



ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการมาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์พื้นที่ อำเภอลาง จังหวัดภูเก็ต

ปริญญ์ ศฤงคารนันต์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการของรัฐ เขตอำเภอลาง จังหวัดภูเก็ต ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลลางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอลาง จำนวน 535 คน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 โดยใช้สูตรของ Daneil เท่ากับ 201 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล และการรับรู้ด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านและนำไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค เท่ากับ 0.87 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ($X^2=4.931$, $p\text{-value} = 0.025$) ระดับการศึกษา ($X^2 = 5.91$, $p\text{-value} = 0.011$) รายได้ ($X^2 = 11.45$, $p\text{-value} = 0.001$) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ($X^2 = 53.7$, $p\text{-value} = 0.00$) จำนวนบุตร ($X^2 = 201$, $p\text{-value} = 0.00$) และการคุมกำเนิด ($X^2 = 10.728$, $p\text{-value} = 0.001$) การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ($X^2 = 9.084$, $p\text{-value} = 0.011$)

คำสำคัญ : การฝากครรภ์ล่าช้า, การรับรู้ด้านสุขภาพ

¹นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลลาง จังหวัดภูเก็ต, E-mail: t1parin@yahoo.com

Factors affecting delays in antenatal care for pregnant women in Thalang district, Phuket Provice

Parinya saringkanan¹

Abstract

The purpose of the descriptive research was to study the factors associated with delayed prenatal care among pregnant women who came for prenatal care for the first time at government facilities in Thalang District, Phuket Province. The population consisted of pregnant women who came for prenatal care in government hospitals. The state includes Thalang Hospital and Subdistrict Health Promoting Hospitals in Thalang District, totaling 535 people. From 1 October 2023 to 31 December 2023 using Daneil's formula, equal to 201 people, using a systematic random sampling method. Data were collected using an interview form consisting of 2 parts: personal characteristics and health awareness. The interview form was checked for content validity by three experts and then tested to calculate reliability. (Reliability) with Cronbach's alpha coefficient (Cronbach,1951) equal to 0.87. Data analysis using descriptive statistics and relationship analysis using Chi-square. The results found that factors related to delayed prenatal care include personal characteristics such as age ($X^2=4.931$, p-value=0.025), education level ($X^2 =5.91$, p-value=0.011), income ($X^2 =11.45$, p -value=0.001), number of pregnancies ($X^2 =53.7$, p-value=0.00), number of children ($X^2 =201$, p-value=0.00) and birth control ($X^2 =10.728$, p-value=0.001). Perception of Health related to delayed prenatal care included perception of pregnancy risk ($X^2 =9.084$, p-value=0.011)

Keywords: Late start of antenatal care., health awareness.

¹Expert doctor Thalang Hospital Phuket Province, E-mail:t1parin@yahoo.com

บทนำ

การฝากครรภ์เป็นจุดเริ่มต้นแห่งการพัฒนาคุณภาพประชากรเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นไปอย่างราบรื่น มารดา ทารก ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัยได้ดำเนินการให้มีโครงการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก โดยได้กำหนดให้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อเป็นการค้นหาความเสี่ยงด้านมารดาที่ส่งผลต่อทารกในครรภ์ ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายของมารดาและทารก (อรรถัย วงศ์พิกุลและคณะ, 2559) รวมถึงเป็นการ ป้องกัน วินิจฉัยโรคและรักษาทางการแพทย์ให้ได้ทันเวลาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเอดส์/เอชไอวี เป็นต้น (Belayneh et al., 2014; อ้างถึงใน เรณู ศรีสุข, 2559) ดังนั้นการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำและได้รับการดูแลที่เหมาะสม (กรมอนามัย, 2565) นอกจากนี้การตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์ยังต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคม เช่น บทบาทหน้าที่ ภาพลักษณ์สัมพันธภาพกับครอบครัว เป็นต้น การ เปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา จะมีการสร้างเซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ มากกว่าระยะอื่นๆ ทำให้ร่างกายต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น ในระยะนี้หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจะมีผลเสียทั้งแก่หญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์เป็นอย่างมาก ส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยการฝากครรภ์ ครั้งแรกควรทำในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ก่อนหรือเมื่อตั้งครรภ์ได้ 12 สัปดาห์ การมาฝากครรภ์ครั้งแรกนั้นเพื่อบันทึกประวัติทางการแพทย์และประวัติทางสุติกรรมซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก การฝากครรภ์ข้ามมีผลต่อสุขภาพแม่และเด็ก และการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความเสี่ยงการดูแลตามมาตรฐานจะส่งผลไม่ให้เกิดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งในระยะตั้งครรภ์, ระยะคลอด, หลังคลอด อันจะส่งผลต่อสุขภาพของแม่และเด็กในระยะยาว และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น (กรมอนามัย, 2565)

สถานการณ์ด้านสุขภาพแม่และเด็กในประเทศไทยแม้จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ก็ยังพบปัญหาอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (เกณฑ์ ร้อยละ 75) สถานการณ์การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ของจังหวัดภูเก็ต ปี 2563 – 2565 พบว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 61.31 63.93 และ 64.22 ตามลำดับ ส่วนในพื้นที่อำเภอถลาง พบว่ามีแนวโน้มลดลงในปี 2566 เช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 80.31 78.21 และ 79.74 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) นอกจากนี้ยังพบว่ามีทารกที่เกิดจากการคลอดในโรงพยาบาลถลางมีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมปี 2563-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 5.48 6.47 และ 7.20 ส่วนอัตราภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดต่อพันการเกิดมีชีพปี 2563-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นอัตรา 0.66

0.38 และ 0.58 ต่อพันการเกิดมีชีพตามลำดับ อัตราการเกิดไร้ชีพปี 2563 – 2565คิดเป็นอัตรา 1.66 5.64 และ 0.00 ต่อพันการเกิดมีชีพ ตามลำดับ (กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ส่วนในมารดาพบ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอดพบว่า มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในปี 2565 ร้อยละ 5.15 โดยพบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Hypertensive Disorder in Pregnancy) ร้อยละ 7.25 รองลงมาคือ โรคเบาหวานร้อยละ 6.35 และนอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2563-2565 พบร้อยละ 7.09 7.45 และ 8.78 ตามลำดับ(กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ในเขตพื้นที่อำเภอกลางจะพบว่า มีหน่วยบริการในการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกเอกชน และโรงพยาบาล จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ของ หญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อน 12 สัปดาห์ เพื่อนำผลการศึกษาไปวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามสาเหตุซึ่งจะส่งผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลหญิง ตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ในสถานบริการของรัฐ เขตอำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ 2) ปัจจัยระดับบุคคล 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม 4) ปัจจัย ด้านสังคม ตัวแปรตามได้แก่ ระยะเวลาในการมาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลกลางและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอกลาง จำนวน 535 คน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย สามารถกรอกแบบสอบถามด้วย ตนเองได้และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยรุนแรง ในช่วงเก็บแบบสอบถาม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daneil (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 201 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (System Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อกลุ่มหยิงตั้งครรรค์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา การตั้งครรรค์ครั้งที่ และจำนวนบุตร

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ตอน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรรค์ การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรรค์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรรค์ การรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรรค์ การศึกษาปัจจัยระดับบุคคลด้านความรู้เกี่ยวกับการฝากครรรค์ การศึกษาปัจจัยระดับบุคคลด้านความตั้งใจในการตั้งครรรค์ การศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม การศึกษาปัจจัยด้านสังคม การศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม

แบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) (1968) โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ การแปรผลใช้เกณฑ์การแปรผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best Jhon แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบทดสอบไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.87

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เอกสารรับรองเลขที่ PKPH 010/67

ผลการศึกษา

หญิงตั้งครรรค์ส่วนมากอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 44.78 รองลงมา อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 34.83 ($\bar{X}=26.39$, Min 14 ปี, Max 42 ปี, S.D.=6.572) สถานภาพสมรสร้อยละ 94.23 และมีการอยู่ร่วมกับสามี ร้อยละ 91.01 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35.80 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 28.40 อาชีพแม่บ้าน

ร้อยละ 44.80 รองลงมา รับจ้าง ร้อยละ 3.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 51.01 รองลงมา รายได้มากกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 23.74 ($\bar{X}=17,593.96$, Min 50,000 บาท, Max 70,000 บาท, S.D.= 9)771.292) มีสิทธิการรักษาร้อยละ 56.70 (ส่วนมากสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 50.00 รองลงมาสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 47.33) ไม่มีสิทธิการรักษา ร้อยละ 43.30 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบว่า มีการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง ร้อยละ 33.83 รองลงมา เป็นตั้งครรภ์จำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 31.34 ($\bar{X}=2.23$, S.D.=1.256) จำนวนบุตร พบว่า ส่วนมากมีบุตร 1 คน ร้อยละ 35.30 รองลงมาไม่มีบุตร ร้อยละ 34.80 ($\bar{X}=1.10$, S.D.=1.118) มีการวางแผนครอบครัว ร้อยละ 56.20 ส่วนมากใช้วิธีการวางแผนครอบครัวโดยการกินยาคุมกำเนิดร้อยละ 63.72 รองลงมาเป็นการคุมกำเนิดโดยวิธียาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 14.16 ยุครครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 58.21 รองลงมาฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่า 12 สัปดาห์ร้อยละ 41.79 ($\bar{X}=12.89$, S.D.=7.345)

การรับรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์และ การรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์ ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 189 คน (ร้อยละ 94.03) ระดับสูง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 5.97) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ($\bar{X}=3.52$, S.D.=0.996) แยกรายด้าน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 163 คน (ร้อยละ 81.09) รองลงมา ระดับต่ำ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 9.95) และระดับสูง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 8.96) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 ($\bar{X}=3.33$, S.D.=0.935) การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 107 คน (ร้อยละ 53.23) รองลงมา ระดับสูง จำนวน 91 คน (ร้อยละ 11.94) และระดับต่ำ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.49) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 ($\bar{X}=3.69$, S.D.=1.291) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 174 คน (ร้อยละ 86.57) รองลงมา ระดับสูง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 11.94) ระดับต่ำ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.49) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 ($\bar{X}=4.17$, S.D.=0.812) การรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 157 คน (ร้อยละ 78.11) รองลงมา ระดับต่ำ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 14.93) และระดับสูง จำนวน 14 คน (ร้อยละ 6.97) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 ($\bar{X}=2.89$, S.D.=0.944) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอธลาง จังหวัดภูเก็ต

การรับรู้ด้านสุขภาพของ การตั้งครรภ์	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
การรับรู้ความเสี่ยงของ การตั้งครรภ์	18	8.96	163	81.09	20	9.95	3.33	0.935
การรับรู้ความรุนแรงของ การไม่ฝากครรภ์	91	45.27	107	53.23	3	1.49	3.69	1.291
การรับรู้ประโยชน์ของ การฝากครรภ์	24	11.94	174	86.57	3	1.49	4.17	0.812
การรับรู้อุปสรรคของการ มาฝากครรภ์	14	6.97	157	78.11	30	14.93	2.89	0.944
โดยรวม	12	.97	189	94.035	0	0.00	3.52	0.996

ปัจจัยระดับบุคคลของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ และ ความตั้งใจในการฝากครรภ์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 119 คน (ร้อยละ 59.20) รองลงมาระดับสูง จำนวน 82 คน (ร้อยละ 40.79) ค่าเฉลี่ย 3.68 ($\bar{X}=3.68$, S.D.=0.857) และความตั้งใจในการฝากครรภ์อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 127 คน(ร้อยละ 63.18) ระดับสูง จำนวน 72 คน(ร้อยละ 35.82) และระดับต่ำจำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.00) ค่าเฉลี่ย 3.36 ($\bar{X}=3.36$, S.D.=1.001) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยระดับบุคคลของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยระดับบุคคล	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์	82	40.79	119	59.20	0	.00	3.68	0.857
ความตั้งใจในการฝากครรภ์	72	35.82	127	63.18	2	1.00	3.36	1.001

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต พบว่าการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 116 คน (ร้อยละ 57.71) รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 85 คน (ร้อยละ 42.99) ค่าเฉลี่ย 4.09 ($\bar{X} = 4.09, S.D. = 0.722$) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์โดยรวม อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
โดยรวม	116	57.71	85	42.29	0	0.00	4.09	0.722

ปัจจัยด้านสังคมของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส คู่รัก และ การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัว พบว่า ปัจจัยด้านสังคมโดยรวมพบว่ามีอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 137 คน (ร้อยละ 68.16) รองลงมา ระดับมาก จำนวน 60 คน (ร้อยละ 29.85) และระดับต่ำ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.99) ค่าเฉลี่ย 3.78 ($\bar{X} = 3.78, S.D. = 0.966$) แยกรายด้าน พบว่า การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส คู่รักอยู่ในระดับมาก จำนวน 127 คน (ร้อยละ 63.18) รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 68 คน (ร้อยละ 33.83) และระดับต่ำ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 2.99) ค่าเฉลี่ย 3.68 ($\bar{X} = 3.68, S.D. = 0.908$) การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 143 คน (ร้อยละ 71.14) รองลงมา ระดับมาก จำนวน 51 คน (ร้อยละ 25.37) และ ระดับต่ำ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 3.48) ค่าเฉลี่ย 3.88 ($\bar{X} = 3.88, S.D. = 1.024$) ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านสังคมของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอธลาง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยด้านสังคม	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
การยอมรับการตั้งครรภ์ ของคู่สมรส คู่รัก	127	63.18	68	33.83	6	2.99	3.68	0.908
การยอมรับการตั้งครรภ์ ของครอบครัว	51	25.37	143	71.14	7	3.48	3.88	1.024
โดยรวม	60	29.85	137	68.16	4	1.99	3.78	0.966

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi Square พบว่าปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร และการคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ส่วนสถานภาพสมรส อาชีพและสิทธิการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอธลาง จังหวัดภูเก็ต วิเคราะห์โดยใช้ โดยใช้ สถิติ Chi Square

ปัจจัย	การฝากครรภ์ล่าช้า						X ²	p-value
	รวม (n=201) n%	อายุครรภ์		อายุครรภ์				
		≤12สัปดาห์		>12สัปดาห์				
		(n=38คน)		(n=163คน)				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ	201	38	18.91	163	81.09	4.931	0.025**	
● ต่ำกว่า 20 ปี	117(58.21)	16	42.11	101	61.96			
● 20 ปีขึ้นไป	84(41.79)	22	57.89	62	38.04			

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต
วิเคราะห์โดยใช้ โดยใช้สถิติ Chi Square (ต่อ)

ปัจจัย	การฝากครรภ์ล่าช้า						X ²	p-value
	รวม (n=201) n%	อายุครรภ์ ≤12สัปดาห์		อายุครรภ์ >12สัปดาห์				
		(n=38คน)		(n=163คน)				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สถานภาพสมรส	201	189	94.03	12	5.97	5.786	0.16	
● คู่	117(58.21)	114	97.44	3	2.56			
● หม้าย หย่า โสด	84(41.79)	75	89.29	9	10.71			
ระดับการศึกษา	201	109	54.23	92	45.77	5.91	0.011**	
● มัธยมศึกษาตอนต้น	117(58.21)	53	45.30	64	54.70			
● มัธยมศึกษาตอน	84(41.79)	56		28				
ลงมา								
ปลายขึ้นไป			66.67		33.33			
อาชีพ	201	109	54.23	111	45.77	1.778	0.23 ^F	
● แม่บ้าน	117(58.21)	43	39.45	74	66.67			
● อื่นๆ(นักเรียน	84(41.79)	47	60.55	37	33.33			
ค้าขาย ข้าราชการ								
รับจ้าง								
เกษตรกรรม)								
รายได้(บาท/เดือน)	201	23	11.68	174	88.32	11.45	0.001**	
● <10,000	115(57.21)	8	6.96	107	93.04			
● ≥10,000	86(42.79)	15	18.29	67	81.71			
สิทธิการรักษา	201	87	43.28	114	56.72	0.536	0.281	
● ไม่มีสิทธิรักษา	117(58.21)	43	36.75	74	63.25			
● มีสิทธิรักษา	84(41.79)	44	52.38	40	47.62			

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต
วิเคราะห์โดยใช้ โดยใช้สถิติ Chi Square (ต่อ)

ปัจจัย	รวม (n=201) n%	การฝากครรภ์ล่าช้า				X ²	p-value
		อายุครรภ์ ≤12สัปดาห์		อายุครรภ์ >12สัปดาห์			
		(n=38คน)		(n=163คน)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนครั้งของการ ตั้งครรภ์	201	68	33.83	133	66.17	201.00	0.00**
• ตั้งครรภ์ครั้งแรก	117(58.21)	41	35.04	76	64.96		
• ตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง	84(41.79)	27	32.14	57	67.86		
จำนวนบุตร(คน)	201	182	90.55	19	9.45	10.728	0.00**
• ≤2	117(58.21)	107	58.79	10	52.63		
• > 2	84(41.79)	75	41.21	9	47.37		
การคุมกำเนิด	200	84	41.79	113	58.21	17.186	0.009**
• ไม่มีการคุมกำเนิด	117(58.21)	54	64.29	63	55.75		
• คุมกำเนิด	84(41.79)	33	35.71	50	44.25		

หมายเหตุ : F = การใช้สถิติ Fisher's Exact Test

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต โดยใช้สถิติ Chi-Square Test พบว่า พบว่า ด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้า ($\chi^2 = 9.084$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรภ์และการรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอ
ธลาง จังหวัดภูเก็ต (n=201)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	รวม (n=201)	การฝากครรภ์ล่าช้า		X ²	p-value
	n%	ก่อน 12 สัปดาห์ n%	หลัง 12 สัปดาห์ n%		
การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์				9.084	.011**
ระดับต่ำ	20(10.0)	5(25.0)	15(75.0)		
ระดับปานกลาง	135(67.2)	39(28.89)	96(71.11)		
ระดับสูง	46(22.9)	24(52.17)	90(47.83)		
การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรภ์				2.243	.326
ระดับต่ำ	3(1.5)	0(0.00)	0(0.00)		
ระดับปานกลาง	107(53.2)	18(16.82)	89(83.18)		
ระดับสูง	91(45.3)	50(54.95)	41(45.05)		
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์				.244	.371
ระดับต่ำ	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		
ระดับปานกลาง	49(24.4)	18			
ระดับสูง	152(75.6)	50			
การรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์				6.895	.075
ระดับต่ำ	9(4.5)	1(11.11)	8(90.89)		
ระดับปานกลาง	69(34.3)	18(26.07)	51(73.93)		
ระดับสูง	123(61.2)	49(39.84)	74(60.16)		

Fisher's Exact Test

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอธลาง
จังหวัดภูเก็ตโดยใช้สถิติ Chi-Square Test พบว่าปัจจัยระดับบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้า
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>0.05) ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยระดับบุคคลกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอ
กลาง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยระดับบุคคล	รวม	การฝากครรภ์ล่าช้า		X^2	p-value
	(n=201) n%	ก่อน 12 สัปดาห์ n%	หลัง 12 สัปดาห์ n%		
ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์				.051	.472
ระดับต่ำ	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		
ระดับปานกลาง	119(59.2)	41(34.45)	78(65.55)		
ระดับสูง	82(40.8)	27(32.93)	55(67.07)		
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์				1.223	.543
ระดับต่ำ	2(1.0)	0(0.00)	2(100.00)		
ระดับปานกลาง	127(63.2)	42(33.07)	85(66.93)		
ระดับสูง	72(35.8)	26(36.11)	46(63.89)		

Fisher's Exact Test

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>0.05) ตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์
ในพื้นที่อำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต (n=201)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและ วัฒนธรรม	รวม	การฝากครรภ์ล่าช้า		X^2	p-value
	(n=201) n%	ก่อน 12 สัปดาห์ n%	หลัง 12 สัปดาห์ n%		
การรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์				.281	.353
ระดับต่ำ	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		
ระดับปานกลาง	85(42.3)	27(31.76)	58(68.24)		
ระดับสูง	116(57.7)	41(35.34)	75(64.66)		

Fisher's Exact Test

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติ Chi-Square Test พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>0.05$) ตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต (n=201)

ปัจจัยด้านสังคม	รวม	การฝากครรภ์ล่าช้า		X^2	p-value
	(n=201) n%	ก่อน 12 สัปดาห์ n%	หลัง 12 สัปดาห์ n%		
การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส คู่รัก				.398	.820
ระดับต่ำ	6(3.0)	2(33.33)	4(66.67)		
ระดับปานกลาง	68(33.8)	49(72.06)	19(27.94)		
ระดับสูง	127(63.2)	17(13.39)	110(86.61)		
การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัว				.104	.949
ระดับต่ำ	7(3.5)	2(28.57)	5(71.43)		
ระดับปานกลาง	143(71.1)	49(34.27)	94(65.73)		
ระดับสูง	51(25.4)	17(33.33)	34(66.67)		

การอภิปรายและสรุปผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้า ประกอบด้วย คุณลักษณะของบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร การคุมกำเนิด โดยพบว่าเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 42.11 ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ไม่เหมาะสมสำหรับการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้า เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อยู่ในชุมชนเมืองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นลงมา ร้อยละ 53.7 ทำให้ขาดความตระหนักในการมาฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สุรินทร์ทรัพย์(2559) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ความไม่เพียงพอของรายได้ส่งผลกระทบต่อมารมาฝากครรภ์ เนื่องจากการมาฝากครรภ์ต้องมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น เช่น การเดินทาง สอดคล้องกับการศึกษาของสิริมา มงคลสัมฤทธิ์และศรีสุรางค์ ภัทรคาร์มินทร์ (2560) ที่พบว่าการมาฝากครรภ์

ล่าช้ามีความสัมพันธ์กับรายได้รวมครอบครัว สอดคล้องกับอังคณา สูงส่งเกียรติ (2558) ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้า ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม ดังนี้ อายุ ศาสนา ที่อยู่ ระดับการศึกษา ความพร้อมในการตั้งครรภ์ การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ช่องทางการรับรู้ข้อมูล อาชีพของ หญิงตั้งครรภ์ และสามี สิทธิการรักษาผู้สนับสนุนหลักสำหรับค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมาก

การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า ($X^2 = 9.084$) โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีระดับการรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 163 คน (ร้อยละ 81.09) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 ($\bar{X} = 3.33$, S.D. = 0.935) เมื่อพิจารณารายข้อจะพบว่าอาหารที่มีแคลเซียมสูงช่วยเสริมสร้างกระดูกของทารกในครรภ์ได้ ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.751) รองลงมาควรฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นถ้าไม่มีอาการผิดปกติก็ไม่ต้องมาฝากครรภ์ก็ได้ ($\bar{X} = 3.99$, S.D. = 1.01) และในการตั้งครรภ์แต่ละครั้งหากมีอาการผิดปกติใดๆไปฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้งก็เพียงพอไม่ต้องไปอีกรอคอยเลย ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 1.003) ตามลำดับ ซึ่งจุดประสงค์การฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของมารดาระหว่างการตั้งครรภ์ วินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์พร้อมค้นหาสาเหตุและหาแนวทางการแก้ไขป้องกัน และลดอาการแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์เพื่อคัดกรองโรค เพื่อลดอัตราการตายของมารดา และทารกในครรภ์ เช่น การคลอดผิดปกติ การเสียเลือด การติดเชื้อ การคลอดก่อนกำหนด เพื่อช่วยให้ทารกคลอดและมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนระหว่างการตั้งครรภ์ในด้านสุขศึกษาโภชนาการ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความผิดปกติจากการตั้งครรภ์เพื่อลดความกังวลและส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ (กรมอนามัย, 2565) สอดคล้องกับศิริวรรณ แสงอินทร์และช่อทิพย์ ผลกุล (2561) หญิงตั้งครรภ์อายุมากมีคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์เฉลี่ย 296.13 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ควรมีการรณรงค์ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์และ

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย.(2565). **คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข.ครั้งที่ 1.** นนทบุรี:สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก
; <https://phdb.moph.go.th/main/index> เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2566.

จิตติมา หาญสมบูรณ์.(2565).**การประเมินผลการฝากครรภ์ ภาวะสุขภาพมารดาและทารกอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร.** วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน) พ.ศ. 2565 : 23-33.

สุวิมล สุรินทร์พย์. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์พื้นที่โซนตะวันตกของอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน.**(วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.2559.

ศิริวรรณ แสงอินทร์และช่อทิพย์ ผลกุล.(2561).**การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพและความต้องการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก.** [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก
<https://buuir.buu.ac.th/handle/1234567890/4052> เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2566.

เรณู ศรีสุข.(2558). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนัสนิคม.** (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง,คณะพยาบาลศาสตร์), มหาวิทยาลัยบูรพา. 2558.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก
https://pkt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2566.

อรทัย วงศ์พิกุล,สินีนารถ โรจนานุกูลพงศ์และอำพรพรรณ คำรณฤทธิ์.(2558).**ฝากครรภ์ดี มีคุณภาพควรฝากครรภ์**

ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์.นครราชสีมา:ศูนย์อนามัยที่ 9 กรมอนามัย.เข้าถึงได้จาก
<http://hpc9.anamai.moph.go.th/images/pdf59/teen59/ANC.pdf>

Best, John W. (1977). **Research is Evaluation.** (3rded). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.

Bloom, B.S. (1975). **Taxonomt of Education.** David McKay Company Inc., New York.

Cronbach, Lee J. (1951). **Essentials of Psychological Testing.** 3rd ed. New York: Harpe

Daneil W.W.(2010). **Biostatistics:Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences.** (9th ed). New York: John Wiley&Sons.



Likert R. inventor New Patterns of Management. 1961.

World Health Organization [WHO]. (2003). **Antenatal care in developing countries promises, achievements and missed opportunities:** An analysis of levels, and differentials.
Geneva: World Health Organization