

อายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ
ในการทำนายการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด: การศึกษาย้อนหลัง *

Age, Education, Social Support, Migration, and Access to Health Services
Predicting Antenatal Visits in Postpartum Mothers: Retrospective Study *

บุษภา มะนาวหวาน, พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง) **

Bu-nga Manowwhan, M.N.S. (Advanced Midwifery) **

ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, Ph.D. (Nursing) ***

Chaweewan Yusamran, Ph.D. (Nursing) ***

นันทนา ธนาโนวรรณ, Ph.D. (Nursing) ****

Nanthana Thananowan, Ph.D. (Nursing) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาอำนาจการทำนาย เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ต่อการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 295 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีค่าความเชื่อมั่น .90 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การศึกษา ($r = .205, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .372, p < .001$) และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = .326, p < .001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การย้ายถิ่น ($r = -.335, p < .001$) และพบว่าการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถทำนายการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 31.90 (Nagelkerke $R^2 = .319, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรให้การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะในมารดาที่ย้ายถิ่นหรือที่มีปัญหาการสื่อสาร โดยใช้ล่ามมาช่วยในขั้นตอนการฝากครรภ์ และควรเปิดให้บริการรับฝากครรภ์นอกเวลารวมถึงการบริการรับฝากครรภ์เชิงรุกในแหล่งชุมชนที่ห่างไกลจากสถานบริการ

คำสำคัญ : อายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ การฝากครรภ์
มารดาหลังคลอด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** มหาวชิตรบัณฑิตสาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

Abstract

This predictive research aimed at investigating predictive power of age, education, social support, migration, and access to health services to predict antenatal services in postpartum mothers. The sample consisted of 295 postpartum mothers at Magarak hospital, Kanchanaburi province. Research instruments composed of a personal data interview protocol, a pregnancy and delivery record form, a social support questionnaire with the reliability of .92, and an access to health services questionnaire with the reliability of .90. Data were collected from March to June, 2014. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, and logistic regression analysis.

The study findings revealed that there were statistically significantly positive relationships between antenatal visits in postpartum mothers and these following factors; education ($r = .205, p < .001$), social support ($r = .372, p < .001$), and access to health services ($r = .326, p < .001$). Also, there was statistically significantly negative relationship between antenatal visits in postpartum mothers and migration ($r = -.335, p < .001$). In addition, it was found that social support, migration, and access to health services could co-predict antenatal visits in postpartum mothers by 31.90% (Nagelkerke $R^2 = .319, p < .05$).

This study suggested that nurses should provide social support to pregnant women, especially those who have history of migration or who have communication problems, by using an interpreter to facilitate their access to antenatal services. In addition, there should be an after-hour antenatal services. Finally, nurses should have a proactive practice guideline by offering mobile antenatal services in the remote community.

Keywords : Age, Education, Social support, Migration, Access to health services, Antenatal visits, Postpartum mothers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฝากครรภ์เป็นการดูแลสุขภาพพื้นฐานที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ การฝากครรภ์ครอบคลุมการเข้าถึงการดูแลทางการแพทย์และการสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตสังคม โดยเริ่มตั้งแต่วะก่อนตั้งครรภ์จนถึงระยะก่อนคลอด (จันทร์รัตน์ เจริญสันติ, 2554; Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2010) การฝากครรภ์จะช่วยป้องกันและส่งเสริมให้มารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรงตลอดการตั้งครรภ์ และต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอด เนื่องจากจะได้รับการตรวจประเมินคัดกรองความผิดปกติ

หรือภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญตามอายุครรภ์ เช่น การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก การตรวจค้นหาสาเหตุของความผิดปกติแต่กำเนิด เพื่อวินิจฉัยและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากบุคลากรทางสุขภาพ เช่น การปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ การเตรียมตัวเข้าสู่ระยะคลอด รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการปรับตัวของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ให้มีความพร้อมสำหรับการคลอด ตลอดจนการปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ เป็นต้น (จันทร์รัตน์ เจริญสันติ, 2554; อติฉิน ศรีสมบุญ, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, จวีวรรณ อยู่สำราญ, และวรรณ พาทูวัฒนกร, 2554; ปาริฉัตร

อารยะจารุ, 2555; Cunningham et al., 2010)

การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ทำให้สตรีตั้งครรภ์ขาดความรู้ ไม่ได้รับยาบำรุงเลือด ไม่ได้รับการตรวจประเมินคัดกรองความผิดปกติ ตลอดจนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญตามอายุครรภ์ ซึ่งผลกระทบด้านมารดาที่พบบ่อยได้แก่ อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม เช่น ภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ และอัตราตายของมารดา (ทัศนีย์ หล้าเนียม, 2553; เอื้อมพร ราชภูติ, 2553; จันทรรัตน์ เจริญสันติ, 2554; Cunningham et al., 2010; Baker & Rajasingam, 2012) ส่วนผลกระทบด้านทารกได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย คะแนนประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาทิตี่ 5 น้อยกว่า 7 คะแนน และการเพิ่มอัตราตายของทารกแรกเกิด (Chen, Wen, Yang, & Walker, 2007; Das, Dhulkotia, Brook, Amu, 2007; Raatikainen, Heiskanen, & Heinonen, 2007; Reime, Lindwedel, Ertl, Jacob, Schücking, & Wenzlaff, 2009; Debiec, Paul, Mitchell, & Hitti, 2010; Baker & Rajasingam, 2012; Vieira, Coeli, Pinheiro, Brandão, Camargo, & Aguiar, 2012; Coley & Aronson, 2013) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการฝากครรภ์คุณภาพ โดยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลระหว่าง การตั้งครรภ์ โดยการฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ ในช่วง 6 เดือนแรก (24 สัปดาห์) ของการตั้งครรภ์ ควรมาตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยเน้น การมาตรวจครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน 3 เดือน (12 สัปดาห์) ส่วนในช่วง 6-7 เดือน (25-28 สัปดาห์) ในช่วง 7-8 เดือน (29-32 สัปดาห์) และในช่วง 8-9 เดือน (33-36 สัปดาห์) ควรได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อยช่วงละ 1 ครั้ง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่ว่าสตรีตั้งครรภ์ควร ได้รับการดูแลในระยะแรกของการตั้งครรภ์ภายในไตรมาสแรก และมาฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง โดยการฝากครรภ์ ครั้งแรกควรมาก่อนหรือเมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ครั้งที่สองเมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ครั้งที่สามเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และครั้งที่สี่เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ (World

Health Organization: WHO, 2006 cited in Viegas Andrade, Noronha, Singh, Rodrigues, & Padmadas, 2012)

ถึงแม้ว่าการฝากครรภ์จะส่งผลดีและสามารถลด อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ จำนวนไม่น้อยที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ดังจะเห็นได้จากผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัด กาญจนบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2552-2555 พบว่ามารดา หลังคลอดที่เป็นคนไทยมีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ เพียงร้อยละ 79.07, 80.93, 82.23 และ 75.01 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) จากสถิติ ของโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีมารดาหลังคลอดที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตาม เกณฑ์ร้อยละ 26.82 ในจำนวนนี้เป็นคนไทยร้อยละ 80 และเป็นคนต่างด้าวร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ ในมารดาในกลุ่มนี้ มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 50.15 มีภาวะความดันโลหิตสูง ในขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 8.10 มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดร้อยละ 5.36 ทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในเด็ก ผู้ป่วยเด็กวิกฤตร้อยละ 25.23 พบภาวะทารกแรกเกิด น้ำหนักตัวน้อยร้อยละ 15.14 และพบภาวะตายคลอด ในทารกแรกเกิดร้อยละ 1 (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ จากการศึกษา ในสตรีตั้งครรภ์ชาวไนจีเรีย จำนวน 400 คน พบว่าสตรี ตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 25 ปี มีแนวโน้มฝากครรภ์ครบ ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น คิดเป็น 2.230 เท่า เมื่อเทียบกับสตรี ตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี (OR = 2.230, 95% CI = 1.100-4.100, $p < .05$) (Dairo & Owoyokun, 2010) และพบว่าการศึกษามีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ ของสตรีตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูงกว่า มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ได้ดีกว่า ส่งผลให้มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษา สูงกว่าระดับพื้นฐานมีแนวโน้มต่อการฝากครรภ์ครบ

ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น คิดเป็น 1.630 เท่า ของสตรีที่ไม่ได้รับการศึกษา ($OR = 1.630, 95\% CI = 1.250-2.130, p < .01$) (Sagna & Sunil, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .303, p < .01$) (มะลิวรรณ หมั่นแก้วลำวิจิต, 2551) และพบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอในมารดาหลังคลอด ประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 177 คน พบว่ามารดาที่มีระยะการเดินทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลเมตร มีแนวโน้มต่อการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ลดลง คิดเป็น .280 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีระยะการเดินทางมากกว่า 5 กิโลเมตร ($OR = .280, 95\% CI = .120-.620, p < .01$) นอกจากนี้ มารดาที่มีระยะเวลาการรอคอยบริการน้อยกว่า 30 นาที มีแนวโน้มที่จะฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ลดลง คิดเป็น .270 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีระยะเวลาการรอคอยบริการมากกว่า 30 นาที ($OR = .270, 95\% CI = .120-.600, p < .001$) (Effendi, Isaranurug, & Chompikul, 2008) และพบว่าช่วงเวลาที่เปิดให้บริการเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ (Garcia & Duckett, 2009; Coker, Sareen, Chung, Kennedy, Weidmer, & Schuster, 2010) เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวตรงกับเวลาเรียนและเวลาทำงานปกติ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถมารับบริการได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการย้ายถิ่นเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ (Korinek & Smith, 2011) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพในกลุ่มมารดาที่มีการย้ายถิ่นและกลุ่มที่ไม่มีการย้ายถิ่นในประเทศอังกฤษ จำนวน 18,819 คน พบว่ามารดาที่มีการย้ายถิ่นในขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้าเพิ่มขึ้น คิดเป็น 1.050 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่ไม่มีการย้ายถิ่น ($OR = 1.050, 95\% CI = .950-1.150, p < .05$) (Tunstall, Pickett, & Johnsen, 2010)

จากสถิติการย้ายถิ่นของจังหวัดกาญจนบุรีในช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 พบว่ามีประชากรไทยย้ายถิ่นเข้ามาในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 49,622 คน, 44,382 คน และ 41,837 คน ตามลำดับ (ศูนย์บริการการทะเบียนภาค 7 สาขาจังหวัดกาญจนบุรี, 2557) ซึ่งในกลุ่มนี้มีสตรีตั้งครรภ์รวมอยู่ด้วย และสตรีตั้งครรภ์บางคนไม่ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์ โดยอำเภอท่ามะกาเป็นเขตพื้นที่ภาคเกษตรกรรมการปลูกอ้อยและมีโรงงานอุตสาหกรรมค่อนข้างมาก จึงมีทั้งคนไทยและคนต่างด้าวย้ายถิ่นเข้ามาเพื่อรับจ้างทำงาน ประกอบกับพื้นที่แถบตะวันตกของจังหวัดมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศสหภาพพม่า ทำให้มีคนพม่าย้ายถิ่นเข้ามาเพื่อหางานทำ ดังจะเห็นได้จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการคลอดบุตรในช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 เป็นคนต่างด้าวร้อยละ 18.82, 20.49 และ 22.73 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และในจำนวนนี้เป็นคนพม่าร้อยละ 99 โดยในปัจจุบันพบว่ายังไม่มีข้อมูลที่ศึกษาปัญหาการฝากครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ทั้งในกลุ่มคนไทยและคนต่างด้าวของโรงพยาบาลมะการักษ์ จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพในการทำนายการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลมะการักษ์ ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ต่อการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด

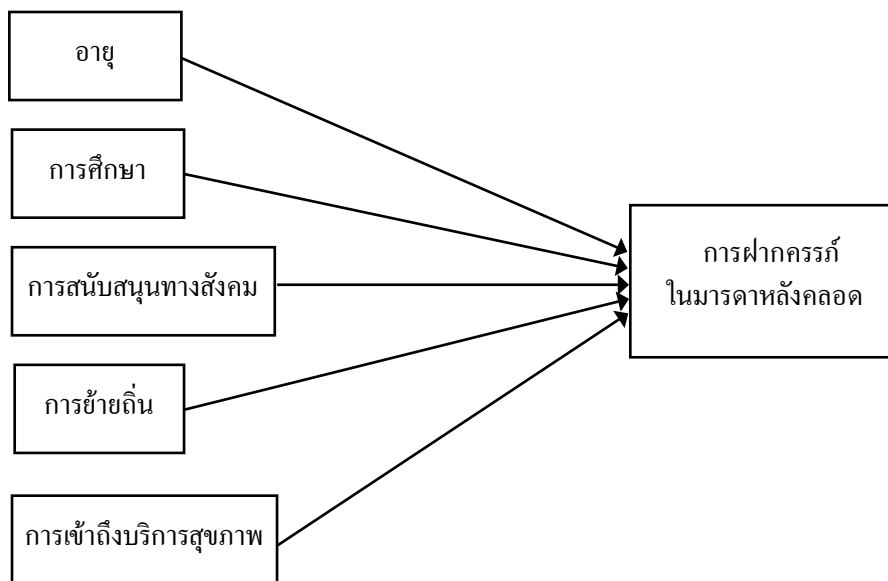
สมมติฐานการวิจัย

อายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถทำนายการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการฝากครรภ์ในมารดา
หลังคลอด โดยคัดสรรตัวแปรที่ใช้ในการทำนายการฝากครรภ์

รวมทั้งสิ้น 5 ตัว ได้แก่ อายุ การศึกษา การสนับสนุน
ทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ สรุปเป็น
กรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาอำนาจ
การทำนาย (predictive research) โดยงานวิจัยได้รับ
การพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดา
หลังคลอดในโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี
ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2557 จำนวน
538 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ
1) ผ่านการฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง 2) มีสุขภาพแข็งแรง
ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 3) สามารถสื่อสารภาษาไทย
ได้ หรือสื่อสารผ่านล่ามที่ใช้ภาษาพม่า มอญ หรือกะเหรี่ยง
และ 4)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวนขนาดตัวอย่าง
โดยใช้สูตรของ Lemeshow, Hosmer, Klar & Lwanga
(1990) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 295 คน เลือก

กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับสลากมารดาหลังคลอดที่มี
เลขที่ภายใน (AN) เป็นเลขคี่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัย
สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ การศึกษา
สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว ความพึงพอใจ
ของรายได้ เชื้อชาติ สัญชาติ สิทธิการรักษาพยาบาล
การวางแผนการมีบุตร ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่อยู่ปัจจุบัน
การย้ายถิ่นที่อยู่พร้อมเหตุผล ระยะทางจากบ้านมา
โรงพยาบาล ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่ใช้
ในการเดินทาง ระยะเวลาที่ใช้ในการฝากครรภ์ ความคิดเห็น
ต่อระยะเวลาที่ใช้ในการฝากครรภ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการฝาก
ครรภ์ที่คิดว่าเหมาะสม และช่วงเวลาที่จะดวงมาฝากครรภ์
จำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ
และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครุฑและการคลอ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการตั้งครุฑ ประเภทของการฝากครุฑ อายุครุฑที่เริ่มฝากครุฑ สถานที่ฝากครุฑ เหตุผลในการเลือกสถานที่ฝากครุฑ และเหตุผลของการฝากครุฑ ไม่ครบตามเกณฑ์ จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire-PRQ 85 Part 2) ซึ่งสร้างโดย Weinert and Brandt ในปี ค.ศ. 1981 จากนั้นมีการปรับปรุงเป็น PRQ 85 (Weinert, 1987) โดยเป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านการได้ช่วยเหลือทำประโยชน์ให้ผู้อื่น แปลเป็นภาษาไทยโดยพิศนา ชูวรรณะปรกรณ์ ในปี ค.ศ. 1998 ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 21 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ของข้อคำถามทางบวก ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (66-127 คะแนน) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (128-175 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครุฑ ของทัศนีย์ หล้าเนียม (2553) ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ และผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและการฝากครุฑ จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 22 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเพียงพอของสถานบริการ จำนวน 3 ข้อ ด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ จำนวน 3 ข้อ ด้านความสะดวกในการใช้บริการ

จำนวน 6 ข้อ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ จำนวน 3 ข้อ และด้านการยอมรับในบริการ จำนวน 7 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เป็นจริง เป็นจริงเล็กน้อย เป็นจริงมาก และเป็นจริงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับไม่ดี (34-65 คะแนน) และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับดี (66-87 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และได้นำไปแปลเป็นภาษาพม่า ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จากนั้นนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพไปทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .92 และ .90 ตามลำดับ เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 295 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 เท่ากัน และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนพม่า จำนวน 56 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และ .87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ จากนั้นพบหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอดและพยาบาลประจำการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ จากนั้นพยาบาลประจำการสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการให้ผู้วิจัยเข้าพบ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในมารดาหลังคลอดวันที่ 2 โดยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ

และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม กรณีกลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า 18 ปี จะให้ผู้ปกครองลงนามแทน ส่วนกรณีไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ จะใช้ล่ามเป็นผู้สื่อสารกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เก็บรวบรวมข้อมูลการตั้งครุฑและการคลอดโดยคัดลอกจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง แจกแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำใช้เวลาทั้งสิ้น 20-30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการตั้งครุฑและการคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้วยการฝากครรภ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาอำนาจการทำนายของอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ต่อการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.79 จำนวนปีที่ศึกษาอยู่ในช่วง 1-6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.24 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 89.50 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.09 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 3,000-60,000 บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 73.90 มีเชื้อชาติไทย คิดเป็นร้อยละ 81.04 มีสัญชาติไทย คิดเป็นร้อยละ 81.04 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 71.20 มีการวางแผนการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 74.24 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่อยู่ปัจจุบันส่วนใหญ่คือมากกว่า 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 83.06 การย้ายถิ่นที่อยู่

พร้อมเหตุผล มีการย้ายถิ่นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 12.54 ซึ่งส่วนใหญ่มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจคือประกอบอาชีพรับจ้าง จึงเปลี่ยนที่อยู่บ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 67.57 ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 6-10 กิโลเมตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.12 ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางส่วนใหญ่คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 87.13 ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทางส่วนใหญ่คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 บาท คิดเป็นร้อยละ 69.17 ระยะเวลาที่ใช้ในการฝากครรภ์อยู่ในช่วง 15-480 นาที โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 144 นาที (SD = 95.62) ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลามากกว่า 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 67.13 มีความคิดเห็นต่อระยะเวลาที่ใช้ในการฝากครรภ์ว่านานไป คิดเป็นร้อยละ 38.30 ระยะเวลาที่ใช้ในการฝากครรภ์ที่คิดว่าเหมาะสมคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.04 และช่วงเวลาที่สะดวกมาฝากครรภ์คือ 16:00-20:00 น. คิดเป็นร้อยละ 25.08

2. ข้อมูลการตั้งครุฑและการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าจำนวนครั้งของการตั้งครุฑอยู่ในช่วง 1-6 ครั้ง โดยเป็นการตั้งครุฑหลังมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.94 ประเภทของการฝากครรภ์ พบว่าฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 29.83 อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ส่วนใหญ่คือ ซ้ำกว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 64.41 สถานที่ฝากครรภ์คือ คลินิกเอกชน คิดเป็นร้อยละ 24.06 เหตุผลในการเลือกสถานที่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่เลือกสถานที่ที่อยู่ใกล้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 60.36 และเหตุผลของการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คือ ไม่มีคนพามาฝากครรภ์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.20 รองลงมาคือ มีปัญหาครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 31.81 และติดภารกิจด้านการเรียนหรือทำงาน คิดเป็นร้อยละ 12.50 เนื่องจากบางคนต้องปิดปิดการตั้งครุฑ เพราะนโยบายของโรงงานบางแห่งไม่รับสตรีตั้งครุฑเข้าทำงาน ทำให้ไม่สามารถลงนามมาฝากครรภ์ในช่วงเวลา 8:00-16:00 น. ได้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด พบว่าปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การศึกษา ($r = .205, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .372, p < .001$) และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = .326, p < .001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการฝากครรภ์ใน

มารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การย้ายถิ่น ($r = -.335, p < .001$) สำหรับอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ กับการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด ($n = 295$)

ตัวแปร	การฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด	
	r	p
อายุ	-.017	.777
การศึกษา	.205	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.372	< .001
การย้ายถิ่น	-.335	< .001
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.326	< .001

4. อำนาจการทำนายของอายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพต่อการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด พบว่าการสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สามารถทำนายการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดได้ ร้อยละ 31.90 (Nagelkerke $R^2 = .319, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์โลจิสติกของตัวแปรทำนาย (อายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ) ในการทำนายการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด ($n = 295$)

	ตัวแปร	B	p	Exp (B)	95% CI
Step 1 ^a	การสนับสนุนทางสังคม	.048	< .001	1.049	1.032-1.066
	ค่าคงที่	-5.160	< .001	.006	
Step 2 ^b	การสนับสนุนทางสังคม	.048	< .001	1.050	1.032-1.068
	การย้ายถิ่น	-1.990	< .001	.137	.060-.313
	ค่าคงที่	-4.926	< .001	.007	
Step 3 ^c	การสนับสนุนทางสังคม	.038	< .001	1.039	1.020-1.058
	การย้ายถิ่น	-1.895	< .001	.150	.064-.350
	การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.051	.007	1.052	1.014-1.092
	ค่าคงที่	-7.018	< .001	.001	

หมายเหตุ : a = variable(s) entered on step 1: การสนับสนุนทางสังคม
b = variable(s) entered on step 2: การย้ายถิ่น
c = variable(s) entered on step 3: การเข้าถึงบริการสุขภาพ
 $p < .05$, Nagelkerke $R^2 = .319$, overall percentage = 78.60

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์และสามารถทำนายการฝากครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีโอกาสมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ คิดเป็น 1.039 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($OR = 1.039$, 95% $CI = 1.020-1.058$, $p < .001$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ประกอบด้วยการมีความสนใจร่วมกัน ความรักใคร่ผูกพัน การมีโอกาสดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนซึ่งกันและกัน กล่าวคือ การที่มารดาได้รับการยอมรับในความสามารถของตน ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูล คำแนะนำต่างๆ หรือได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านสิ่งของเครื่องใช้ ได้มี

โอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึก หรือได้ช่วยเหลือ ทำประโยชน์ให้ผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ทำให้มารดารู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของสังคม รวมถึงทำให้มารดารับรู้ว่าคุณค่าของตนเองเป็นที่รัก และรู้สึกมั่นใจในคุณค่าของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้มารดาปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การฝากครรภ์ อันเป็นตัวทำนายผลลัพธ์ของการคลอดที่ดี (Schetter, Sagrestano, Feldman, & Killingsworth, 1996) โดยการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ ทั้งการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับสถานที่ฝากครรภ์ เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวรรณ หมีนแก้วกล้าวิจิต (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์

วัยรุ่น พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .303, p < .01$) และจากการศึกษาการฝากครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ ประเทศแทนซาเนีย จำนวน 440 คน พบว่าสตรีที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากสามีมีแนวโน้มมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่า คิดเป็น .690 เท่า ของสตรีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = .690, 95\% CI = .050-1.330, p < .05$) (Gross, Alba, Glass, Schellenberg, & Obrist, 2012)

ผลการวิจัยพบว่าการย้ายถิ่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฝากครรภ์และสามารถทำนายการฝากครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการย้ายถิ่นจะมีโอกาสมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ลดลง คิดเป็นร้อยละ 15 ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการย้ายถิ่น ($OR = .150, 95\% CI = .064-.350, p < .001$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าการย้ายถิ่นทำให้บุคคลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม สถานภาพ และบทบาทของตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์จากความเครียดในการปรับตัวกับสภาพแวดล้อม (Blanquart & Gandon, 2011; Smith-Greenaway & Thomas, 2014; Johnsson, Zolkowska, & McNeil, 2015) ส่งผลให้มารดามาลาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.54 มีการย้ายถิ่นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.57) มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจคือ ประกอบอาชีพรับจ้าง จึงเปลี่ยนที่อยู่บ่อยครั้ง หรือย้ายตามสามีซึ่งมีอาชีพรับเหมาก่อสร้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ทำให้ไม่สามารถมาฝากครรภ์ตามนัดได้ ส่งผลให้การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาต่างด้าวเกือบครึ่งหนึ่งมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากร้อยละ 29.54 มีการย้ายถิ่น ซึ่งส่งผลถึงการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม รวมถึงมีปัญหาเรื่องภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถเดินทางมาฝากครรภ์ตามลำพังได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพในมารดาในกลุ่มที่มีการย้ายถิ่น

และกลุ่มที่ไม่มีการย้ายถิ่น ประเทศอังกฤษ จำนวน 18,819 คน พบว่าสตรีในกลุ่มที่มีการย้ายถิ่นขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะไม่มาฝากครรภ์สูงกว่า คิดเป็น 1.100 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีการย้ายถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.100, 95\% CI = .960-1.250, p < .05$) (Tunstall et al., 2010) ซึ่งตรงกับผลการศึกษาระบบการดูแลทางสูติกรรมในประชากรที่มีการย้ายถิ่นในประเทศโปรตุเกส ที่พบว่าสตรีที่มีการย้ายถิ่นขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ (27% VS 14.40%, $p < .01$) และมีแนวโน้มที่จะมาฝากครรภ์น้อยกว่า 3 ครั้ง (2.20% VS 0%, $p < .01$) เมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่มีการย้ายถิ่น (Almeida, Santos, Caldas, Ayres-de-Campos, & Dias, 2014) นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ของมารดาที่มีการย้ายถิ่นในเมืองเดลี ประเทศอินเดีย จำนวน 809 คน พบว่ามารดาที่เพิ่งมีการย้ายถิ่นมาใหม่จะมีแนวโน้มมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์สูงกว่า คิดเป็น 1.980 เท่า ของมารดาที่มีการย้ายถิ่นมานานกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.980, 95\% CI = 1.240-3.180, p < .01$) (Kusuma, Kumari, & Kaushal, 2013)

ผลการวิจัยพบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์และสามารถทำนายการฝากครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพดีจะมีโอกาสมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ คิดเป็น 1.052 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ดี ($OR = 1.052, 95\% CI = 1.014-1.092, p < .01$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่ช่วยทำให้มารดาสามารถมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ การที่มารดาสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย สถานบริการมีความเพียงพอ มีความสะดวกในการใช้บริการ ระยะเวลารอคอยบริการใช้เวลาน้อย รวมถึงช่วงเวลาที่เปิดให้บริการเป็นช่วงที่มารดาสะดวกในการมาใช้บริการ ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้มารดามีโอกาสที่จะมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 60.36)

มีเหตุผลในการเลือกสถานที่ฝากครรภ์คือ เป็นสถานที่ที่อยู่ใกล้บ้าน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.30 มีความคิดเห็นว่าระยะเวลาที่ใช้ในการฝากครรภ์แต่ละครั้งนานไป และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.50 ไม่มีเวลามาฝากครรภ์เนื่องจากติดภารกิจด้านการเรียนหรือทำงาน ทำให้ไม่สามารถมาฝากครรภ์ในเวลาปกติได้ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 25.08) สะดวกที่จะมาฝากครรภ์ในช่วงเวลา 16:00-20:00 น. จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24.06 เลือกไปฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชนในช่วงเวลา 16:00-20:00 น. ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Effendi et al. (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอในมารดาหลังคลอด ประเทศอินโดนีเซีย พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีระยะการเดินทางน้อยกว่า 5 กิโลเมตร มีแนวโน้มมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์น้อยกว่า คิดเป็น .280 เท่า ของมารดาหลังคลอดที่มีระยะการเดินทางมากกว่า 5 กิโลเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = .280, 95\% CI = .120-.620, p < .01$) และพบว่ามารดาหลังคลอดที่มีระยะเวลารอคอยบริการน้อยกว่า 30 นาที มีแนวโน้มมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์น้อยกว่า คิดเป็น .270 เท่า ของมารดาที่มีระยะเวลารอคอยบริการมากกว่า 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = .270, 95\% CI = .120-.600, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sagna and Sunil (2012) ที่ศึกษาข้อมูลประชากรย้อนหลังในสตรีชาวแกมพูชา จำนวน 17,256 คน พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระยะการเดินทางมากกว่ามีแนวโน้มต่อการมารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่า คิดเป็น .640 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีระยะการเดินทางน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = .640, 95\% CI = .470-.870, p < .001$)

ผลการวิจัยพบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ แต่ไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องมาจากในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนปีที่ศึกษาใกล้เคียงกันคือ 1-6 ปี (ร้อยละ 33.24) ทำให้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการหาข้อมูลสนับสนุนการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์

ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่มีเวลามาฝากครรภ์เนื่องจากต้องทำงานหรือเรียนหนังสือ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.09) มีอาชีพรับจ้างมีรายได้เป็นรายวัน ไม่สามารถหยุดงานมาฝากครรภ์ได้ตามนัด ในขณะที่กลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนปีที่ศึกษามากกว่า 6 ปี ก็ไม่สามารถมาฝากครรภ์ในเวลาราชการได้ ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้ต่างก็ไม่สะดวกมาฝากครรภ์ในช่วงเวลาปกติ ส่งผลให้การศึกษาไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2551) ที่พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอดชาวบราซิล จำนวน 611 คน ที่พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bassani, Surkan, & Olinto, 2009)

ผลการวิจัยพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์และไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องมาจากในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี (ร้อยละ 66.79) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีวุฒิภาวะซึ่งเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในระยะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้อายุไม่สามารถทำนายการฝากครรภ์ได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุอยู่ในช่วง 15-19 ปี ในชนบทของประเทศอินเดีย จำนวน 23,955 คน พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Singh, Rai, Alagarajan, & Singh, 2012) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ในสตรีตั้งครรภ์ ประเทศเวียดนาม จำนวน 814 คน พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tran, Gottvall, Nguyen, Ascher, & Petzold, 2012)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทางสังคม โดยอาจนำล้ามเข้ามาช่วยเหลือในการสื่อสารหรือมีการณรงค์การฝากครรภ์ด้วยสื่อภาษาอื่น เช่น ภาษาพม่า เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น บุคลากรทางสุขภาพก็สามารถเข้าถึงปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของสตรีตั้งครรภ์ได้ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

1.2 จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เนื่องจากต้องทำงานหรือเรียนหนังสือ และมีอาชีพรับจ้าง ทำให้ไม่สามารถมาฝากครรภ์ในช่วงเวลาปกติได้ หากไปฝากครรภ์ที่คลินิกก็มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า ดังนั้น ผู้บริหารงานอนามัยแม่และเด็กควรมีนโยบายเชิงรุกเป็นแนวทางปฏิบัติให้กับโรงพยาบาลของรัฐ เช่น โครงการคลินิกฝากครรภ์นอกเวลา ในช่วงเวลา 16:00-20:00 น.

1.3 จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากนโยบายของโรงงานบางแห่งไม่รับสตรีตั้งครรภ์เข้าทำงาน ทำให้ไม่สามารถมาฝากครรภ์ได้ ดังนั้น ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขควรมีนโยบายร่วมกับกระทรวงแรงงานในการออกข้อบังคับให้สถานประกอบการทุกแห่งมีมาตรการให้ความช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ให้สามารถทำงานได้ และมีแนวทางช่วยเหลือสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์สามารถลาหยุดเพื่อมาฝากครรภ์ได้

1.4 จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกสถานบริการรับฝากครรภ์ที่อยู่ใกล้บ้าน และส่วนหนึ่งที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เนื่องจากไม่มีคนพามาฝากครรภ์ ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขควรมีนโยบายปฏิบัติการเชิงรุก โดยให้โรงพยาบาลออกหน่วยบริการฝากครรภ์เคลื่อนที่ โดยเข้าไปให้บริการในแหล่งชุมชนหรือโรงงานที่ตั้งอยู่ห่างไกลจากสถานบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาตัวแปรต่างๆ ที่หลากหลาย ในกลุ่มสตรีแรงงานข้ามชาติ เพื่อนำผลมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการเข้าถึงกลุ่มประชากรได้มากขึ้น

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล โดยให้ญาติหรือล้ามเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย เพื่อให้สามารถมาฝากครรภ์ได้ครบตามเกณฑ์

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *ระเบียบการประเมินผลการดำเนินงานประชากรกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ปีงบประมาณ 2546*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดกาญจนบุรี: ระบบข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- จันทร์รัตน์ เจริญสันติ. (2554). การประเมินภาวะสุขภาพของสตรีในระยะตั้งครรภ์และครอบครัว. ใน *อำไพ จารวัชรพาณิชย์กุล. (บ.ก.). ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 1*. หน้า 221-238. เชียงใหม่: กองช่างพิมพ์.
- ทัศนีย์ หล้าเนียม. (2553). *การศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริฉัตร อารยะจารุ. (2555). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศูนย์บริการการทะเบียนภาค 7 สาขาจังหวัดกาญจนบุรี. (2557). *ข้อมูลประชากร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย*. กาญจนบุรี: ผู้แต่ง.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี. (2555). *สถิติข้อมูลการคลอด หน่วยงานห้องคลอด แผนกสูติ-นรีเวช*. กาญจนบุรี: ผู้แต่ง.
- อดิศา ศรีสมบุรณ์, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, จวีรพรรณ อยู่สำราญ, และวรรณ พาทูวัฒนกร. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็น มารดาต่อความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(suppl. 1), 74-81.
- เอี่ยมพร ราชภูติ. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลระนอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Almeida, L. M., Santos, C. C., Caldas, J. P., Ayres-de-Campos, D., & Dias, S. (2014). Obstetric care in a migrant population with free access to health care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 126(3), 244-247.
- Baker, E. C., & Rajasingam, D. (2012). Using trust databases to identify predictors of late booking for antenatal care within the UK. *Public Health*, 126(2), 112-116.
- Bassani, D. G., Surkan, P. J., & Olinto, M. T. A. (2009). Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: The role of maternal characteristics. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(1), 15-20.
- Blanquart, F., & Gandon, S. (2011). Evolution of migration in a periodically changing environment. *The American Naturalist*, 177(2), 188-201.
- Chen, X. K., Wen, S. W., Yang, Q., & Walker, M. C. (2007). Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 47(2), 122-127.
- Coker, T. R., Sareen, H. G., Chung, P. J., Kennedy, D. P., Weidmer, B. A., & Schuster, M. A. (2010). Improving access to and utilization of adolescent preventive health care: The perspectives of adolescents and parents. *Journal of Adolescent Health*, 47(2), 133-142.
- Coley, S. L., & Aronson, R. E. (2013). Exploring birth outcome disparities and the impact of prenatal care utilization among North Carolina teen mothers. *Women's Health Issues*, 23(5), e287-e294.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). *Williams Obstetrics* (23rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Dairo, M. D., & Owoyokun, K. E. (2010). Factors affecting the utilization of antenatal care services in Ibadan, Nigeria. *Benin Journal of Postgraduate Medicine*, 12(1), 3-13.
- Das, S., Dhulkotia, J. S., Brook, J., & Amu, O. (2007). The impact of a dedicated antenatal clinic on the obstetric and neonatal outcomes in adolescent pregnant women. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(5), 464-466.

- Debiec, K. E., Paul, K. J., Mitchell, C. M., & Hitti, J. E. (2010). Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: A retrospective study over 10 years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(2), 122.e1-122.e6.
- Effendi, R., Isaranurug, S., & Chompikul, J. (2008). Factors related to regular utilization of antenatal care service among postpartum mothers in Pasar Rebo general hospital, Jakarta, Indonesia. *Journal of Public Health and Development*, 6(1), 113-122.
- Garcia, C. M., & Duckett, L. J. (2009). No te entiendo y tú no me entiendes: Language barriers among immigrant Latino adolescents seeking health care. *Journal of Cultural Diversity*, 16(3), 120-126.
- Gross, K., Alba, S., Glass, T. R., Schellenberg, J. A., & Obrist, B. (2012). Timing of antenatal care for adolescent and adult pregnant women in south-eastern Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 16.
- Johnsson, E., Zolkowska, K., & McNeil, T. F. (2015). Prediction of adaptation difficulties by country of origin, cumulate psychosocial stressors and attitude toward integrating: A Swedish study of first-generation immigrants from Somalia, Vietnam and China. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(2), 174-182.
- Korinek, K., & Smith, K. R. (2011). Prenatal care among immigrant and racial-ethnic minority women in a new immigrant destination: Exploring the impact of immigrant legal status. *Social Science & Medicine*, 72(10), 1695-1703.
- Kusuma, Y. S., Kumari, R., & Kaushal, S. (2013). Migration and access to maternal healthcare: Determinants of adequate antenatal care and institutional delivery among socio-economically disadvantaged migrants in Delhi, India. *Tropical Medicine & International Health*, 18(10), 1202-1210.
- Lemeshow, S., Hosmer Jr, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Raatikainen, K., Heiskanen, N., & Heinonen, S. (2007). Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC Public Health*, 7, 268.
- Reime, B., Lindwedel, U., Ertl, K. M., Jacob, C., Schücking, B., & Wenzlaff, P. (2009). Does underutilization of prenatal care explain the excess risk for stillbirth among women with migration background in Germany?. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(11), 1276-1283.
- Sagna, M. L., & Sunil, T. S. (2012). Effects of individual and neighborhood factors on maternal care in Cambodia. *Health & Place*, 18(2), 415-423.
- Schetter, D. C., Sagrestano, L. M., Feldman, P., & Killingsworth, C. (1996). Social support and pregnancy: A comprehensive review focusing on ethnicity and culture. In Pierce, G. R., Sarason, B. R., & Sarason, I. G. (Eds.). *Handbook of social support and the family*. pp. 375-412. New York: Plenum Press.

- Singh, P. K., Rai, R. K., Alagarajan, M., & Singh, L. (2012). Determinants of maternity care services utilization among married adolescents in rural India. *PLOS ONE*, 7(2), e31666.
- Smith-Greenaway, E., Thomas, K. J. A. (2014). Exploring child mortality risks associated with diverse patterns of maternal migration in Haiti. *Population Research and Policy Review*, 33(6), 873-895.
- Tran, T. K., Gottvall, K., Nguyen, H. D., Ascher, H., & Petzold, M. (2012). Factors associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexts-results from two health and demographic surveillance sites in Vietnam. *BMC Health Services Research*, 12, 40.
- Tunstall, H., Pickett, K., & Johnsen, S. (2010). Residential mobility in the UK during pregnancy and infancy: Are pregnant women, new mothers and infants 'unhealthy migrants'? *Social Science & Medicine*, 71(4), 786-798.
- Viegas Andrade, M., Noronha, K., Singh, A., Rodrigues, C. G., & Padmadas, S. S. (2012). Antenatal care use in Brazil and India: Scale, outreach and socioeconomic inequality. *Health & Place*, 18(5), 942-950.
- Vieira, C. L., Coeli, C. M., Pinheiro, R. S., Brandão, E. R., Camargo, K. R., & Aguiar, F. P. (2012). Modifying effect of prenatal care on the association between young maternal age and adverse birth outcomes. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 25(3), 185-189.
- Weinert, C. (1987). A social support measure: PRQ85. *Nursing Research*, 36(5), 273-277.