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแห่งเดียว อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้กับโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน และการแบ่งช่วงของตัวแปรในการวิเคราะห์มีความแตกต่างกัน อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้

สรุป

ปัจจัยทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกได้ของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ครั้งแรก การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกได้ และการสนับสนุนทางสังคม เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกได้มากที่สุดคือ ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ($OR = 8.02$) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ($OR = 7.00$) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ครั้งแรก ($OR = 5.91$) ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ($OR = 3.81$) อายุ ($OR = 3.63$) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกได้ ($OR = 3.34$) และความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ($OR = 2.97$) ตามลำดับ ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญของการฝากครรภ์ครั้งแรกได้ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี กลุ่มที่ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ ตระหนักถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ครั้งแรก ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกในการ

ฝากครรภ์ครั้งแรก การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ครั้งแรก การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า และการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัว

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรดำเนินงานเชิงรุกประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง
2. ควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในรายที่ยังไม่พร้อมในการตั้งครรภ์เพื่อให้มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ซึ่งจะส่งผลให้มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และควรพัฒนาโปรแกรมป้องกันการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า

เอกสารอ้างอิง

1. Perry SE, Lowdermilk DL, Cashion K, et al. Maternal child nursing care. 7 th ed. St. Louis: Elsevier; 2023.
2. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: Summary. 2016. [cited 2025 Jan 5] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- 3.. Abebe GF, Alle MS, Girma D, et al. Determinants of early initiation of first antenatal care visit in Ethiopia based on the 2019 Ethiopia mini-demographic and health survey: A multilevel analysis. PLoS ONE [Online]. 2023; doi: 10.1371/journal.pone.0281038.
4. Battu GG, Kassa RT, Negeri HA, et al. Late antenatal care booking and associated factors among pregnant women in Mizan-Aman town, South West Ethiopia, 2021. PLOS Global Public Health [Online]. 2023; doi: 10.1371/journal.pgph.0000311.
5. Shewaye M, et al. (2023). A mixed-method study examined the reasons why pregnant women late initiate antenatal care in Northeast Ethiopia. Plos ONE. 2023; 18(7): e0288922. doi: 10.1371/journal.pone.0288922.
6. Health Data Center. Ministry of Public Health of Thailand. (2567). Percentage of pregnant women who initiation of antenatal care within 12 weeks. 2024; [cited 2025 Jan 5]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=1c1b8e24aff59258a806f122e264031e.
7. Pervin J, Rahman SM, Rahman M, et al. Association between antenatal care visit and preterm birth: A cohort study in rural Bangladesh. BMJ Open. 2020; 10(7): e036699. doi: 10.1136/bmjopen-2019-036699.
8. Woldeamanuel BT, Belachew TA. Timing of first antenatal care visits and number of items of antenatal care contents received and associated factors in Ethiopia: Multilevel mixed effects analysis. Reprod. Health. 2021; 18(1): 1-6.

9. Puthusseray S, Tseng P, Li L. Risk of low birthweight and late antenatal care initiation in an ethnically diverse maternal cohort. *Eur. J. Public Health*. 2023; 33(2). doi: 10.1093/eurpub/ckad160.934
10. Izuka EO, Obiora-Izuka CE, Asimadu EE, et al. Effect of late antenatal booking on maternal anemia and fetus birth weight on parturients in Enugu, Nigeria: An analytical cross-sectional study. *Niger. J. Clin. Pract.* 2023; 26(5): 558-65.
11. Abera E, Azanaw J, Tadesse, T., and Endalew, M. Prevalence and associated factors of delay antenatal care at public health institutions in Gondar city, Northwest Ethiopia, 2021: A cross-sectional study. *Contraception and Reproductive Medicine [Online]*. (2023); doi: 10.1186/s40834-022-00197-6.
12. Nigatu SG, Birhan TY. The magnitude and determinants of delayed initiation of antenatal care among pregnant women in Gambia; evidence from Gambia demographic and health survey data. *BMC Public Health* 2023; doi: 10.1186/s12889-023-15506-0.
13. Junngam P, Suwannasan, A. Factors related the delay of the first antenatal care in Chumphae Hospital, Khon Kaen Province, Thailand. *JPMAT*. 2022; 12(2): 373-88. Thai.
14. Tumwizere G, Mbonye MK, Ndugga P. Determinants of late antenatal care attendance among high parity women in Uganda: analysis of the 2016 Uganda demographic and health survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2024; doi: 10.1186/s12884-023-06214-z.
15. Tadele F, Getachew N, Fentie K, et al. Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women in Jimma Zone Public Hospitals, Southwest Ethiopia, 2020. *BMC Health Serv. Res.* 2022; 22(632). doi: 10.1186/s12913-022-08055-6.14.
16. Girma N, et al. Late initiation of antenatal care among pregnant women in Addis Ababa city, Ethiopia: a facility based cross-sectional study. *BMC Women's Health*. 2023; 23(13). doi: 10.1186/s12905-022-02148-4.
17. Warri D, George A. Perceptions of pregnant women of reasons for late initiation of antenatal care: A qualitative interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20,70. doi: 10.1186/s12884-020-2746-0.
18. Dafroyati Y, Widyastuty R, and Kristina RH. Health belief model analysis on the maternal through antenatal care as an effort to prevent mortality. *Gac Med Caracas*. 2024; 132(3):656-664. doi: 10.47307/GMC.2024.132.3.8.
19. Green LW, and Kreuter MW. *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4th ed. New York: McGrawHill; 2005.
20. Gbene J, Takase MA, Ayangba V, et al. Predictors of late antenatal care initiation: A multicentre cross-sectional study in Ghana. *Perinatal Nursing and Midwifery*. 2024; 1: 1-14. doi: 10.1177/23779608241299345.

21. Towongo MF, Ngome E, Navaneetham K, et al. Factors associated with women's timing of first antenatal care visit during their last pregnancy: evidence from 2016 Uganda demographic health survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022; 22:829. doi:10.1186/s12884-022-05167-z.
22. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970; 30(3): 607-610. doi: 10.1177/001316447003000308
23. Bloom B S. *Mastery learning*. Los Angeles: Losangeles University of California; 1968.
24. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. Philadelphia: W.B.Saunders Company; 2005.
25. Puthussery S, Tseng PC, Sharma E, et al. Disparities in the timing of antenatal care initiation and associated factors in an ethnically dense maternal cohort with high levels of area deprivation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22(1):713. doi: 10.1186/s12884-022-04984-6.
26. Misikir D, Ezo E. Delayed initiation of the 2016 World Health Organization antenatal care contact and associated factors among pregnant women at Public Health Facilities of Kamba Zuria District South Ethiopia. *SAGE Open Nursing*. 2025;11. doi:10.1177/23779608251320771
27. Nyando, M., Makombe, D., Mlboma, A., Mwakilama, E., and Nyirenda, L. (2023). Perceptions of pregnant women on antenatal care visit during their first trimester at area 25 health center in Lilongwe, Malawi- a qualitative study. *BMC Women's Health*. 2023; 23:646. doi:10.1186/s12905-023-02800-7
28. Ajzen I. Construction a TpB Questionnaire: conceptual and methodological considerations [database on the internet].2006 [cited 2025 February 3]. Available from <http://people.umass.edu/ajzen/pdf/tpb.Measurement.pdf>
29. Rosenstock, I. M., Stretcher, V. J., and Becker, M. H. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ. Q.* 1988; 15(2), 175-183.
30. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *J Behav Med*. 1981; 4(4):381-406. doi: 10.1007/BF00846149. PMID: 7338894.

ประวัติผู้วิจัย



คำนำหน้า ☐ นาย ☒ นาง ☐ นางสาว

ตำแหน่งทางวิชาการ ☐ ศ. ☐ รศ. ☒ ผศ. ☐ อื่นๆ

ชื่อผู้วิจัย

สุภางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธ์

ชื่อภาษาอังกฤษ

Suphangphim Rattasumpun

วัน/เดือน/ปี เกิด

6 เมษายน 2505

ที่อยู่

60/191 หมู่ 6 ถนนลำลูกกา ตำบลบึงคำพร้อย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12150

โทรศัพท์

0865717823

ที่อยู่ทำงาน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต เมืองเอก ถนนพหลโยธิน จังหวัดปทุมธานี 12000

โทรศัพท์ที่ทำงาน

02-997-2222 ต่อ 1488

E-mail Address:

suphangphim.r@rsu.ac.th

ปริญญาตรี

วท.บ (พยาบาลและผดุงครรภ์) ปีพ.ศ.2527

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ปริญญาโท

วท.ม (สรีรวิทยา) ปีพ.ศ.2532

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปริญญาเอก

ปร.ด (การพยาบาล) (นานาชาติ) ปีพ.ศ.2551

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารภายในประเทศ

สุภางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธ์, นิธินันท์ ศิริบริรมีสิทธิ์, และชนินทร์ รัตตสัมพันธ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่น PM2.5 ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี.

วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 42 (3), 53-62.

สุภางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธ์ และ เบญจวรรณ แก้วมา. (2561). ปัจจัยการทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 38 (4), 14-24.

สุภางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธ์. (2560). ความรู้และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. วารสารพัฒนาการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยรังสิต. 11 (1), 50-59.

จุฬา ยันตรพร, ประภา รัตตสัมพันธ์, และ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองและพฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.

วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 11(3), 33-41.

ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ

Rattasumpun, P., Raines, DA. (2008). The experience of Thai women facing onset of preterm labor. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing. 33 (5), 302-306.

ผลงานวิจัยที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการภายในประเทศ

ประภา รัตตสัมพันธ์, อัญชลี จันทาโก, และละเอียด ภักดีจิตต์. (2545). เจตคติวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยรังสิต. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการของสมาคมอุดมศึกษาเอกชน สาขาพยาบาลศาสตร์.

ผลงานวิจัยที่ได้รับรางวัล

รางวัลการนำเสนอผลงานแบบบรรยายประเภทดีเด่น กลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ (Grad Research) ครั้งที่ 9 ประจำปี 2551.

บทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสาร

สุภางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธ์. (2561). ภาวะอ้วนในสตรีตั้งครรภ์: ผลกระทบและการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 38 (1), 120-128.

สาขาวิชาที่นักวิจัยเชี่ยวชาญ

การพยาบาลมารดาและทารก

การผดุงครรภ์

ประวัติผู้ร่วมวิจัย



คำนำหน้า ☐ นาย ☒ นาง ☐ นางสาว

ตำแหน่งทางวิชาการ ☒พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมธานี

ชื่อผู้วิจัย

นิธินันท์ ศิรбарมีสิทธิ์

ชื่อภาษาอังกฤษ

Nithinan Sirabaramesith

วัน/เดือน/ปี เกิด

23 พฤษภาคม 2522

ที่อยู่ทำงาน แผนกฝากครรภ์ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี ตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัด
ปทุมธานี 12000

โทรศัพท์ 0636426653

E-mail Address:

onchuko@gmail.com

ประวัติการศึกษา

พศ.2545 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (พยาบาลศาสตรบัณฑิตสมทบมหาวิทยาลัยมหิดล)

พ.ศ. 2549 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ได้รับวุฒิปัตร NP เวชปฏิบัติครอบครัว

พ.ศ.2555 ได้รับวุฒิปัตร APN สาขาการพยาบาลชุมชน

พ.ศ.2560 จบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2545-2553 ปฏิบัติงานแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลกุยบุรี จ.ประจวบคีรีขันธ์

พ.ศ. 2553-2563 ปฏิบัติงานกลุ่มงานการพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลปทุมธานี

พ.ศ 2563-ปัจจุบัน ปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี