

Factors Contributing to Delayed Prenatal Care among Pregnant Women at Khlong Luang Hospital, Pathum Thani Province

*Prame Chantabal, M.D.**

*Monchai Suntipap, M.D.***

Abstract

Objective: To determine the incidence of late antenatal care (ANC) initiation and identify factors associated with it among pregnant women receiving services at Khlong Luang Hospital, Pathum Thani Province.

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted on 75 pregnant women who attended their first ANC visit at Khlong Luang Hospital, Pathum Thani Province, between October 1, 2024, and March 31, 2025. Data were collected using a questionnaire with a reliability of Cronbach's alpha = 0.87, which included general information, perceived benefits of and risks to pregnancy, social support, and depression (2Q-9Q screening tool), as well as ANC information. Data were analyzed using the Chi-square test and logistic regression.

Results: The incidence of late ANC initiation (after 12 weeks of gestation) was 56.0%. The mean age of women with late ANC initiation was 25.8 ± 7.9 years, and their mean gestational age at the first visit was 16.08 ± 8.52 weeks. Multivariate logistic regression analysis revealed that factors significantly associated with late ANC initiation were unawareness of pregnancy before 12 weeks of gestation (Adjusted Odds Ratio [aOR] = 6.87, 95% CI 1.74–27.20, $p = 0.006$) and mild depression (aOR = 8.70, 95% CI 2.10–36.00, $p = 0.004$).

Conclusion: This study demonstrates a relatively high incidence of late antenatal care initiation at Khlong Luang Hospital, Pathum Thani Province. Unawareness of pregnancy and mild depression were significant factors associated with delayed ANC. These findings can be utilized to plan and improve maternal and child health service systems in the area to ensure pregnant women have timely and appropriate access to care.

Keywords: late antenatal care; pregnancy; depression; perceived benefits of pregnancy

*Khlong Luang Hospital, Pathum Thani Province

**Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University

Received: June 27, 2025; Revised: October 15, 2025; Accepted: November 26, 2025

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลคลองหลวงจังหวัดปทุมธานี

เปรม จันทบาล, พ.บ.*

มนต์ชัย สันติภาพ, พ.บ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา: การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (analytical cross-sectional study) ในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 75 ราย ที่เข้ามาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกและมาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568 โดยใช้แบบสอบถามที่มีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.87 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การรับรู้ประโยชน์และความเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า (แบบคัดกรอง 2Q-9Q) รวมถึงข้อมูลการฝากครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square test และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression)

ผลการศึกษา: อุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ล่าช้ากว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 56.0 โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ล่าช้ามีอายุเฉลี่ย 25.8 ± 7.9 ปี และมีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก 16.08 ± 8.52 สัปดาห์ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multivariable logistic regression) ได้แก่ การไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ (Adjusted Odds Ratio [aOR] = 6.87, 95% CI 1.74–27.20, $p = 0.006$) และภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (aOR = 8.70, 95% CI 2.10–36.00, $p = 0.004$)

สรุป: การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของการเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้าที่โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยการไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์และการมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาวางแผนและปรับปรุงระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กในพื้นที่ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา

คำสำคัญ : การฝากครรภ์ล่าช้า; การตั้งครรภ์; ภาวะซึมเศร้า; การรับรู้ประโยชน์ของการตั้งครรภ์

*โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

**ภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ได้รับต้นฉบับ: 27 มิถุนายน 2568; แก้ไขบทความ: 15 ตุลาคม 2568; รับลงตีพิมพ์: 26 พฤศจิกายน 2568

บทนำ

การฝากครรภ์ (Antenatal care) เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพที่สำคัญของหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงวันคลอด โดยมีจุดประสงค์ เพื่อประเมินและส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์อย่างเป็นระบบ ทั้งการตรวจสุขภาพร่างกายทั่วไป การตรวจเลือด การตรวจอัลตราซาวด์เพื่อประเมินการเจริญเติบโตของทารก ตลอดจนถึงคำแนะนำด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และคลอด รวมทั้งลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารก⁽¹⁻³⁾ เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงที่สามารถคัดกรองความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ล่าช้าหลัง 12 สัปดาห์ มีความเสี่ยงที่จะคลอดก่อนกำหนด (OR = 4.08, 95% CI: 3.29–5.07) และมีทารกน้ำหนักแรกคลอดต่ำ (OR = 3.12, 95% CI: 2.66–3.67) มากกว่าผู้ที่มาฝากครรภ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁴⁾

การฝากครรภ์ล่าช้ายังคงเป็นปัญหาสำคัญในหลายพื้นที่ ในประเทศไทยพบความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ากว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 46.80⁽⁵⁾ โดยเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเข้าถึงบริการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ล่าช้า แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) การไม่รู้ว่าตั้งครรภ์ เนื่องจากไม่มีอาการชัดเจน หรือเข้าใจผิดจากความเชื่อส่วนบุคคล 2) การรู้ว่าตั้งครรภ์แต่หลีกเลี่ยงการฝากครรภ์ เช่น ความกลัว ความลังเล หรือไม่เห็นความสำคัญของการดูแล และ 3) ปัญหา

จากระบบบริการ เช่น ความล่าช้าในการนัดหมาย ขาดข้อมูล ความไม่สะดวกในการเดินทางหรือ การได้รับบริการที่ไม่เป็นมิตร⁽⁶⁾ นอกจากนี้งานวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ศาสนา ที่อยู่ ระดับการศึกษา ความพร้อมในการตั้งครรภ์ อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประวัติการแท้งบุตร เป็นต้น^(5,7) ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์และเจตคติต่อการฝากครรภ์ก็มีผลต่อการฝากครรภ์ล่าช้า⁽⁸⁻⁹⁾ และจากการศึกษาของ Getnet Beyene และคณะพบว่า ภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์มีผลต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศเอธิโอเปีย⁽¹⁰⁾ ซึ่งถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ควรให้ความสำคัญเนื่องจากในประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 1.6-8.8⁽¹¹⁻¹²⁾ แต่ยังไม่มียานวิจัยที่ศึกษาโดยตรงถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการมาฝากครรภ์ล่าช้า

โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เป็นหนึ่งในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ให้บริการฝากครรภ์ในพื้นที่ พบว่าในปี พ.ศ. 2566 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์แรกเพียงร้อยละ 62.87 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดปทุมธานี (ร้อยละ 64.83) และไม่เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่อาจมีผลต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับ

บริการที่โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนเชิงนโยบาย ส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก และลดอัตราการฝากครรภ์ล่าช้าในระดับพื้นที่และระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การมาฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytical cross-sectional study) โดยทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria):

- หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria):

- หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถสื่อสารได้
- หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วนตามที่ใช้ในการศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรของ Wayne W., D (13) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ที่ 10% โดยอ้างอิงสัดส่วนความชุกของการมาฝากครรภ์ล่าช้าจากข้อมูลจังหวัดปทุมธานี ร้อยละ 26.11 เป็นค่าประมาณในการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 75 รายได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 75 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการเก็บข้อมูลมีการตรวจสอบเนื้อหาของแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นแล้วตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสูติกรรม 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 2 ท่าน พยาบาลผดุงครรภ์เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ตรวจสอบลักษณะของเนื้อหาหรือองค์ประกอบของเนื้อหาให้มีความครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัดตามวัตถุประสงค์ของการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาเครื่องมือให้เหมาะสมสำหรับเก็บข้อมูลในการเก็บวิจัย หลังจากปรับปรุงแล้วได้นำแบบสอบถามไปทดลองกับผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 10 คน และข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในตัวแปรแต่ละด้าน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค ได้ค่า 0.87 โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบหรือเติมข้อเท็จจริงลงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 24 ข้อ

2) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์และการรับรู้ความเสี่ยงของการฝากครรภ์ช้า ประกอบด้วยความคิดเห็นของ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งและเกณฑ์การแปลผลแบ่ง 3 ระดับ⁽¹⁴⁾ คือ น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำ, ร้อยละ 60-79 หมายถึง ระดับปานกลาง และร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง

3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบุคคลในครอบครัว โดยจะวัดถึงการที่หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับคำแนะนำในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดจากสามี และบุคคลในครอบครัว จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ และเกณฑ์การแปลผลแบ่ง 3 ระดับ⁽¹⁴⁾ คือ น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 หมายถึง ระดับปานกลาง และร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง

4) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) โดยใช้แบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต ในส่วน 2Q ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ข้อ การแปลผล ถ้าคำตอบไม่มีทั้ง 2 คำถาม หมายถึง ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า และ ถ้าคำตอบ มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q การแปลผล น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ 7-12 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าระดับปานกลางและมากกว่า 18 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าระดับรุนแรง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างและบันทึกข้อมูลลงในใบบันทึกข้อมูล หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และรวบรวมแบบสอบถามเพื่อนำไปใช้วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA Version 15 (Stata Corp LLC, College Station, TX, USA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ดังนี้

1. เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากร จะใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา โดยตัวแปรเชิงคุณภาพ เช่น เพศ จะแสดงเป็นข้อมูลแจกแจง โดยนำเสนอเป็นความถี่และร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ เช่น อายุ เป็นข้อมูลต่อเนื่อง แสดงเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างสองกลุ่มใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Chi-square test

3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า ใช้ bivariate analysis โดยใช้ logistic regression เพื่อคำนวณ odds ratios (ORs) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence interval, 95% CI) สำหรับตัวแปรแต่ละตัว

โดยตัวแปรที่พบว่ามีค่า $p < 0.20$ จะถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์ multivariate logistic regression เพื่อคำนวณ adjusted odds ratios (AORs) และ 95% CI เพื่อระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นอิสระกับการฝากครรภ์ล่าช้า

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี เอกสารรับรอง PPHO-REC 2566/47 ลงวันที่ 20 กันยายน 2567

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 75 ราย พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้าคิดเป็น ร้อยละ 56.00 โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อเริ่มฝากครรภ์อยู่ที่ 16.08 ± 8.52 สัปดาห์ มีอายุเฉลี่ย 25.79 ± 7.88 ปี และ

มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.21 ± 6.36 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ใช้เวลาเดินทางมาฝากครรภ์มากกว่า 30 นาที คิดเป็น ร้อยละ 58.67 อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดกลาง (2-5 คน) คิดเป็น ร้อยละ 78.67 ระดับการศึกษาของทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามีส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นถึงตอนปลาย โดยหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ขณะที่สามีส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มรับจ้างทั่วไป เคยตั้งครรภ์มาแล้ว คิดเป็น ร้อยละ 61.33 เคยมีประวัติการแท้งบุตร คิดเป็น ร้อยละ 22.67 ไม่ทราบว่าตนตั้งครรภ์ก่อนสัปดาห์ที่ 12 คิดเป็น ร้อยละ 58.67 ไม่ได้วางแผนมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 58.67 และต้องการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 73.33 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ฝากครรภ์ล่าช้ากับกลุ่มที่ฝากครรภ์ตามกำหนด พบตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ($p = 0.043$) จำนวนครั้งของการคลอด ($p = 0.021$) การทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ ($p = 0.002$) การต้องการมีบุตร ($p = 0.046$) และมีระดับภาวะซึมเศร้า ($p = 0.006$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มที่ฝากครรภ์ล่าช้าและฝากครรภ์ตามกำหนด (N=75)

ข้อมูลทั่วไป	ฝากครรภ์ล่าช้า (N=42)	ฝากครรภ์ตามกำหนด (N=33)	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)			0.185
< 20	12 (28.57)	7 (21.21)	
20 – 35	21 (50.00)	23 (69.70)	
> 35	9 (21.43)	3 (9.09)	
BMI (kg/m ²)			0.446
< 25	29 (69.05)	20 (60.61)	
≥ 25	13 (30.95)	13 (39.39)	
ระยะเวลาที่ใช้เดินทางมาฝากครรภ์ (นาที)			0.112
< 30	14 (33.33)	17 (51.52)	
≥ 30	28 (66.67)	16 (48.48)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว			0.438
1 - 2	3 (7.14)	1 (3.03)	
2 - 5	34 (80.95)	25 (75.76)	
> 5	5 (11.90)	7 (21.21)	
สถานภาพสมรส			0.292
โสด	26 (61.90)	16 (48.48)	
สมรส	15 (35.71)	17 (51.52)	
หม้าย / หย่าร้าง	1 (2.38)	0 (0.00)	
ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ตั้งครรภ์			0.889
ไม่ได้เรียน / ประถมศึกษา	6 (14.29)	5 (15.15)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	15 (35.71)	9 (27.27)	
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	19 (45.24)	17 (51.52)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2 (4.76)	2 (6.06)	
ระดับการศึกษาสูงสุดของของสามีผู้ตั้งครรภ์			0.385
ไม่ได้เรียน / ประถมศึกษา	12 (28.57)	7 (21.21)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	20 (47.62)	12 (36.36)	
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	9 (21.43)	12 (36.36)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1 (2.38)	2 (6.06)	
โรคประจำตัว			0.758
ไม่มี	30 (90.91)	39 (92.86)	
มี	3 (9.09)	3 (7.14)	

ตาราง 1 การเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มที่ฝากครรภ์ล่าช้าและฝากครรภ์ตามกำหนด (N=75) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ฝากครรภ์ล่าช้า (N=42)	ฝากครรภ์ตามกำหนด (N=33)	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
สิทธิการรักษา			0.967
ประกันสังคม	8 (19.05)	6 (18.18)	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	32 (76.19)	25 (75.76)	
ชำระเงินเอง	2 (4.76)	2 (6.06)	
รายได้ครอบครัว			0.543
≤ 5,000 บาท	2 (4.76)	1 (3.03)	
5,001 - 10,000 บาท	17 (40.48)	11 (33.33)	
10,001 - 20,000 บาท	19 (45.24)	14 (42.42)	
> 20,000 บาท	4 (9.52)	7 (21.21)	
อาชีพของผู้ตั้งครรภ์			0.954
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15 (35.71)	12 (36.36)	
ประกอบอาชีพ	27 (64.29)	21 (63.64)	
อาชีพของสามีผู้ตั้งครรภ์			0.977
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 (11.90)	4 (12.12)	
ประกอบอาชีพ	37 (88.10)	29 (87.88)	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์			0.043*
1	12 (28.57)	17 (51.52)	
≥ 2	30 (71.43)	16 (48.48)	
จำนวนครั้งของการคลอด			0.021*
0	13 (30.95)	19 (57.58)	
≥ 1	29 (69.05)	14 (42.42)	
ภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ที่แล้ว			0.431
มี	3 (7.14)	1 (3.03)	
ไม่มี / เป็นครรภ์แรก	39 (92.86)	32 (96.97)	
ประวัติการแท้งบุตร			0.773
มี	9 (21.43)	8 (24.24)	
ไม่มี	33 (78.57)	25 (75.76)	
การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์นี้			0.446
มี	13 (30.95)	13 (39.39)	
ไม่มี	29 (69.05)	20 (60.61)	
ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์			0.002*
ทราบ	14 (33.33)	23 (69.70)	
ไม่ทราบ	28 (66.67)	10 (30.30)	

ตาราง 1 การเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มที่ฝากครรภ์ล่าช้าและฝากครรภ์ตามกำหนด (N=75) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ฝากครรภ์ล่าช้า (N=42)	ฝากครรภ์ตามกำหนด (N=33)	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การวางแผนมีบุตรก่อนการตั้งครรภ์			0.865
ใช่	17 (40.48)	14 (42.42)	
ไม่ใช่	25 (59.52)	19 (57.58)	
ต้องการมีบุตร			0.046*
ใช่	27 (64.29)	28 (84.85)	
ไม่ใช่	15 (35.71)	5 (15.15)	
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์			0.519
ระดับสูง	39 (92.86)	30 (90.91)	
ระดับปานกลาง	3 (7.14)	2 (6.06)	
ระดับน้อย	0 (0.00)	1 (3.03)	
การรับรู้ความเสี่ยงของการฝากครรภ์ช้า			0.088
ระดับสูง	24 (57.14)	25 (75.76)	
ระดับปานกลาง	18 (42.86)	7 (21.21)	
ระดับน้อย	0 (0.00)	1 (3.03)	
การสนับสนุนทางสังคม			0.362
ระดับสูง	25 (59.52)	23 (69.70)	
ระดับปานกลาง	15 (35.71)	10 (30.30)	
ระดับน้อย	2 (4.76)	0 (0.00)	
ภาวะซึมเศร้า			0.006*
ระดับรุนแรง	2 (4.76)	10 (30.30)	
ระดับปานกลาง	20 (47.62)	15 (45.45)	
ระดับน้อย	20 (47.62)	8 (24.24)	

*P < 0.0

ตาราง 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า โดยในการวิเคราะห์แบบสองตัวแปร (bivariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้เดินทางมาฝากครรภ์สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอดทราบว่าตนเองตั้งครรภ์

ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ ต้องการมีบุตร การรับรู้ความเสี่ยงของการฝากครรภ์ช้าและภาวะซึมเศร้าแต่เมื่อเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multivariable logistic regression) โดยควบคุมปัจจัยรบกวน พบว่าการไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ (AOR = 6.87, 95% CI 1.74 -

27.20, $p = 0.006$) และภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ยังคงมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 8.70, 95% CI 2.10 - 36.00, $p = 0.004$)

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์

ปัจจัย	COR (95% CI)	P-value	AOR (95% CI)	P-value
สิทธิการรักษา				
ประกันสังคม	1.00			
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	0.96 (0.29 - 3.13)	0.946		
ชำระเงินเอง	0.75 (0.08 - 6.96)	0.800		
รายได้ครอบครัว				
≤ 5,000 บาท	3.50 (0.24 - 51.90)	0.363		
5,001 - 10,000 บาท	2.70 (0.64 - 11.46)	0.177	6.73 (0.78 - 58.19)	0.083
10,001 - 20,000 บาท	2.38 (0.58 - 9.72)	0.229		
> 20,000 บาท	1.00			
อาชีพของผู้ตั้งครรภ์				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.00			
ประกอบอาชีพ	1.03 (0.40 - 2.66)	0.954		
อาชีพของสามีผู้ตั้งครรภ์				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.00			
ประกอบอาชีพ	1.02 (0.25 - 4.15)	0.977		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์				
1	1.00			
≥ 2	2.66 (1.02- 6.91)	0.045*	2.25 (0.10 - 49.75)	0.608
จำนวนครั้งของการคลอด				
0				
≥ 1	3.03 (1.17- 7.84)	0.022*	1.02 (0.05 - 20.12)	0.991
ภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ที่แล้ว				
มี	1.00			
ไม่มี / เป็นครรภ์แรก	0.41 (0.04 - 4.10)	0.445		
ประวัติการแท้งบุตร				
มี	1.00			
ไม่มี	1.17 (0.40- 3.47)	0.773		
การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์นี้				
มี	1.00			
ไม่มี	1.45 (0.56 - 3.77)	0.447		

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

ปัจจัย	COR (95% CI)	P-value	AOR (95% CI)	P-value
อายุ (ปี)				
≤ 35	0.37 (0.26 - 1.80)	0.447		
> 35	1.00			
BMI (kg/m²)				
< 25	1.00			
≥ 25	0.69 (0.26 - 1.80)	0.447		
ระยะเวลาที่ใช้เดินทางมาฝากครรภ์ (นาที)				
< 30	1.00			
≥ 30	2.13 (0.83 - 5.42)	0.115	0.87 (.21 - 3.72)	0.854
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
1 - 2	1.00			
2 - 5	0.45 (0.04 - 4.62)	0.504		
> 5	0.24 (0.02 - 3.01)	0.268		
สถานภาพสมรส				
สมรส	1.00			
โสด / หม้าย/หย่าร้าง	1.91 (0.75- 4.85)	0.172	1.73 (0.41 - 7.34)	0.454
ระดับการศึกษาของผู้ตั้งครรภ์				
ไม่ได้เรียน / ประถมศึกษา	1.20 (0.12 - 11.87)	0.876		
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.67 (0.20 - 13.98)	0.638		
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	1.12 (0.14 - 8.82)	0.916		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1.00			
ระดับการศึกษาของของสามีผู้ตั้งครรภ์				
ไม่ได้เรียน / ประถมศึกษา	3.43 (0.26- 45.03)	0.348		
มัธยมศึกษาตอนต้น	3.33 (0.27- 40.81)	0.346		
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	1.50 (0.12 - 19.24)	0.755		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1.00			
โรคประจำตัว				
ไม่มี	1.00			
มี	0.77 (0.14 - 4.08)	0.758		

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

ปัจจัย	COR (95% CI)	P-value	AOR (95% CI)	P-value
ทราบตัวตนเองตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์				
ทราบ	1.00			
ไม่ทราบ	4.60 (1.72 - 12.27)	0.002*	6.87 (1.74 - 27.20)	0.006*
การวางแผนมีบุตรก่อนการตั้งครรภ์				
ใช่	1.00			
ไม่ใช่	1.08 (0.43- 2.73)	0.865		
ต้องการมีบุตร				
ใช่	1.00			
ไม่ใช่	3.11 (0.99 - 9.75)	0.051	4.84 (0.99 - 23.55)	0.051
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์				
ระดับสูง	1.00			
ระดับปานกลาง / ระดับน้อย	0.77 (0.14- 4.08)	0.758		
การรับรู้ความเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า				
ระดับสูง	1.00			
ระดับปานกลาง / ระดับน้อย	2.34 (0.86- 6.39)	0.096	3.30 (0.70 - 15.44)	0.130
การสนับสนุนทางสังคม				
ระดับสูง	1.00			
ระดับปานกลาง / ระดับน้อย	1.56 (0.60- 4.10)	0.364		
ภาวะซึมเศร้า				
ระดับรุนแรง	1.00			
ระดับปานกลาง	6.67 (1.27 - 35.04)	0.025*	7.31 (0.76 - 69.93)	0.084
ระดับน้อย	12.50 (2.23 - 70.19)	0.004*	8.70 (2.10-36.00)	0.004*

*P < 0.05, COR: crude odds ratio, AOR: adjusted odds ratio

อภิปรายผล

จากการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 75 ราย พบอุบัติการณ์การมาฝากครรภ์ล่าช้าหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์สูงถึงร้อยละ 56.00 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ จันทรงาม⁽¹⁵⁾ ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ที่รายงานอัตราการฝากครรภ์ล่าช้า

ร้อยละ 57.35 อย่างไรก็ตาม อัตราที่สูงกว่าที่พบในบางพื้นที่ เช่น อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 46.80⁽⁵⁾ และอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ร้อยละ 40.50⁽⁸⁾ ความแตกต่างของอุบัติการณ์การฝากครรภ์ล่าช้าในแต่ละพื้นที่อาจสะท้อนถึงความหลากหลายด้านบริบทของแต่ละชุมชน ไม่ว่าจะเป็นระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่ายหรือยาก รวมถึงปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

ที่แตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค และนอกจากนี้ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การไม่ทราบว่ ตนเองตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ (AOR = 6.87, 95% CI 1.74 -27.20, p = 0.006) และภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (AOR = 8.70, 95% CI 2.10 - 36.00, p = 0.004)

จากผลการศึกษาที่พบว่า การไม่ทราบว่ ตนเองตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝาก ครรภ์ล่าช้า สอดคล้องกับงานวิจัยของพงษ์ศักดิ์ จันทรงาม⁽¹⁵⁾ ที่ระบุว่า การไม่ทราบว่ ตนเอง ตั้งครรภ์เป็นสาเหตุสำคัญของการฝากครรภ์ล่าช้า ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยมีอัตราสูงถึง ร้อยละ 42.65 และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (aOR = 54.93, 95 % CI 18.43–163.76, p < 0.001) นอกจากนี้ การศึกษาเชิงคุณภาพ ของ มณีรัตน์ พัฒนสมบัติสุข และคณะ⁽¹⁶⁾ ใน จังหวัดยะลา ที่พบว่า การไม่ทราบว่ ตนเองตั้งครรภ์ และไม่แน่ใจว่ ตนเองตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุหลักของ การมาฝากครรภ์ล่าช้า โดยมีปัจจัยสนับสนุน เช่น มีรูปร่างอ้วน ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ประจำ เดือนยังไม่มาหลังคลอดบุตรและไม่มีอาการแพ้ท้อง ซึ่งบ่งชี้ว่ หญิงตั้งครรภ์บางรายอาจไม่สังเกตเห็น อาการที่ชัดเจนของการตั้งครรภ์ ทำให้ขาดความ ตระหนักและนำไปสู่การฝากครรภ์ที่ล่าช้าในส่วน ของภาวะซึมเศร้า การศึกษาครั้งนี้พบว่า การมี ภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมีความสัมพันธ์กับการ ฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Beyene GM และคณะ⁽¹⁰⁾ ในภาคตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศเอธิโอเปีย ซึ่งพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตรา

การมาฝากครรภ์ล่าช้าสูงถึงร้อยละ 75 เมื่อเทียบ กับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่มีอัตราการฝากครรภ์ ล่าช้าร้อยละ 56 โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ กับ การฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR = 2.20, 95% CI 1.393–3.471, p < 0.01) โดยอาจเป็นไปได้ว่ การที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองลดลง ขาดความ มั่นใจในการตัดสินใจ และรู้สึกกลัวการเข้าสู่ระบบ บริการสุขภาพ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ แม้ภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในระดับ ไม่รุนแรง ก็สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การแสวงหาบริการสุขภาพได้ ปัจจัยเหล่านี้ ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แม่และเด็ก และอาจนำไปสู่การมาฝากครรภ์ล่าช้า ในที่สุด

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้นนี้ไม่พบ ความสัมพันธ์ระหว่างการฝากครรภ์ล่าช้ากับ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ (p = 0.758), การรับรู้ความเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า (p = 0.130) และการสนับสนุนทางสังคม (p = 0.364) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของหทัยรัตน์ รังสรรค์สฤษฎี⁽⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ การมาฝากครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์ในอำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต ซึ่งพบว่า การรับรู้ประโยชน์และความ เสี่ยงของการฝากครรภ์ รวมถึงทัศนคติของหญิง ตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า เช่นกัน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์ศักดิ์ จันทรงาม⁽¹⁵⁾ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของ การสนับสนุนทางสังคมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้า เช่นกัน การที่ไม่พบความสัมพันธ์ในปัจจัยเหล่านี้ อาจสะท้อนให้เห็นว่ แม้หญิงตั้งครรภ์จะมีความ รู้หรือรับรู้ถึงประโยชน์และความเสี่ยงของการ

ฝากครรภ์ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในระดับที่ดี แต่หากยังมีอุปสรรคเชิงโครงสร้าง อาทิ ความห่างไกลของสถานพยาบาล รายได้ ภาระงาน หรือภาวะสุขภาพจิต (5, 10, 15, 16, 20, 21) ปัจจัยเหล่านี้ก็อาจมีอิทธิพลเหนือกว่าการรับรู้ในเชิงพฤติกรรมและเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดการมาฝากครรภ์ล่าช้า

สรุป

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า อุบัติการณ์ของการเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้าในพื้นที่โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์และภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการวางแผน และปรับปรุงระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กในพื้นที่ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อแก้ไขปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้า โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ หน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาลคลองหลวง และเครือข่ายบริการปฐมภูมิควรดำเนินมาตรการแบบบูรณาการหลายระดับอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- ระดับบุคคล: ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ผ่านสื่อสุขภาพ การให้คำปรึกษาในคลินิกวางแผนครอบครัวหรือคลินิกวัยรุ่น รวมถึงกระตุ้นให้หญิงวัยเจริญพันธุ์สังเกตความเปลี่ยนแปลงของร่างกายและเข้ารับ

การตรวจการตั้งครรภ์เบื้องต้นเมื่อสงสัย

- ระดับชุมชน: จัดกิจกรรมให้ความรู้ในชุมชนและสถานศึกษา ส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนให้ทำหน้าที่เชิงรุกในการติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง การให้คำปรึกษาและประสานงานส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการฝากครรภ์

- ระดับระบบบริการและนโยบาย: ควรเพิ่มการเข้าถึงบริการฝากครรภ์โดยจัดให้มีบริการคลินิกนอกเวลาและคลินิกเคลื่อนที่ในพื้นที่ห่างไกล พัฒนาระบบคัดกรองหญิงวัยเจริญพันธุ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดให้มีจุดตรวจการตั้งครรภ์ฟรีหรือราคาต่ำและสร้างระบบติดตามเชิงรุกเพื่อให้ผู้ที่พบว่าตั้งครรภ์ได้รับการนัดหมายฝากครรภ์โดยเร็ว

2. จากผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยมักมาฝากครรภ์ล่าช้า ดังนั้นควรบูรณาการการคัดกรองสุขภาพจิตให้เป็นส่วนหนึ่งของเส้นทางฝากครรภ์ครั้งแรกและการดูแลก่อนคลอดทุกครั้งอย่างเป็นระบบ พร้อมจัดให้มีการให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยทีมสหวิชาชีพ และส่งต่อเพื่อรับการดูแลด้านจิตใจอย่างเหมาะสมหากพบความผิดปกติ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการซึมเศร้าพัฒนาไปสู่ระดับรุนแรง

3. งานวิจัยนี้สามารถสะท้อนให้เห็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการฝากครรภ์ล่าช้าได้อย่างเป็นระบบในบริบทของสถานบริการระดับปฐมภูมิ และเสนอแนวทางเชิงปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริงทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และระบบบริการ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีคุณค่าในการกำหนดมาตรการด้านสาธารณสุขในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามควรพัฒนาในส่วนของการติดตาม

ผลระยะยาวของหญิงตั้งครรภ์เพื่อประเมินผลลัพธ์ ในวัยรุ่น โดยเฉพาะในสถานศึกษา ตลอดจน ด้านสุขภาพของมารดาและทารก รวมถึงบูรณาการ ศึกษาผลกระทบจากการฝากครรภ์ล่าช้าทั้งต่อ ตัวแปรด้านสุขภาพจิต ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ มารดาและทารก เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการ และทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มเติม เพื่อให้ พัฒนานโยบายและมาตรการส่งเสริมการฝากครรภ์ ข้อมูลมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้นนอกจากนี้ อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Pediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 8th ed. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; 2017.
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman. London: RCOG Press; 2008.
3. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med 1994;38(8):1091-110.
4. Puthussery S, Tseng P, Sharma E, Harden A, Leah L. Late antenatal care initiation and neonatal outcomes in an ethnically diverse maternal cohort. Eur J Public Health; 2022.
5. หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤชดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้ากว่า 12 สัปดาห์ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการของรัฐเขตอำเภอเกาะกู่ จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ท 2566;1(3):12-25.
6. Haddrill R, Jones GL, Mitchell CA, Anumba DO. Understanding delayed access to antenatal care: a qualitative interview study. BMC Pregnancy Childbirth 2014;14:207.
7. อังคณา สูงส่งเกียรติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลกระบี่. วารสารกระบี่เวชสาร 2561;1(2):13-23.
8. ณัฐดนัย มะลิวัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ของ หญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเชิงแสน. เชียงรายเวชสาร 2567;16(1):59-69.
9. ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37(2):180-9.
10. Beyene GM, Azale T, Gelaye KA, Ayele TA. Effect of antenatal depression on ANC service utilization in northwest Ethiopia. Sci Rep 2023;13(1).

11. กุศลภรณ์ วงษ์นิยม, สุพร อภินันท์เวช. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557;59(3):195–205.
12. เพ็ญพรรณ บุตรชัยงาม, สุภาพันท์ กองจันทร์. การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2561;15(3):93–102.
13. Wayne WD. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. New York: John Wiley & Sons; 1995.
14. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
15. พงษ์ศักดิ์ จันทรัมย์, อธิยา สุวรรณสารณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลชุมแพ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2565;12(2):373–88.
16. มณีร์ศรี พัฒนสมบัติสุข, ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, บุรณ์คนัส จันทศิริพุทธ, ภาชีนา บุญลาภ, โศรยานิยะ, จุฑามาศ มามะ, และคณะ. สาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้าและประสบการณ์การดูแลตนเองในขณะที่ยังไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดยะลา: การศึกษาเชิงคุณภาพแบบบรรยาย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2567;16(2):203–42.
17. Bayrampour H, McNeil DA, Benzies K, Salmon C, Gelb K, Tough S. A qualitative inquiry on pregnant women's preferences for mental health screening. BMC Pregnancy Childbirth 2017;17(1).
18. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Antenatal depression: no health without mental health. BMJ 2010;339.
19. Nakku JEM, Okello ES, Kizza D, Honikman S, Ssebunnya J, Ndyababangi S, et al. Perinatal mental health care in a rural African district, Uganda: a qualitative study of barriers, facilitators and needs. BMC Health Serv Res 2016;16:295.
20. Battu GG, Kassa RT, Negeri HA, Kitawu LD, Alemu KD. Late antenatal care booking and associated factors among pregnant women in Mizan-Aman town, South West Ethiopia, 2021. PLOS Glob Public Health 2023;3(1).
21. Tumwizere G, Mbonye K, 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 Childbirth 2024;24(1):32.