

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต

ปริญญญา ศฤงคาร์นันต์

บทคัดย่อ

ที่มา: การฝากครรภ์ เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลสุขภาพมารดาที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกัน ตรวจพบ และรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลกลางมาฝากครรภ์ล่าช้าหลัง 12 สัปดาห์สูงกว่าเกณฑ์และส่งผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกตามมา

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต

วิธีการศึกษา: รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกในโรงพยาบาลกลางมีอายุครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ จำนวน 182 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล และการรับรู้ด้านสุขภาพ โดยมีค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square Test

ผลการศึกษา: พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร และการคุมกำเนิด การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส คู่รัก การยอมรับการตั้งครรภ์กับชุมชน

สรุป: การฝากครรภ์เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ควรมีการดำเนินการ 2 ส่วน ได้แก่ ในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการมาฝากครรภ์เร็ว

คำสำคัญ: การฝากครรภ์ล่าช้า, หญิงตั้งครรภ์, ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการฝากครรภ์

Factors Associated with Late Antenatal Care after gestational age 12 Weeks at Thalang Hospital, Phuket Province.

Parinya Saringkanan

Abstract

Background: Antenatal care (ANC) is a crucial component of maternal healthcare services, enabling pregnant women to receive regular health check-ups to prevent, detect, and treat complications that may arise during pregnancy. It was found that pregnant women who came for antenatal care at Thalang Hospital received antenatal care late after 12 weeks, which was higher than the standard and affected the health of the mother and the baby.

Objectives: To study the factors associated with delayed antenatal care after gestational age 12 weeks of pregnancy among pregnant women who first attended antenatal care at Thalang Hospital, Phuket Province.

Method: The study employed a descriptive research design. The sample consisted of 182 pregnant women who came for their first antenatal visit after 12 weeks of pregnancy at Thalang Hospital. The research instruments consisted of a questionnaire on personal characteristics and health perception, with a Cronbach's alpha reliability of 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics and correlation analysis using the Chi-square Test.

Results: The results showed that factors related to delayed antenatal care included personal characteristics, such as marital status, education level, occupation, income, number of pregnancies, number of children, and use of contraception. Health perception related to delayed antenatal care included perception of pregnancy risks and perception of the benefits of antenatal care, perceived barriers to antenatal care, pregnancy intention, acceptance of pregnancy by spouses, and acceptance of pregnancy by the community.

Conclusion: To achieve the goal of antenatal care, there should be two parts of action: in the hospital and in the community, to raise awareness among pregnant women of the importance of early antenatal care.

Keywords: Late antenatal care, Pregnant women, Factors associated with prenatal care.

บทนำ

การฝากครรภ์ (Antenatal care: ANC) เป็นองค์ประกอบสำคัญของบริการดูแลสุขภาพมารดาที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกัน ตรวจพบ และรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดาและทารก^{1,2} การฝากครรภ์ล่าช้า ส่งผลกระทบทั้งมารดาและทารก^{3,4,5,6} รวมทั้งการดูแลสุขภาพระหว่างการตั้งครรภ์^{7,8,9,10} ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม^{11,12} ปัญหาการมาฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ทั่วโลกและระดับภูมิภาค พบว่า การฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ทั่วโลกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.9 ในปี 1990 เป็นร้อยละ 58.6 ในปี 2013 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีสตรีตั้งครรภ์จำนวนมากที่ยังคงเริ่มฝากครรภ์ล่าช้า² ในประเทศไทย อัตราการฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนในจังหวัดภูเก็ตพบว่า ปี 2563 – 2567 ยังไม่บรรลุเป้าหมายแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และลดลงในปี 2566 - 2567 คิดเป็นร้อยละ 61.31, 63.93, 64.22, 46.42 และ 36.24 ตามลำดับ ส่วนในโรงพยาบาลกลาง พบว่ามีแนวโน้มลดลงในปี 2566 และ 2567 เช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 80.31, 78.21, 79.74, 48.00 และ 36.24 ตามลำดับ¹³ ส่งผลให้ทารกที่คลอดในโรงพยาบาลกลางมีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมปี 2563-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 5.48, 6.47 และ 7.20 ตามลำดับ ส่วนอัตราภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดต่อพันการเกิดมีชีพปี 2563 - 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นอัตรา 0.66, 0.38 และ 0.58 ต่อพันการเกิดมีชีพตามลำดับ อัตราการเกิดไ้ชีพปี 2563 – 2565 คิด

เป็นอัตรา 1.66, 5.64 และ 0.00 ต่อพันการเกิดมีชีพ ตามลำดับ¹³ ส่วนในมารดามีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอดพบว่า มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในปี 2565 ร้อยละ 5.15 โดยพบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Hypertensive Disorder in Pregnancy) ร้อยละ 7.25 รองลงมา คือ โรคเบาหวานร้อยละ 6.35 และนอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2563-2567 พบร้อยละ 2.71, 2.26, 4.27, 7.43 และ 7.84 ตามลำดับ อัตราการเกิด pre-eclampsia ปี 2563 – 2567 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2564-2566 และลดลงในปี 2567 ร้อยละ 0.00, 1.57, 3.52, 4.95 และ 2.12 ตามลำดับ อัตราการตกเลือดหลังคลอด ปี 2563 – 2567 คิดเป็นร้อยละ 1.26, 3.83, 3.27, 3.15 และ 2.75 ตามลำดับ และจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดไปยังโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 0, 1, 2, 1, 1 และ 1 ราย ตามลำดับ¹⁴ และร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ปี 2565 – 2567 คิดเป็นร้อยละ 7.20, 10.36 และ 7.77 ตามลำดับ¹³

จากการทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ล่าช้าหลัง 12 สัปดาห์พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายระดับ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านประชากรและสังคม จะพบว่า อายุของมารดาน้อยหรือมากมักมีแนวโน้มฝากครรภ์ล่าช้า⁷ ระดับการศึกษา มารดาที่มีการศึกษาต่ำมีโอกาสฝากครรภ์ล่าช้าสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูง^{7,1} รายได้ครัวเรือนต่ำสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า⁹ ขนาดครอบครัวใหญ่และสถานภาพสมรสที่ไม่มั่นคงมีผลต่อการตัดสินใจฝากครรภ์^{7,1} 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการ จะพบว่า ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและบริการค่าใช้จ่ายสูงเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้น้อย^{6,9} ระยะทางและความสะดวกในการเดินทาง การอยู่ห่างไกลสถานบริการสุขภาพเพิ่มโอกาสฝากครรภ์ล่าช้า⁹ 3)

ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ จะพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ การขาดความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและช่วงเวลาที่เหมาะสมในการฝากครรภ์เป็นปัจจัยหลักที่พบในหลายประเทศ^{3,6} ทัศนคติและความเชื่อ ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับบทบาทของการฝากครรภ์ เช่น มองว่าการฝากครรภ์เป็นเรื่องของการรักษามากกว่าการป้องกันหรือเชื่อว่าหากไม่มีอาการผิดปกติไม่จำเป็นต้องฝากครรภ์เร็ว¹⁵ 4) ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ จะพบว่า มารดาที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนมีแนวโน้มฝากครรภ์ล่าช้ากว่ากลุ่มที่ตั้งครรภ์โดยตั้งใจ^{6,1} ประสบการณ์การตั้งครรภ์ครั้งก่อน มารดาที่เคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์มาก่อนอาจเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์เร็วขึ้น¹

จากการวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ได้อธิบายถึงปัจจัยที่สัมพันธ์หรือส่งผลต่อการฝากครรภ์ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าหลัง 12 สัปดาห์ โดยใช้แนวคิด PRECEDE Model ช่วยอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งมีความเชื่อเกี่ยวกับการฝากครรภ์ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคม นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ล่าช้าหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ในระดับต่างๆ คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม และปัจจัยด้านสังคม เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ล่าช้าหลัง 12 สัปดาห์ ซึ่งจะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนางานอนามัยแม่

และเด็กนำไปเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการมาฝากครรภ์ล่าช้าต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต

วัสดุและวิธีการ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านสังคม ตัวแปรตาม ได้แก่ ระยะเวลาในการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยคุณลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา และรายงานค่าสถิติเป็น ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ส่วนปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านสังคม ใช้แบบลิเคิร์ต¹⁶ (Likert Scale) (1968) โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามทางบวก		ข้อคำถามทางลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5 คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน 4 คะแนน	เห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3 คะแนน	ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5 คะแนน

หลังจากนั้นนำข้อมูลมาจัดแบ่งระดับตามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแปลผลในการแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ย (Best Jhon 1981 : 179-187) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึง	ระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00	หมายถึง	ระดับมาก

หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ใน โรงพยาบาลกลาง จำนวน 417 คน¹⁵ โดยใช้เป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ล่าช้าหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ที่มาฝากครรภ์ใน โรงพยาบาลกลาง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 - พฤษภาคม 2568 และเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย สามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก คือ เจ็บป่วยรุนแรงในช่วงเก็บแบบสอบถาม

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daneil (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2\alpha/2P(1-P)}$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่าง

N คือ จำนวนประชากรที่ใช้ในการคำนวณวิจัย

$Z^2\alpha/2$ คือ ค่ามาตรฐานภายใต้เส้นโค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เท่ากับ 1.96

P คือ ค่าสัดส่วนของประชากรเท่ากับ 0.30 (ร้อยละ 30)

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ กำหนดเท่ากับ 0.05

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 182 คน ดำเนินการเก็บตัวอย่างตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2568 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการฝากครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จนกว่าจะครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ

แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา การตั้งครรภ์ครั้งที่ และ จำนวนบุตร

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ จำนวน 6 ข้อ

ด้านที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรภ์ จำนวน 7 ข้อ

ด้านที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ จำนวน 6 ข้อ

ด้านที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 การศึกษาปัจจัยระดับบุคคล ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ จำนวน 7 ข้อ

ด้านที่ 2 ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 4 การศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ประกอบด้วย

ด้านที่ 1 ความสามารถในการฝากครรภ์ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 5 การศึกษาปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่รัก คู่สมรส จำนวน 6 ข้อ

ด้านที่ 2 การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 3 การยอมรับการตั้งครรภ์ของชุมชน จำนวน 5 ข้อ

แบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) (1968) โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ การแปรผลใช้เกณฑ์การแปรผลตามแนวคิดของ เบสท์¹⁷ (Best Jhon 1981 : 179-187) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ แบบสอบถามนี้ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบทดสอบไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เอกสารรับรองเลขที่ PKPH 010/68 ลงวันที่ 4 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ส่วนมากอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 46.15 รองลงมา อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 26.29 (24.418 ± 6.6707 , Min 15 ปี, Max 42 ปี) สถานภาพสมรสร้อยละ 87.91 และมีการอยู่ร่วมกับสามี ร้อยละ 94.50 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 46.20 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 19.20 อาชีพแม่บ้าน/ว่างงาน ร้อยละ 57.10 รองลงมา รับจ้าง ร้อยละ 23.60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 31.67 รองลงมา รายได้มากกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 22.78 ($16,387.64 \pm 10,459.78$, Min 5,000 บาท, Max 70,000 บาท) มีสิทธิการรักษา ร้อยละ 47.03 (ส่วนมากสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 50.00 รองลงมาสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 47.33) ไม่มีสิทธิการรักษา ร้อยละ 52.67 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบว่า มีการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง ร้อยละ 32.40 รองลงมา เป็นตั้งครรภ์จำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 31.30 (2.22 ± 0.0871) จำนวนบุตร พบว่า ส่วนมากไม่มีบุตร ร้อยละ 34.60 รองลงมา

มีบุตร 1 คน ร้อยละ 31.30 (1.12 ± 0.7986) มีการวางแผนครอบครัว ร้อยละ 58.20 ส่วนมากใช้วิธีการวางแผนครอบครัวโดยการกินยาคุมกำเนิด ร้อยละ 40.70 รองลงมาเป็นยาฉีดคุมกำเนิด ร้อย

ละ 8.88 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช่วง 12 – 20 สัปดาห์ ร้อยละ 56.59 รองลงมา ช่วง 20 – 26 สัปดาห์ ร้อยละ 33.52 (19.82 ± 0.4687 , Min 13 สัปดาห์, Max = 40 สัปดาห์)

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

การรับรู้ด้านสุขภาพของ การตั้งครรภ์	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์						Mean	S.D.
	สูง จำนวน (คน)	ร้อยละ	ปานกลาง จำนวน (คน)	ร้อยละ	ต่ำ จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้ความเสี่ยงของ การตั้งครรภ์	38	20.88	130	71.43	14	7.69	3.32	0.9423
การรับรู้ความรุนแรงของ การไม่ฝากครรภ์	86	47.25	94	51.65	2	1.10	3.69	0.5565
การรับรู้ประโยชน์ของ การฝากครรภ์	154	84.62	28	15.38	0	0.00	4.28	0.5643
การรับรู้อุปสรรคของการ มาฝากครรภ์	9	4.95	143	78.57	30	16.48	3.71	0.4602
โดยรวม	49	26.09	132	72.53	1	0.55	3.46	0.2730

จากตารางที่ 1 แสดงการรับรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ประกอบด้วยการรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ และการรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์ ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 132 คน (ร้อยละ 72.53) รองลงมา ระดับสูง จำนวน 49 คน (ร้อยละ 26.92) และระดับต่ำ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.55) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 (3.46 ± 0.273) แยกรายด้าน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 130 คน (ร้อยละ 71.43) รองลงมา ระดับสูง จำนวน 38 คน (ร้อยละ 20.88) และระดับต่ำ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 7.69)

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 (3.32 ± 0.9423) การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 94 คน (ร้อยละ 51.65) รองลงมา ระดับสูง จำนวน 86 คน (ร้อยละ 47.25) และระดับต่ำ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.10) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (3.69 ± 0.5565) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 143 คน (ร้อยละ 78.57) รองลงมา ระดับต่ำ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 16.48) ระดับสูง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 4.95) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 (4.28 ± 0.5643) การรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 132 คน (ร้อยละ 72.53) รองลงมา ระดับสูง จำนวน 49 คน (ร้อยละ 26.92) และระดับต่ำ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.55) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 (3.71 ± 0.4602)

ตารางที่ 2 ระดับของการรับรู้ปัจจัยระดับบุคคลของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเถลิง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยระดับบุคคล	ระดับของการรับรู้ปัจจัยระดับบุคคลของการมาฝากครรภ์ ในหญิงตั้งครรภ์						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์	89	48.90	93	51.10	0	0.00	3.71	0.9215
ความตั้งใจในการฝากครรภ์	56	30.77	102	56.04	24	13.19	4.17	0.5257
โดยรวม	78	42.86	102	56.04	2	1.10	3.62	0.4579

จากตารางที่ 2 แสดงระดับการรับรู้ของปัจจัยระดับบุคคลของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ และความตั้งใจในการฝากครรภ์ พบว่าระดับการรับรู้ของปัจจัยในระดับบุคคลโดยรวมพบว่า ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 102 คน (ร้อยละ 56.04) รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 78 คน (ร้อยละ 42.86) และระดับการรับรู้ระดับต่ำ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 3.62) ค่าเฉลี่ย 3.62 (3.62 ± 0.4579) แยกย่อย

หัวข้อ พบว่าระดับการรับรู้ของความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 93 คน (ร้อยละ 51.10) รองลงมาในระดับสูง จำนวน 89 คน (ร้อยละ 48.90) ค่าเฉลี่ย 3.71 (3.71 ± 0.9215) และระดับการรับรู้ของความตั้งใจในการฝากครรภ์อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 102 คน (ร้อยละ 56.04) ระดับสูง จำนวน 56 คน (ร้อยละ 30.77) และระดับต่ำจำนวน 24 คน (ร้อยละ 13.19) ค่าเฉลี่ย 4.17 (4.17 ± 0.5257)

ตารางที่ 3 ระดับของการรับรู้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ โดยรวม อำเภอเถลิง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมและ วัฒนธรรม	ระดับของการรับรู้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์โดยรวม						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
การรับรู้ ความสามารถในการ ฝากครรภ์	156	85.71	26	14.29	0	0.00	3.65	0.6367

จากตารางที่ 3 แสดงระดับการรับรู้ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต พบว่าการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 156 คน (ร้อยละ 85.71) รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 14.29) ค่าเฉลี่ย 3.65 (3.65 ± 0.6367)

ตารางที่ 4 ระดับการรับรู้ของปัจจัยด้านสังคมของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยด้านสังคม	ระดับการรับรู้ของปัจจัยด้านสังคมของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส	156	85.71	26	14.29	0	0.00	3.92	0.4035
การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัว	107	58.79	75	41.21	0	0.00	3.85	0.4858
การยอมรับการตั้งครรภ์กับชุมชน	106	58.24	76	41.76	0	0.00	3.76	0.3714
โดยรวม	150	82.42	32	17.58	0	0.00	3.84	0.2521

จากตารางที่ 4 แสดงระดับการรับรู้ของปัจจัยด้านสังคมของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส คู่รัก การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัว และการยอมรับการตั้งครรภ์กับชุมชน พบว่า ระดับการรับรู้ของปัจจัยด้านสังคมโดยรวมพบว่า อยู่ในระดับสูง จำนวน 150 คน (ร้อยละ 82.42) รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 32 คน (ร้อยละ 17.58) ค่าเฉลี่ย 3.84 (3.84 ± 0.2521) แยกรายด้าน พบว่า การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส คู่รัก อยู่ในระดับสูง จำนวน 156 คน (ร้อยละ

85.71) รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 14.29) ค่าเฉลี่ย 3.92 (3.92 ± 0.4035) การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัวอยู่ในระดับสูง จำนวน 107 คน (ร้อยละ 58.79) รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 75 คน (ร้อยละ 41.21) ค่าเฉลี่ย 3.85 (3.85 ± 0.4858) การยอมรับการตั้งครรภ์กับชุมชน พบว่า อยู่ในระดับสูง จำนวน 106 คน (ร้อยละ 58.24) รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 76 คน (ร้อยละ 41.76) ค่าเฉลี่ย 3.76 (3.76 ± 0.3714)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ตวิเคราะห์โดยใช้ โดยใช้ Bivariate Analysis สถิติ Chi Square

ปัจจัย	รวม (n=182) n%	การฝากครรภ์ล่าช้า				X ²	p-value
		อายุครรภ์		อายุครรภ์			
		13 – 20 สัปดาห์		>20 สัปดาห์			
		(n=103คน)		(n=79คน)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ	182	103	56.59	79	43.31	24.418	0.00**
ต่ำกว่า 20 ปี	33 (18.13)	25	24.27	22	27.85		
20 ปีขึ้นไป	149 (81.87)	78	75.23	57	72.15		
สถานภาพสมรส	182	103	56.59	79	43.31	3.659	0.007**
คู่	152 (83.52)	98	95.15	54	68.35		
หม้าย หย่า โสด	30 (16.48)	5	4.85	25	31.65		
ระดับการศึกษา	182	103	56.59	79	43.31	0.194	0.009**
มัธยมศึกษา	66 (36.26)	39	37.86	27	37.18		
ตอนต้นลงมา							
มัธยมศึกษาตอน	116 (63.24)	64	62.14	52	62.82		
ปลายขึ้นไป							
อาชีพ	182	103	56.59	79	43.31	0.194	0.009**
แม่บ้าน	104 (57.14)	57	55.34	47	59.49		
อื่นๆ (นักเรียน	78 (42.86)	46	44.66	32	40.51		
ค้าขาย ข้าราชการ							
รับจ้าง							
เกษตรกรกรรม)							
รายได้ (บาท/เดือน)	182	103	56.59	79	43.31	0.499	0.001**
<10,000	33 (18.13)	26	25.24	7	8.86		
≥10,000	147 (81.87)	132	74.76	15	91.14		
สิทธิการรักษา	182	103	56.59	79	43.31	0.014	0.848
ไม่มีสิทธิรักษา	79 (43.41)	48	46.60	31	39.24		
มีสิทธิรักษา	103 (56.59)	93	53.40	10	60.76		

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต วิเคราะห์โดยใช้ โดยใช้ Bivariate Analysis สถิติ Chi Square (ต่อ)

ปัจจัย	รวม (n=182) n%	การฝากครรภ์ล่าช้า				X ²	p-value
		อายุครรภ์ 13 - 20สัปดาห์ (n=103คน)		อายุครรภ์ >20สัปดาห์ (n=79คน)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนครั้งของการ ตั้งครรภ์	182	59	56.59	123	43.31	2.225	0.00**
ตั้งครรภ์ครั้งแรก	59 (32.42)	29	49.15	30	24.39		
ตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง	123 (67.58)	30	50.85	93	75.61		
จำนวนบุตร(คน)	182	103	56.59	79	43.31	1.126	0.01**
≤2	116 (63.74)	64	62.14	52	65.82		
> 2	66 (36.26)	39	37.86	27	34.18		
การคุมกำเนิด	182	103	56.59	79	43.31	2.835	0.006**
ไม่มีการคุมกำเนิด	78 (42.86)	43	41.75	35	44.30		
คุมกำเนิด	104 (57.14)	60	58.25	44	55.70		

P < 0.05

จากตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วิเคราะห์โดยใช้ Bivariate Analysis สถิติ Chi Square Test พบว่าปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร และการคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) สิทธิการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >0.05)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต (n=182)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	รวม	การฝากครรภ์ล่าช้า		X ²	p-value
	(n=182) n%	อายุครรภ์ 13 – 20 สัปดาห์ (n=103คน)	อายุครรภ์ >20 สัปดาห์ (n=79คน)		
การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์				0.094	0.103
ระดับต่ำ	8 (4.40)	4 (3.88)	4 (5.06)		
ระดับปานกลาง	115 (63.19)	64 (62.14)	51 (64.56)		
ระดับสูง	59 (32.41)	35 (33.98)	24 (30.38)		
การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรภ์				0.011	0.170
ระดับต่ำ	2 (1.09)	0 (0.00)	2 (2.53)		
ระดับปานกลาง	94 (51.65)	66 (64.08)	28 (35.44)		
ระดับสูง	86 (47.26)	37 (35.92)	49 (62.03)		
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์				0.309	0.037*
ระดับต่ำ	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		
ระดับปานกลาง	22 (12.09)	9 (8.74)	13 (16.46)		
ระดับสูง	160 (87.91)	94 (91.26)	66 (83.54)		
การรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์				0.263	0.047*
ระดับต่ำ	44 (24.18)	34 (33.01)	10 (12.66)		
ระดับปานกลาง	129 (70.88)	67 (65.05)	62 (78.48)		
ระดับสูง	9 (4.94)	2 (1.94)	7 (8.86)		

P < 0.05

จากตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต โดยใช้สถิติ Chi-Square Test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า ประกอบด้วย ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ ($X^2 = 0.037$) และระดับการรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์ ($X^2 = 0.047$) มีความสัมพันธ์

กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า ประกอบด้วย ระดับการรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ($X^2 = 0.103$) และระดับการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรภ์ ($X^2 = 0.170$) ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยระดับบุคคลกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยระดับบุคคล	รวม	การฝากครรภ์ล่าช้า		X ²	p-value
	(n=182) n%	อายุครรภ์ 13 – 20 สัปดาห์ (n=103คน)	อายุครรภ์ >20 สัปดาห์ (n=79คน)		
ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์				0.096	0.098
ระดับต่ำ	8 (4.39)	4 (3.88)	4 (5.06)		
ระดับปานกลาง	115 (63.19)	64 (62.14)	51 (64.56)		
ระดับสูง	59 (32.42)	35 (33.98)	24 (30.38)		
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์				0.353	0.028*
ระดับต่ำ	24 (13.19)	10 (9.71)	14 (17.72)		
ระดับปานกลาง	102 (56.04)	56 (54.37)	46 (58.23)		
ระดับสูง	56 (30.77)	37 (35.92)	19 (24.05)		

P < 0.05

จากตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต โดยใช้สถิติ Chi-Square Test พบว่าปัจจัยระดับบุคคลในด้านความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ส่วนความตั้งใจในการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต (n=182)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม	รวม	การฝากครรภ์ล่าช้า		X ²	p-value
	(n=182) n%	อายุครรภ์ 13 - 20สัปดาห์ (n=103คน)	อายุครรภ์ >20สัปดาห์ (n=79คน)		
การรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์				-0.043	0.281
ระดับต่ำ	2 (1.10)	0 (0.00)	2 (2.53)		
ระดับปานกลาง	112 (61.54)	55 (53.40)	47 (59.49)		
ระดับสูง	78 (37.36)	48 (46.60)	30 (37.98)		

P < 0.05

จากตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้สถิติ Chi-Square Test พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต (n=182)

ปัจจัยด้านสังคม	รวม	การฝากครรภ์ล่าช้า		X ²	p-value
	(n=182)	อายุครรภ์	อายุครรภ์		
	n%	13 - 20สัปดาห์ (n=103คน)	>20สัปดาห์ (n=79คน)		
การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส คู่รัก				.232	0.001**
ระดับต่ำ	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		
ระดับปานกลาง	26 (14.29)	18 (17.48)	8 (10.13)		
ระดับสูง	156 (85.71)	85 (82.52)	71 (89.87)		
การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัว				.101	0.088
ระดับต่ำ	10 (5.49)	6 (5.82)	4 (5.06)		
ระดับปานกลาง	60 (32.97)	33 (32.04)	27 (64.18)		
ระดับสูง	112 (62.97)	64 (62.14)	48 (60.76)		
การยอมรับการตั้งครรภ์กับชุมชน				.007	0.0461*
ระดับต่ำ	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		
ระดับปานกลาง	76 (41.76)	42 (40.78)	34 (43.04)		
ระดับสูง	106 (58.24)	61 (59.22)	45 (56.96)		

P < 0.05

จากตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้สถิติ Chi-Square Test พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าในด้านการยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส คู่รัก และการยอมรับการตั้งครรภ์กับชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ส่วนการยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

วิจารณ์

ปัจจัยส่วนบุคคลและเศรษฐกิจ-สังคม

จากผลการศึกษา พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้ง

ของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร และการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ โดยพบว่า

อายุ จะพบว่าสตรีที่อายุมากและอายุน้อยมีแนวโน้มในการฝากครรภ์ล่าช้า การฝากครรภ์ล่าช้าทำให้สตรีตั้งครรภ์ทุกวัยมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดี ซึ่งสตรีที่อายุมากมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง และภาวะดาวน์ซินโดรม ในขณะที่สตรีที่อายุน้อยอาจยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ทำให้การฝากครรภ์ล่าช้าส่งผลให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันท่วงที่^{7,9}

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาฝากครรภ์ล่าช้า เนื่องจากสถานภาพสมรสที่ไม่มั่นคงและครอบครัวขนาดใหญ่ มีผลต่อ

การตัดสินใจฝากครรภ์^{7,1} หญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่ได้แต่งงาน มักรู้สึกอับอายหรือกลัวการถูกตีตราทางสังคม จึงหลีกเลี่ยงการไปพบแพทย์ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์¹⁸

ระดับการศึกษา การศึกษาต่ำสัมพันธ์กับโอกาสฝากครรภ์ล่าช้าสูงกว่า^{7,1} สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญา ใฝ่รู้และคิดอย่างมีเหตุผล สามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยจะพยายามแสวงหาความรู้ ทำให้เข้าใจเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของตนเองได้ จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ (ศิริพรรณ ขาญสุกิจเมธี, 2540)¹⁹ และการศึกษาเป็นตัวบ่งบอกถึงความรู้และความเข้าใจ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ ความคิด และความเชื่อ ดังที่ Tekelab และคณะ. (2014)¹ ได้ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่จบการศึกษาระดับสูงมีแนวโน้มที่จะกังวลเกี่ยวกับตนเองและทารกสูง ซึ่งแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ที่จบการศึกษาระดับสูงกว่ามีแนวโน้มที่จะรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อตนเองและทารกมากกว่า

อาชีพและรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาฝากครรภ์ล่าช้า สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า รายได้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้มากกว่าจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อย การฝากครรภ์ไม่มีค่าใช้จ่ายจากระบบบริการแต่ยังมีค่าใช้จ่ายแฝงที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถมารับบริการฝากครรภ์ได้เร็ว เช่น ค่าเดินทาง รวมถึงการขาดรายได้ของสามีที่ต้องหยุดงานเพื่อพาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ จากข้อมูลวิจัยจะพบว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 57.10 มีอาชีพแม่บ้าน/ว่างงาน ทำให้ต้องอาศัยรายได้จากสามีเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีรายได้มีโอกาสมาฝากครรภ์

ล่าช้าเป็น 1.8 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ พงษ์ศักดิ์ จันทรงาม และอติยา สุวรรณสาร. (2565)²⁰ พบว่าการฝากครรภ์ล่าช้าและไม่ครบตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับความไม่เพียงพอของรายได้รวมครอบครัว นอกจากนี้รายได้ครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์คุณภาพทั้งในแง่การฝากครรภ์เร็วและจำนวนครั้งของการฝากครรภ์⁹

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์อาจมีผลต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ หญิงครรภ์แรกไม่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรมาก่อน อาจมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงครรภ์หลังที่เคยผ่านการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรมาแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Tekalab T. และคณะ (2014)¹ และ wolde HF. และคณะ (2019)⁶ ที่พบว่า มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ครั้งก่อน อาจเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว น้อยลง

จำนวนบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาฝากครรภ์ล่าช้า สอดคล้องกับ ชนัตต์ มาลัยกนก (2560)²¹ พบว่าลำดับของการตั้งครรภ์ มีผลต่อการฝากครรภ์ล่าช้า Tekalab T. และคณะ (2014)¹ พบว่าการมีประสบการณ์การตั้งครรภ์ครั้งก่อน อาจเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว น้อยลง¹

การคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาฝากครรภ์ล่าช้า ซึ่งจะพบว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่ได้วางแผนครอบครัว ไม่มีการคุมกำเนิดร้อยละ 42.86 การคุมกำเนิดอาจทำให้การฝากครรภ์ล่าช้า ไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรง แต่ การคุมกำเนิดที่ล้มเหลวหรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดเป็น สาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่การตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้าได้ การตั้งครรภ์โดยไม่คาดคิดนี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์ ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลตั้งแต่เนิ่นๆ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิด

ภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งแม่และทารกได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tekalab T. และคณะ (2014)¹ และ Wolde HF และคณะ (2019)⁶ ที่พบว่ามารดาที่ไม่ได้วางแผนการมีบุตรส่งผลให้เกิดการฝากครรภ์ล่าช้า

การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

การรับรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์และการรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญ สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การรับรู้ว่าโอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้าจะทำให้เกิดความเสี่ยงอะไรบ้าง เช่น จะทำให้ไม่ทราบถึงความผิดปกติของทารกในครรภ์ และถ้าได้รับการรักษาไม่ทันทั่วถึงที่จะเกิดความเสี่ยงให้ทารกในครรภ์ป่วยเป็นโรค หรือพิการได้ การฝากครรภ์ช้าจะทำให้ทารกที่คลอดออกมาจะขาดแคลเซียม ตัวเหลือง ไม่แข็งแรง สอดคล้องกับฐิติมา หาญสมบูรณ์ (2565)²² พบทารกที่คลอดโดยหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีสุขภาพผิดปกติมากกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ สอดคล้องกับ Tola W. และคณะ (2021)⁵ ที่พบว่ามารดาที่ฝากครรภ์ล่าช้ามีความเสี่ยงสูงที่จะคลอดทารกน้ำหนักน้อยและการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากไม่ได้รับการดูแลและคำแนะนำที่เหมาะสมในช่วงแรกของการตั้งครรภ์

ปัจจัยระดับบุคคล

ความตั้งใจในการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญ สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า กรณีมารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ทำให้ไม่สนใจในการฝากครรภ์ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Tekalab T. และคณะ (2014)¹ และ wolde HF. และคณะ (2019)⁶ พบว่ามารดา

ตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน มารดามีแนวโน้มฝากครรภ์ล่าช้ามากกว่า

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม

การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส คู่รัก และการยอมรับการตั้งครรภ์กับชุมชนมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญการที่คู่รักและชุมชนไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการฝากครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้หญิงมีสถานะทางสังคมที่ไม่เอื้ออำนวย เช่น การเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว หรือ ตั้งครรภ์โดยไม่แต่งงาน ซึ่งนำไปสู่ความละอายใจ ความกังวล และการปกปิดที่อาจนำไปสู่การฝากครรภ์ล่าช้า การไม่ได้รับการสนับสนุนจากคู่รักหรือชุมชนสามารถทำให้ผู้หญิงรู้สึกโดดเดี่ยวและอาจนำไปสู่การตัดสินใจที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วรรณ โพธิ์ตา และคณะ (2019)²³ ที่พบว่า การยอมรับการตั้งครรภ์จากครอบครัวและการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชนมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การทราบความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์

2. การได้แนวทางในการส่งเสริมการฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ที่เหมาะสมกับบริบทของ

โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ของโรงพยาบาล

3. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลกลาง และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

4. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายและแนวทางการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กในระดับจังหวัดและระดับประเทศ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของมารดาและทารก

5. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการให้คำแนะนำและดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ในไตรมาสแรก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการฝากครรภ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ล่าช้า

2) การขาดการวิเคราะห์เชิงลึก แม้ว่าการศึกษาระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ แต่ยังคงขาดการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับกลไกที่ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการฝากครรภ์ล่าช้า การศึกษาเชิงคุณภาพอาจช่วยให้เข้าใจบริบทและเหตุผลเบื้องต้นได้ดีขึ้น

3) ควรมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมเกี่ยวกับงานอนามัยวัยเจริญพันธุ์ โดยบูรณาการร่วมกับงานอื่นๆ เช่น ในกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยแรงงานที่ทำงานในสถานประกอบการ ในชุมชนโดยใช้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม

สรุป

การฝากครรภ์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการฝากครรภ์คุณภาพ ควรมีการดำเนินการ 2 ส่วน ได้แก่ ในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการมาฝากครรภ์ตามเกณฑ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและทีมงานแม่และเด็ก โรงพยาบาลกลาง ที่ได้ให้ความสนับสนุน ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Tekelab T, Berhanu B. Factors Associated with Late Initiation of Antenatal Care among Pregnant Women Attending Antenatal Clinic at Public Health Centers in Kembata Tembaro Zone, Southern Ethiopia. *Sci Technol Arts Res J*. 2014;3(1):108-15.
2. Moller AB, Petzold M, Chou D, Say L. Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. *Lancet Glob Health*. 2017;5(10):e977-83.
3. Kisuule I, Kaye DK, Najjuka F, Ssematimba SK, Arinda A, Nakitende G, et al. Timing and reasons for coming late for the first antenatal care visit by pregnant women at Mulago hospital, Kampala Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(1):121.
4. 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(1):70.
5. Tola W, Negash E, Sileshi T, Wakgari N. Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women attending antenatal clinic of Ilu Ababor Zone, southwest Ethiopia: A cross-

sectional study. PLoS One.

2021;16(1):e0246230.

6. Wolde HF, Tsegaye AT, Sisay MM. Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women in Addis Zemen primary hospital, South Gondar, Ethiopia. *Reprod Health*. 2019;16(1):73.

7. Tesfaye G, Loxton D, Chojenta C, Semahegn A, Smith R. Delayed initiation of antenatal care and associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2017;14(1):150.

8. Ewunetie AA, Muneu AM, Meselu BT, Simeneh MM, Meteku BT. Delay on first antenatal care visit and its associated factors among pregnant women in public health facilities of Debre Markos town, North West Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):173.

9. Tolefac PN, Halle-Ekane GE, Agbor VN, Sama CB, Ngwasiri C, Tebeu PM. Why do pregnant women present late for their first antenatal care consultation in Cameroon? *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2017;3(1):29.

10. Redi T, Seid O, Bazie GW, Amsalu ET, Cherie N, Yalew M. Timely initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women attending antenatal care in Southwest Ethiopia. *PLoS One*. 2022;17(8):e0273152.

11. Al-Wutayd O. Inadequate and Late Antenatal Contacts Among Saudi Mothers: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. *Int J Womens Health*. 2020;12:911-9.

12. Alem A, Yeshaw Y, Liyew AM, Tesema GA, Alamneh TS, Worku MG, et al. Timely initiation of antenatal care and associated

factors among pregnant women in sub-Saharan Africa: A multicountry analysis of Demographic and Health Surveys. *PLoS One*. 2022;17(1):e0262411.

13. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้

จาก: https://pkt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

14. โรงพยาบาลกลาง. รายงานการประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาทางคลินิก. กลาง: โรงพยาบาลกลาง; 2568 มี.ค. [27 หน้า].

15. โรงพยาบาลกลาง.สรุปรายงานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลกลาง ประจำปี 2567. กลาง : โรงพยาบาลกลาง ; 2567 พ.ย. [10 หน้า].

16. Likert R. *New Patterns of Management*. New York: McGraw-Hill; 1968.

17. Best JW. *Research is Evaluation*. 3rd ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1981.

18. หทัยรัตน์ รังสรรค์สุภชาติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้ากว่า 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการของรัฐเขตอำเภอเกาะกูด จังหวัดภูเก็ต. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น*. 2563;1(3):12-25.

19. ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.

20. พงษ์ศักดิ์ จันทรงาม, อติธยา สุวรรณสาร. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลชุมแพ. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*. 2565;12(2):373-88.

21. ชนิตร์ มาลัยกนก. การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าที่มาฝากครรภ์ ที่ศูนย์อนามัยที่

7 ขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น.
2560;10(1):12-32.

22. จิตติมา หาญสมบูรณ์. การประเมินผลการฝาก
ครรภ์ ภาวะสุขภาพมารดาและทารก อัมเฮอร์หลัง
สวน จังหวัดชุมพร. วารสารโรงพยาบาล
มหาสารคาม. 2565;19(1):23-34.

23.ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พร
นภา หอมสินธุ์. ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้ง
แรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน. วารสาร
พยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2019;37(2):180-
189.