บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เริ่มมีแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 เป็นหลักในการพัฒนาประเทศ โดยในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมสองระยะแรก ได้มีจุดมุ่งหมายพัฒนาเศรษฐกิจเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อได้มีการประเมินผลจากแผนพัฒนาในระยะถัด ๆ มาพบว่า แนวนโยบายที่มุ่งเฉพาะการขยายตัวทางเศรษฐกิจแต่ด้านเดียว ได้ก่อให้เกิดปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชากรและการพัฒนาสังคมโดยรวมในระยะยาว เช่น การเพิ่มปัญหาด้านสังคม ด้านสุขภาพ รวมทั้งความเสื่อมโทรมของธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) จึงได้ปรับแนวคิดโดยให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพื่อให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงให้ความสำคัญต่อการพัฒนาและขยายการให้บริการพื้นฐานด้านสังคมให้ครอบคลุมประชากร โดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาส เช่น กลุ่มเด็กที่อยู่ในภาวะยากลำบาก กลุ่มคนยากจนในเขตเมืองและเขตชนบท กลุ่มคนพิการ และกลุ่มคนไทยต่างวัฒนธรรม (สำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2540: 1-14) ซึ่งประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนบนพื้นที่สูงหรือชาวเขา ก็จัดว่าเป็นกลุ่มคนไทยต่างวัฒนธรรมที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนา โดยกองสงเคราะห์ชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (2538: 1-48) ได้สำรวจประชากรบนพื้นที่สูง พบว่ามีประชากรที่อาศัยอยู่ชุมชนบนพื้นที่สูงใน 20 จังหวัดได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง พะเยา แพร่ น่าน ตาก สุโขทัย อุทัยธานี พิษณุโลก เพชรบูรณ์ กำแพงเพชร สุพรรณบุรี ราชบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เลย และกาญจนบุรี มีประชากรเป็นจำนวนทั้งสิ้น 853,274 คน ประกอบด้วยชาวเขาชาติพันธุ์ ต่าง ๆ ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง เย้า มูเซอ ลีซอ อีก้อ ลัวะ ถิ่น ขมุ ตองซู และมลาบรี รวมทั้งกลุ่มอื่นๆ เช่น ปะหล่อง จีนฮ่อ ไทยใหญ่ ไทยลื้อ และคนไทยพื้นราบที่ขึ้นไปอาศัยทำกินอยู่ในชุมชนชาวเขา โดยมีภาษา ค่านิยม ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมแตกต่างกันตามเผ่า และมีความแตกต่างจากชาวไทยพื้นที่ราบ ชาติพันธุ์หรือเผ่าที่มีจำนวนประชากรมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ เผ่ากะเหรี่ยง รองลงมาได้แก่ ม้ง มูเซอ อีก้อ และถิ่น ตามลำดับ (ดังรายละเอียดที่นำเสนอในภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณาถึงสภาพความเป็นอยู่ของประชากรบนพื้นที่สูงในระยะเวลาที่ผ่านมา พบว่า มีปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหลายด้าน เช่น ปัญหาการปลูกฝิ่น การทำลายป่าไม้และต้นน้ำลำธารเนื่องจากการทำไร่เลื่อนลอย ปัญหาสังคม การเมือง เนื่องจากความแตกต่างของสภาพทาง

เศรษฐกิจ สังคม เชื้อชาติ ภาษา ประเพณี และวัฒนธรรม (ขจัดภัย บุรุษพัฒน์, 2515: 318-320; กระทรวงมหาดไทย, กรมประชาสงเคราะห์, 2534: 4-6) ปัญหาภาวะเจริญพันธุ์ที่ยังอยู่ในเกณฑ์ที่สูง (สำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540: 7) และปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งคือ ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะสภาวะสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง ในระยะเวลาเกือบ 20 ปีที่ผ่านมายังต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้มาก เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายการพัฒนาเมื่อสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) กล่าวคือ เป้าหมายงานบริการอนามัยแม่และเด็กกำหนดให้ สตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ 75 มีการฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย 4 ครั้ง ร้อยละ 80 ทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และร้อยละ 70 ได้รับการดูแลหลังคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย 3 ครั้ง ส่วนทารกน้ำหนัก แรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่ควรมีเกินร้อยละ 7 ของการคลอด (กรมอนามัย, กองอนามัยครอบครัว, 2538: 5-6) นอกจากนี้แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ได้เพิ่มเป้าหมายให้สตรีตั้งครรภ์ มีการฝากครรภ์เป็นร้อยละ 80 และการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95 (กรมอนามัย, สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2540: 1)

ปรากฏว่าจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรบนพื้นที่สูงครั้งล่าสุด ในปี พ.ศ. 2540 (Ministry of Public Health, 1998: 49) พบว่า สตรีตั้งครรภ์บนพื้นที่สูงฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 50 สตรีตั้งครรภ์คลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้วมีร้อยละ 55.2 และร้อยละ 8.2 ตามลำดับ สำหรับการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 27.5 และทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีมากถึงร้อยละ 10.8 ในขณะที่ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยด้านอนามัยแม่และเด็กของประชากรไทยทั้งประเทศ พ.ศ. 2539 (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540: 38-41) พบว่า สตรีไทยบนพื้นราบฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ร้อยละ 85.9 มีการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์ร้อยละ 61.2 และทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีเพียงร้อยละ 6.5

จากสภาพปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ชัดว่าคุณภาพชีวิตของประชากรบนพื้นที่สูง ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำมาก หากสถานการณ์ยังเป็นเช่นนี้ต่อไปจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร ดังนั้นสิ่งที่จำเป็นต้องเร่งดำเนินการคือ การพัฒนาสภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรกลุ่มนี้ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ มารดาถือได้ว่าเป็นรากฐานสำคัญที่จะดูแล และทำให้ทารกเติบโตมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องของสตรีตั้งแต่ช่วงเริ่มตั้งครรภ์ ในระยะคลอดและระยะหลังคลอดมีความสำคัญยิ่ง จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยแม่ของสตรี พบว่าสตรีที่มีพฤติกรรมการฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอดที่แตกต่างกัน จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและเด็กทารก กล่าวคือ สตรีที่ไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ (ดวงพร

จินตโนทัยถาวร, 2536: 112) ให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อย (วิไล ชัยมงคล, 2536: 95; สมบูรณ์ เรือนโรจน์รุ่ง และ นฤมล ธีระรังสิกุล, 2538: 84-85) ทำให้อัตราตายคลอดสูง (สายทอง ชาวสวน, 2537: 89-90) ส่วนสาเหตุการตายอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์และการคลอดของสตรีที่พบมากที่สุด คือ การตกเลือดจากการตั้งครรภ์และการคลอด (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผน สาธารณสุข, 2541: 65) ซึ่งการฝากครรภ์ทันทีที่ตั้งครรภ์ก็จะช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด อัตราตายในครรภ์ รวมทั้งอัตราตายคลอด และอัตราตายหลังคลอดของทารกได้ (เพ็ญศรี พิชัยสนิธ, 2528: 16) เช่นเดียวกับสตรีที่ได้รับการดูแลอย่างดีก่อนคลอด ในระยะคลอดและหลังคลอด จะลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการคลอดบุตร จะทำให้ลดอัตราตายและอัตราป่วยลงได้ (อมรัตน์ รัตนศิริ, ผู้แปล, 2539: 582)

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมอนามัยแม่ในการตั้งครรภ์ เช่น การฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอดของสตรี เป็นสิ่งจำเป็นและพฤติกรรมที่หากปฏิบัติได้ครบถ้วน ก็จะส่งผลในเชิงบวกต่อการพัฒนาสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก ในขณะที่ การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านนี้ของสตรีไทยบนพื้นที่สูงที่ผ่านมายังมีน้อยมาก และผลงานเหล่านั้นก็แสดงให้เห็นว่า ประชากรสตรีกลุ่มนี้ยังคงมีปัญหาในเรื่องดังกล่าว ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะวิเคราะห์ตัวกำหนดพฤติกรรมอนามัยแม่ของสตรีไทยบนพื้นที่สูง อันได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านอุปสรรคต่อการปฏิบัติ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปใช้กำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กได้อย่างถูกต้อง ตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการของประชากร อันจะยังผลให้ประชากรไทยบนพื้นที่สูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิม เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในอนาคตต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมอนามัยแม่ของสตรีไทยบนพื้นที่สูงที่มีบุตรอายุไม่เกิน 1 ปี ได้แก่ การฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอดของสตรีไทยบนพื้นที่สูงที่มีบุตรอายุไม่เกิน 1 ปีกับปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านอุปสรรคต่อการปฏิบัติ

1.3 แนวคิดเชิงทฤษฎี

ในการศึกษาพฤติกรรมอนามัยแม่ของสตรีไทยบนพื้นที่สูงครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และแบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Modcl) เป็นพื้นฐานในการสร้างแนวคิดเพื่อการวิเคราะห์ ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ (health related behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย มีองค์ประกอบ 3 ส่วนคือ พฤติกรรมอนามัย พฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย โดยมีแนวคิดดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2534: 86; พันธุ์ทิพย์ รามสูต, 2540: 141-174)

1. พฤติกรรมอนามัย (health behavior) หมายถึง พฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลที่มีสภาวะสุขภาพปกติ หรือไม่มีอาการแสดงของความเจ็บป่วย รวมทั้งผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและภาวะไม่เสี่ยง กระทำหรือปฏิบัติโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริม คุ้มครอง ปกป้องสุขภาพของตน หรือป้องกันการเกิดโรคอันตราย หรือภาวะทุกขภาพ (ill health) ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และสารอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ถูกหลักโภชนาการและปลอดภัย การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับหรือโดยสารรถยนต์ การตรวจร่างกาย การไม่สูบบุหรี่ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการที่สตรีตั้งครรภ์ปกติไปฝากครรภ์ ซึ่งกล่าวได้ว่า พฤติกรรมอนามัยเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรค (preventive behavior)

2. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึง พฤติกรรมใด ๆ ที่บุคคลรู้ว่าตนเองมีสภาวะสุขภาพหรือมีอาการแสดงที่ผิดปกติ แสวงหาผู้ช่วยเหลือ เช่น ปรึกษาเพื่อนฝูง พ่อ แม่ คู่ครอง ญาติ หรือไปพบแพทย์เพื่อตรวจและรักษา ซึ่งการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการเจ็บป่วยอย่างไรขึ้นอยู่กับ การที่บุคคลเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อการเจ็บป่วยนั้น อาจเป็นการเรียนรู้จากค่านิยมที่ได้ปลูกฝังมา หรืออาจเป็นการเรียนรู้ที่เกิดโดยเหตุผลทางปฏิบัติ

3. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (sick role behavior) หมายถึง พฤติกรรมใด ๆ ที่บุคคลได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือผู้ที่มีหน้าที่ในการรักษาว่าเป็นผู้ป่วยแล้ว ได้ปฏิบัติตามบทบาทที่ถูกกำหนดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น ๆ เช่น การรับประทานอาหารตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกพฤติกรรมใด ๆ ที่จะทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีของ Kurt Lewin และได้รับการพัฒนาจากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมอนามัย เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคของบุคคล ซึ่ง Rosenstock (1974: 329-330) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพนี้ไว้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่มีอุปสรรคด้านจิตวิทยาขัดขวางการกระทำเพื่อป้องกันโรคนั้น เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด ความละอาย เป็นต้น

ต่อมาได้มีการปรับปรุงแบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มองค์ประกอบอื่นอีกเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อรักษาโรค (Becker, 1974: 409-418; Rosenstock, 1974: 329-335; Becker and Mainman, 1975: 10-24; Becker et al., 1977: 348-364) สรุปองค์ประกอบที่สำคัญได้ดังนี้

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการยอมรับของบุคคลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของการเป็นโรค ซึ่งการยอมรับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือความเชื่อแต่ละคนมีระดับไม่เท่ากัน

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived seriousness or severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่จะรับรู้ต่อความรุนแรงของปัญหาที่มีต่อสุขภาพ บุคคลจะประเมินภาวะคุกคามหรือความรุนแรงที่จะก่อให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิต ความพิการ การใช้เวลาในการรักษา หรือกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพทางสังคมและการดำรงชีวิต เมื่อรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และรับรู้ความรุนแรงของโรค บุคคลจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคดังกล่าว ซึ่งการรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นองค์ประกอบที่ขึ้นกับความรู้ของแต่ละบุคคล

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการปฏิบัติ (perceived benefits of taking action and barriers of taking action) หมายถึง การประเมินของบุคคลถึงประโยชน์ที่จะได้รับ เช่น เมื่อปฏิบัติแล้วจะทำให้ลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค เป็นการแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เป็นโรค เช่น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการปฏิบัติ (perceived barriers) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าในทางลบของบุคคลในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการรักษาพยาบาล การถูกจำกัดกิจกรรม

การมารับบริการหรือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง

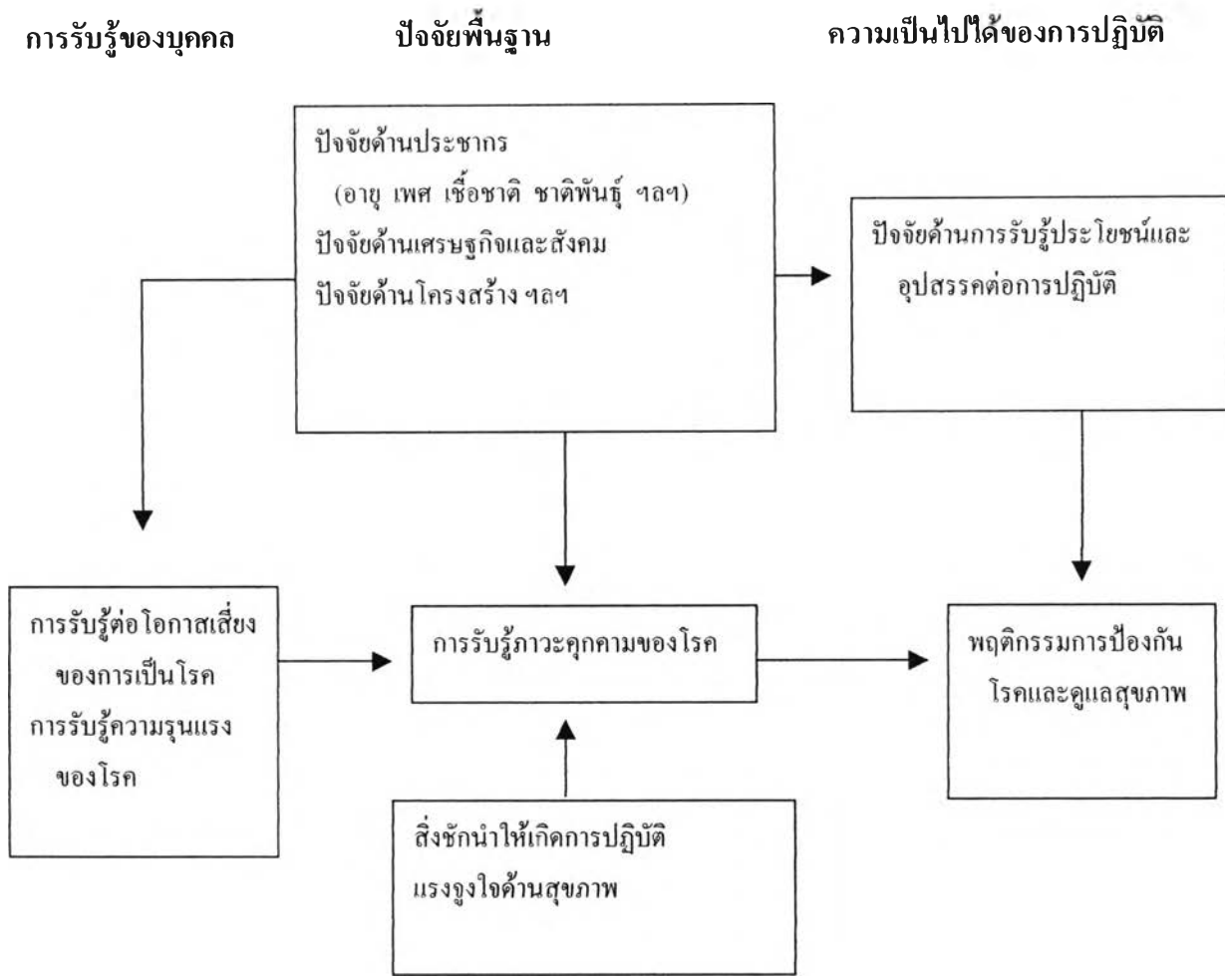
4. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) หมายถึง สิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการกระทำ ได้แก่ สิ่งชักนำภายใน เป็นการรับรู้สภาวะร่างกายของตนเอง เช่น เมื่อมีอาการเจ็บป่วย สิ่งชักนำภายนอกคือ คำแนะนำจากบุคคลอื่น หรือการได้รับการกระตุ้นเตือนจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ ยังมีสิ่งชักนำจากสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ข่าวสารจากหนังสือพิมพ์นิตยสารต่าง ๆ การรณรงค์ทางสุขภาพจากสื่อมวลชน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) หมายถึง ความสนใจเรื่องสุขภาพของบุคคล เกิดจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยพื้นฐาน (modifying factors) เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ ชั้นทางสังคม กลุ่มเพื่อน ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ทัศนคติ ปฏิกิริยา และปัจจัยผลักดันที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ซึ่งทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใน 6 องค์ประกอบสำคัญดังกล่าวแล้ว สามารถนำมาสรุปให้เห็นเป็นภาพจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพดังที่นำเสนอในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)



ที่มา : Becker, Drachman, and Kirscht, 1974 : 205-216 cited in Rosenstock, 1974: 334.

จากสองแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และแบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้สรุปแล้วข้างต้นนั้น สามารถนำมาเป็นพื้นฐานการพัฒนากรอบแนวคิดของการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยของสตรีไทยบนพื้นที่สูงครั้งนี้ได้เป็นอย่างดี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้มีแนวคิดพื้นฐานว่า พฤติกรรมอนามัยซึ่งได้แก่ การฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอดของสตรีไทยบนพื้นที่สูง จะมีการปฏิบัติไปในทางบวกหรือทางลบ น่าจะถูกกำหนดหรือขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยพื้นฐาน (modifying factors) อันได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ ชาติพันธุ์ และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ความสามารถในการใช้ภาษาไทย การศึกษา อาชีพ และความเพียงพอของรายได้ครัวเรือน และปัจจัยด้านอุปสรรคต่อการปฏิบัติ (perceived barriers of taking action) ได้แก่ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และระยะทางจาก

ครัวเรือนถึงสถานบริการสาธารณสุข และคาดว่าปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่นำมาศึกษาครั้งนี้อาจจะไม่เพียงแต่ส่งผลโดยตรงให้เกิดความแตกต่างในพฤติกรรมการฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอดของสตรีไทยบนพื้นที่สูงเท่านั้น แต่ปัจจัยดังกล่าวอาจจะส่งเสริมให้สตรีไทยบนพื้นที่สูงได้รับความรู้ มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของการไม่ดูแลตนเองที่จะส่งผลลบต่อสุขภาพ หรือได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอด การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการปฏิบัติ (perceived benefits of taking action and barriers of taking action) เหล่านี้ย่อมมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมอนามัยของสตรีของสตรีไทยบนพื้นที่สูง ที่จะนำไปสู่การป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยงหรือการเป็นโรคที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของตนเองและทารก

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโครงการวิจัยที่การศึกษานี้ได้นำข้อมูลส่วนหนึ่งมาใช้ในการวิเคราะห์มีความจำกัดในด้านข้อมูลบางประเด็น อาทิ ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้ดัดแปลงแบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่นำเสนอในแผนภูมิที่ 1 เป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานเพื่ออธิบายอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ เท่าที่ข้อมูลจะอำนวยให้

1.4 วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมอนามัยแม่ของสตรีไทยบนพื้นที่สูงมีดังนี้

1.4.1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอด

1.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.4.1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอด

1.4.1.1 การฝากครรภ์

การฝากครรภ์ เป็นการดูแลสตรีในระหว่างตั้งครรภ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ให้ทั้งมารดาและทารกเกิดมาอย่างมีคุณภาพ โดยมีการตรวจดูความเจริญเติบโต ความแข็งแรง และความสมบูรณ์ของทารกในครรภ์ ตรวจหาความผิดปกติของผู้เป็นมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ รวมทั้งเป็นการเตรียมมารดาให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ สำหรับการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรอย่างปลอดภัย สตรีจึงจำเป็นต้องฝากครรภ์ทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์ (วีระ นิยมวัน, 2533: 150-206) การฝากครรภ์ประกอบด้วยหลัก 5 ประการคือ

1. การซักประวัติ เช่น ประวัติเกี่ยวกับโรคของครอบครัวทั้งสามีและสตรีตั้งครรภ์ เพื่อทราบโรคทางพันธุกรรมของทั้งสองฝ่าย

อายุ หากครรภ์แรกสตรีมีอายุน้อยกว่า 15 ปี ภาวะเสี่ยงอันตรายกับมารดาและทารกจะเพิ่มขึ้นเป็น 6 เท่า ส่วนครรภ์แรกของสตรีที่มีอายุเกินกว่า 35 ปี จะทำให้ทารกมีโอกาสเป็นโรคทางปัญญาอ่อนของกลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome) และจะทำให้คลอดยาก

อาชีพ ซึ่งมารดาทำงานหนัก หรือประกอบการงานที่สิ่งแวดล้อมเป็นพิษอาจเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้

นอกจากนี้ มีประวัติจำนวนครั้งของการคลอด การแท้ง การเจ็บป่วยในอดีต ผลการคลอดและอาการหลังคลอดท้องก่อน ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน และอาการผิดปกติต่าง ๆ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงหรือการเกิดโรคแทรก

2. การตรวจร่างกายทั่วไป ซึ่งจะมีการตรวจค้นหาความผิดปกติจากภาวะเสี่ยงภัยในการตั้งครรภ์ เช่น การตรวจลักษณะทั่วไปของร่างกาย การตรวจเต้านม และการตรวจครรภ์

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งจะมีการตรวจค้นหาความผิดปกติจากภาวะเสี่ยงภัยในการตั้งครรภ์ เช่น การตรวจปัสสาวะเพื่อหาโปรตีนและน้ำตาล การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อซิฟิลิส และการตรวจพิเศษ เช่น การเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจหาความผิดปกติทางสมองของทารก

นอกจากนี้ ยังค้นหาอาการผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสแรกคือ ระยะ 3 เดือนแรก เช่น การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก การตกเลือด อาการผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่สองและสาม เช่น ทารกท่าผิดปกติ ทารกตายในครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูง และอาการผิดปกติในระยะใกล้คลอด เช่น รกเสื่อมสภาพ ครรภ์เกินกำหนด ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เป็นต้น

4. การให้คำแนะนำให้ความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการให้สุขศึกษาเป็นกลุ่มหรือรายบุคคลระหว่างการตรวจครรภ์ เพื่อให้สตรีครั้งครรภ์ทราบและปฏิบัติตนได้ถูกต้องระหว่างตั้งครรภ์ และให้มีความเข้าใจ มั่นใจในการคลอด

5. การรักษาป้องกันโรคและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ เช่น การรักษาโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ที่อาจเป็นอันตรายต่อทารก การฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก

ในการป้องกันอันตรายจากภาวะเสี่ยงและอาการผิดปกติ ในระยะตั้งครรภ์ดังที่กล่าวมา สตรีจึงควรไปตรวจครรภ์สม่ำเสมอตามระยะเวลาดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2540: 3) เมื่อตั้งครรภ์ 1-6 เดือน ไปตรวจครรภ์ทุกเดือน ๆ ละครั้ง ระยะ 7-9 เดือน ไปตรวจครรภ์ทุก 2 อาทิตย์ ระยะ 9 เดือนขึ้นไปตรวจครรภ์ทุกอาทิตย์จนกว่าจะคลอด อย่างไรก็ตาม สตรีควรฝากครรภ์ตามระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่นัดอย่างน้อย 4 ครั้ง (กรมอนามัย, กองอนามัยครอบครัว, 2538: 5-6)

1.4.1.2 การทำคลอด

การคลอด เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ นักจิตวิทยากล่าวไว้ว่า ถ้าในระยะตั้งครรภ์ ผู้เป็นมารดาได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเพื่อให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจแล้ว การคลอดจะดำเนินไปอย่างสะดวกปราศจากความวิตกกังวล (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2525: 58) ระยะการคลอดนับเป็นระยะหนึ่งที่มารดาและทารกต้องเสี่ยงอันตรายต่อชีวิต เริ่มตั้งแต่การเจ็บครรภ์จริงจนกระทั่งคลอด เพราะอาจมีโรคแทรกซ้อนในระยะคลอด เช่น

ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์อาจทำให้เกิดการติดเชื้อ การคลอดก่อนกำหนด สายสะดือย้อย และการคลอดยากเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแห้ง อาจทำให้ทารกเสียชีวิตได้

การตั้งครรภ์เกินกำหนด หมายถึง การตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์เกิน 42 สัปดาห์ หรือ 294 วัน จะทำให้อัตราตายของทารกสูงขึ้นกว่าปกติ 2 เท่า

การคลอดยาก หมายถึง การดำเนินการคลอดช้ากว่า 24 ชั่วโมง อาจเนื่องจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งหรือหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น ความผิดปกติของการหดรัดตัวของมดลูก ส่วนนำท่าเด็ก ซึ่งอาจต้องมีการผ่าท้องโดยแพทย์เพื่อช่วยดำเนินการคลอด ในระยะคลอดนี้มีความสำคัญมากที่ต้องได้รับการดูแลอย่างดีจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ดำรง เหรียญประยูร, 2533: 453-471)

นอกจากนี้ การไม่ได้ทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้วก็อาจส่งผลต่อทารก ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคบาดทะยักได้ ดังเช่น การศึกษาของ วิทยา สวัสดิวุฒิพงศ์, ศุภชัย ฤกษ์งาม และ อรพรรณ แสงวรรณลอย (2530: 274) พบว่าผู้ป่วยทารกที่เป็นโรคบาดทะยักส่วนใหญ่ได้รับการทำคลอดแบบพื้นบ้านโดยผดุงครรภ์โบราณและญาติ ซึ่งมักจะไม่สะอาดพอ ในขณะที่ร้อยละ 48.5 ใช้ยากลางบ้านหรือสมุนไพรบางอย่างใส่แผลสะดือเด็ก ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้มาก จะเห็นได้ว่าการคลอดบุตรอาจเป็นขั้นตอนที่อันตรายที่สุดของการตั้งครรภ์ ดังนั้น สตรีทุกคนควรคลอดบุตร โดยการดูแลของผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมการทำคลอดมาแล้ว (อมรรัตน์ รัตนศิริ, ผู้แปล, 2539: 574)

1.4.1.3 การดูแลหลังคลอด

การที่สตรีได้รับการดูแลหลังคลอดที่ถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยให้อัตราตายของมารดาลดลงได้ และส่งเสริมให้สุขภาพของมารดาและทารกสมบูรณ์และแข็งแรง เนื่องจากระยะหลังคลอด (puerperium) ระยะนี้อาจเกิดอันตรายจากการตกเลือด (postpartum hemorrhage) และการติดเชื้อ (puerperal infection) อันเป็นสาเหตุการตายของมารดาที่สำคัญ ช่วงเวลาที่ร่างกายของมารดาที่คลอดทารกเปลี่ยนแปลงคืนสู่สภาพปกติทั้งด้านกายภาพและสรีระ ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 4-8 สัปดาห์ และเพื่อให้ข้อมูลเปรียบเทียบกันได้ องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดระยะเวลานี้ไว้ 6 สัปดาห์ หรือ 42 วัน นับจากวันคลอดบุตร (สมพล พงศ์ไทย และ สรุศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, 2540: 239)

การดูแลหลังคลอดของมารดาประกอบด้วย การดูแลในระยะหลังคลอดทันที และได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในช่วง 5 วันแรก และการตรวจหลังคลอดโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนภายหลังการคลอดบุตร 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ได้แก่

การซักประวัติอาการผิดปกติของมารดาและทารก เช่น ลักษณะน้ำคาวปลา การขับถ่ายปัสสาวะ แผลฝีเย็บ และการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่

การตรวจร่างกาย เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจเต้านม ตรวจหน้าท้อง

การตรวจทางช่องคลอด เช่น ตรวจแผลฝีเย็บ ตรวจลักษณะน้ำคาวปลา ตรวจมะเร็งปากมดลูก

การให้บริการคุมกำเนิดตามความต้องการ และการให้คำแนะนำในการเลี้ยงดูบุตร ดังนั้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดบุตร สตรีจึงควรไปตรวจหลังคลอดทุกคนตามระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่นัดอย่างน้อย 3 ครั้ง (ดำรง เหรียญประยูร, 2533: 472-476; กรมอนามัย, กองอนามัยครอบครัว, 2538: 5-6)

จะเห็นได้ว่า การฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอดที่ถูกต้องและเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความสำคัญมากสำหรับสตรีตั้งครรภ์ทุกคน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้เป็นคุณสมบัติที่สำคัญประการหนึ่งของแม่ตัวอย่าง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้แก่สตรีตั้งครรภ์ เพื่อการพัฒนาสุขภาพของมารดาและทารก (บังอร เหลืองนิมิตรมาศ และ ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2532: 8-10; กระทรวงสาธารณสุข, 2540: 2)

1.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอด มีดังนี้

1. <u>อายุของสตรี</u>

การศึกษาเกี่ยวกับอายุของสตรีกับการฝากครรภ์นี้ ได้มีผู้ศึกษาไว้หลายเรื่องส่วนใหญ่พบผลการศึกษาสอดคล้องกัน กล่าวคือ อายุของสตรี มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ โดยกลุ่มสตรีอายุน้อยกว่า มีการฝากครรภ์มากกว่าสตรีที่อายุมากกว่า (วชิรา กสิโกศล, 2521: 113; สุดา ภู่ทอง, 2529: 28-33; ประเจตน์ เกษน้อย, 2530: 55; สดสวย คณาวัชรากุล, 2532: 77-78; สุพรรณีย์ จันพิทัศ, 2534: 61; Maharjan, 1995: 43) แม้ว่าการศึกษาบางเรื่องจะให้ผลแตกต่างออกไป โดยพบว่า สตรีที่อายุมากกว่า มีการฝากครรภ์มากกว่าสตรีที่อายุน้อยกว่า (สุนันทา พงศ์ไพบูลย์ และสุนันท์ ศรีวิรัตน์,

2539: 89) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ (วัชรี วัชรมัย, 2532: 55-56; Budiono, 1995: 45)

ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการทำคลอด มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้ สุนันทา พงศ์ไพบูลย์ และ สุนันท์ ศรีวิรัตน์ (2539: 99) พบว่า สตรีที่แต่งงานเมื่ออายุ 20-34 ปี ทำคลอดโดยแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้วมากกว่าสตรีที่แต่งงานเมื่ออายุ 13-19 ปี ในขณะที่ การศึกษาของประเจตน์ เกษน้อย (2530: 55-57) พบว่า อายุของสตรีมีความสัมพันธ์ในทางลบกับสถานที่คลอดบุตรคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับการฝากครรภ์ กล่าวคือ สตรีที่อายุน้อยกว่า จะคลอดบุตรที่โรงพยาบาลมากกว่าสตรีที่อายุมากกว่า โดยกลุ่มอายุ 15-25 ปี คลอดบุตรที่โรงพยาบาลมากที่สุดคือร้อยละ 94.6 ขณะที่สตรีกลุ่มอายุ 36-49 ปี มีเพียงร้อยละ 74.5 คลอดบุตรที่โรงพยาบาล และได้รับการทำคลอดโดยแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนผลการศึกษาของ วัชรี วัชรมัย (2532: 55-57) กลับพบว่า อายุไม่สามารถอธิบายถึงการเลือกผู้ทำคลอดของสตรีได้

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลหลังคลอดพบว่า สตรีที่มีอายุน้อยกว่าจะมีการดูแลหลังคลอดมากกว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า (วชิรา กสิโกศล, 2521: 113; สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ, 2531: 43; สุนันทา พงศ์ไพบูลย์ และ สุนันท์ ศรีวิรัตน์, 2539: 102-103) ในขณะที่ ผลการศึกษาของ สกาวรัตน์ เทพรักษ์ (2534: 130-131) กลับพบว่า อายุของสตรีไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหลังคลอดเมื่อ 6-8 สัปดาห์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุใกล้เคียงกัน

จากผลการศึกษาส่วนใหญ่ดังที่กล่าวมา อาจสรุปแนวโน้มได้ว่า อายุของสตรีมีความสัมพันธ์กับการดูแลพฤติกรรมอนามัย กล่าวคือ สตรีที่มีอายุน้อย (ประมาณ 20-30ปี) จะมีการฝากครรภ์มากที่สุด สำหรับการทำคลอดผลการศึกษายังมีน้อยไม่สามารถสรุปได้ แต่มีงานวิจัยส่วนหนึ่งที่พบว่า สตรีอายุน้อยกว่า จะทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าสตรีที่อายุมากกว่า ทั้งนี้เนื่องจาก การฝากครรภ์และการคลอดเป็นพฤติกรรมที่มีความต่อเนื่องกัน เมื่อสตรีฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้ว ส่วนใหญ่จะทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังเช่น การศึกษาการมารับบริการคลอดบุตรที่โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน 2533 จำนวน 1,076 คน พบว่า สตรีที่มาคลอดบุตร มีการฝากครรภ์สูงร้อยละ 88.6 (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535: 4) สำหรับสตรีไทยบนพื้นที่สูงซึ่งเป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่า เนื่องจากอิทธิพลของประเพณีวัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับการคลอดบุตรของแต่ละชาติพันธุ์มาตั้งแต่บรรพบุรุษ ทำให้กลุ่มสตรีที่มีอายุมากอาจจะยึดถือความเชื่อแบบเก่า ๆ ที่ได้รับการถ่ายทอดมาแต่ดั้งเดิมมากกว่ากลุ่มสตรีที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งกลุ่มหลังนี้มีโอกาสสัมผัสกับสังคมสมัยใหม่ของคนพื้นราบ ทำให้ยอมรับสิ่งใหม่ ๆ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย โดยทำคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว ซึ่งถือว่าเป็นบริการด้านการแพทย์แบบสมัยใหม่มากกว่า ส่วนการดูแล

หลังคลอดของสตรีสรุปได้ว่า สตรีที่มีอายุน้อยกว่า น่าจะมีการดูแลหลังคลอดในสัดส่วนที่สูงกว่าสตรีที่อายุมากกว่าเช่นกัน

2. ชาติพันธุ์

ชาติพันธุ์ หมายถึง เผ่า (เหล่ากอ) เป็นการแยกประชากรบนพื้นที่สูงที่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนออกจากกัน โดยการใช้หลักเกณฑ์ต่าง ๆ ประกอบกันดังนี้ เช่น การสืบทอดทางสายโลหิต เชื้อชาติ ภาษา ความเชื่อ วิถีการดำรงชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี ของกลุ่มชนเผ่าต่าง ๆ ตั้งแต่อดีตมาถึงปัจจุบัน ซึ่งชนเผ่าต่าง ๆ จำนวนมากในประเทศไทยได้มีการใช้ภาษาร่วมกัน และอาจจัดแบ่งกลุ่มชนเหล่านี้ออกได้ตามกลุ่มภาษาที่ใช้พูดดังนี้ (กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, กรมประชาสงเคราะห์, 2538: 3, 13-34)

- กลุ่มภาษาจีน ได้แก่ เผ่าม้ง และเย้า
- กลุ่มภาษาธิเบต-พม่า ได้แก่ เผ่ากะเหรี่ยง มูเซอ อีก้อ และลีซอ
- กลุ่มภาษามอญ-เขมร ได้แก่ เผ่า ลัวะ ถิ่น และขมุ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีที่มีชาติพันธุ์และใช้ภาษาที่แตกต่างกันมักมีพฤติกรรมอนามัยแม่แตกต่างกัน ดังเช่น การสำรวจในปี พ.ศ. 2536 ในกลุ่มชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ซึ่งใช้ภาษาธิเบต - พม่า พบว่า สตรีเผ่ากะเหรี่ยงฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 43.7 มีการคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว ร้อยละ 65.1 และมีการดูแลหลังคลอด ร้อยละ 61.2 ในขณะที่ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2538 ในกลุ่มชาวเขาเผ่าม้งซึ่งใช้ภาษาจีนพบว่า สตรีเผ่าม้งฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ร้อยละ 29.4 คลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว ร้อยละ 40.2 และมีการดูแลหลังคลอดร้อยละ 9.4 (กรมอนามัย, ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา, 2538: 7) แม้ว่าในอดีตจะยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างชาติพันธุ์กับการฝากครรภ์ การทำคลอดและการดูแลหลังคลอดก็ตาม แต่จากข้อมูลที่มีพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับชาวเขาเผ่าอื่น ๆ ชาวขมุมีความพร้อมในการออกไปใช้ชีวิตในสังคมภายนอกค่อนข้างมาก เพราะเด็กชาวขมุเมื่อเกิดมาจะได้รับการฝึกหัดให้พูดภาษาของเผ่าและภาษาไทยไปพร้อมกัน ทำให้ชาวขมุมีความสามารถใช้ภาษาไทยได้ในระดับหนึ่ง รวมทั้งหนุ่มสาวชาวขมุนิยมออกไปประกอบอาชีพในเมืองกันเป็นส่วนใหญ่ จึงมีโอกาสรับเอาวัฒนธรรมสมัยใหม่จากคนไทยพื้นราบเข้ามาในชีวิตประจำวัน ทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพ สำหรับเผ่า ลัวะ จะมีการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมกับเผ่าขมุที่อยู่ในกลุ่มภาษาเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนสิ่งของกันมากกว่าซื้อขาย และเป็นในลักษณะพึ่งพาอาศัยกันตามความจำเป็น (ชลธิรา สัตยาวัฒนา, 2530: 62) ทำให้การดำเนินชีวิตคล้ายคลึงกัน และชาวเขาเผ่าถิ่นก็คือชาวลัวะนั่นเอง ซึ่งได้มีการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมกับเผ่าขมุดังที่กล่าวมาแล้วเช่นกัน

รวมทั้งในปัจจุบันได้มีการผสมกลมกลืนกับชาวไทย รับเอาระเบียบวิถีชีวิตของชาวไทยไปรวมกัน (กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, กรมประชาสงเคราะห์, 2538: 32)

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้คาดการณ์ได้ว่า สตรีชาติพันธุ์ที่พูดภาษามอญ-เขมร (ลัวะ ถิ่น ขมุ) น่าจะมีพฤติกรรมอนามัยแม่ที่ดีกว่าสตรีกลุ่มชาติพันธุ์อื่น ๆ กล่าวคือ น่าจะมีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และมีการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์ในสัดส่วนที่สูงกว่าสตรีชาติพันธุ์อื่น ๆ

3. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน มีผลต่อความเป็นอยู่และพฤติกรรมของสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน หากสมาชิกในครัวเรือนมีจำนวนมากอาจส่งผลให้มีความเป็นอยู่ไม่ดีพอ จากการศึกษาของ ประเจตน์ เกษน้อย (2530: 167) พบว่า จำนวนสมาชิกที่อยู่ในครัวเรือนมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการฝากครรภ์ กล่าวคือ สตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่าจะฝากครรภ์มากกว่าสตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า และสตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อย (1-3 คน) จะฝากครรภ์มากที่สุด ในทำนองเดียวกับการศึกษาของ สุนันทา พงศ์ไพบูลย์ และ สุนันท์ ศรีวิรัตน์ (2539: 87-88) พบว่า สตรีที่มีครอบครัวเล็กขนาด 4 คนลงมา จะฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่าสตรีที่มีขนาดครอบครัวใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อการฝากครรภ์ในหมู่บ้านมานิเคล ประเทศเนปาล ของ Maharjan (1995: 52) ที่พบว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวจะฝากครรภ์มากกว่าสตรีที่อยู่ในครอบครัวขยาย

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับการทำคลอด พบว่าสตรีที่มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คนลงมา จะคลอดบุตรที่สถานบริการของรัฐมากกว่าครอบครัวขนาดใหญ่ (สุนันทา พงศ์ไพบูลย์ และ สุนันท์ ศรีวิวัฒน์, 2539: 95) ซึ่งการคลอดในสถานบริการของรัฐก็จะได้รับการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนประเด็นการดูแลหลังคลอดของสตรียังไม่มีผู้ศึกษาไว้

จากผลการศึกษาข้างต้นอาจสรุปได้ว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการฝากครรภ์ โดยสตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า น่าจะมีสัดส่วนการฝากครรภ์สูงกว่าสตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า ส่วนประเด็นการทำคลอด แม้ว่าการศึกษายังมีน้อย แต่ผลการศึกษาสอดคล้องกันกับผลการศึกษาที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับการฝากครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า โอกาสที่สตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวน

สมาชิกน้อยกว่าจะได้รับการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และได้รับการดูแลหลังคลอด น่าจะมีแนวโน้มสูงกว่าสตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า และเหตุผลอีกประการหนึ่งคือ การมีสมาชิกในครัวเรือนมาก อาจทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครัวเรือนของสตรี จึงมีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมอนามัยแม่ของสตรีไทยบนพื้นที่สูง

4. ความสามารถในการใช้ภาษาไทย

การใช้ภาษาไทยในกลุ่มประชากรบนพื้นที่สูง มีความสำคัญในการติดต่อสื่อสารกับสังคมภายนอก และมีผลต่อการรับรู้หรือความเข้าใจในข่าวสารต่าง ๆ มาก เนื่องจากสื่อที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอนามัยแม่และเด็ก ที่ผลิตโดยทางราชการส่วนใหญ่เป็นภาษาไทย งานวิจัยเรื่องความสามารถในการใช้ภาษาไทยกับการฝากครรภ์ของประชากรบนพื้นที่สูง ยังไม่มีการศึกษาไว้ แต่มีการศึกษาของ ชลิดา เกษประดิษฐ์ เรื่อง ภาวะเจริญพันธุ์ของชาวเขาเผ่าเย้าในจังหวัดลำปาง (2536: 37-56) พบว่า ความสามารถในการใช้ภาษาไทยของสตรีเย้ามีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตรเกิดรอดและจำนวนบุตรที่ต้องการ กล่าวคือ สตรีที่มีความสามารถในการใช้ภาษาไทยต่ำจะมีจำนวนบุตรเกิดรอด และจำนวนบุตรที่ต้องการมากกว่าสตรีที่มีความสามารถสูงกว่าในการใช้ภาษาไทย

ในส่วนของผลการศึกษาเกี่ยวกับการทำคลอดพบว่า ความสามารถในการพูดภาษาไทยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการทำคลอด (ลีนา ตังกนะภัคย์, 2535: 59-69) กล่าวคือ สตรีที่พูดภาษาไทยได้น้อย มีแนวโน้มจะใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านมากกว่าแบบสมัยใหม่ ในขณะที่สตรีที่พูดภาษาไทยได้มากขึ้น มีแนวโน้มใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านลดลงแต่ทำคลอดแบบสมัยใหม่มากขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ เกี่ยวกับเรื่องความสามารถของการใช้ภาษาไทยกับการดูแลหลังคลอด

โดยสรุป แม้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้ภาษาไทยกับการฝากครรภ์และการดูแลหลังคลอดจะยังไม่มีผู้ศึกษาไว้โดยตรง แต่ผู้วิจัยได้นำเอาตัวแปรนี้เข้ามาศึกษา โดยคาดการณ์ว่าความสามารถในการใช้ภาษาไทยน่าจะส่งผลในทางบวกต่อพฤติกรรมอนามัยแม่ของสตรีเหล่านี้ เพราะสตรีที่มีความสามารถในการใช้ภาษาไทยสูงกว่าจะมีความเข้าใจสื่อต่าง ๆ และสามารถใช้ภาษาไทยติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือคนไทยพื้นราบได้ดีกว่า จึงน่าจะมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอดมากกว่าสตรีที่มีความสามารถในการใช้ภาษาไทยต่ำกว่า ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมอนามัยที่ดีกว่า

5. การศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมอนามัยของสตรี เพราะการศึกษาช่วยพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ และสร้างความเข้าใจด้านต่าง ๆ รวมทั้งด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ได้รับการศึกษาน้อย จึงทำให้การศึกษามีส่วนอย่างมาก ในการกำหนดพฤติกรรมต่าง ๆ ของประชากร พบว่ามีการศึกษาวิจัยไว้หลายเรื่องที่ให้ผลในทิศทางเดียวกันคือ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ โดยที่สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะฝากครรภ์มากกว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำกว่า (สุดา ภู่ทอง, 2529: 31-35; สดสวย คณาวัชรากุล, 2532: 66-67; สุนันทา พงศ์ไพบูลย์ และ สุนันท์ ศรีวิรัตน์, 2539: 86-87; Budiono, 1995: 47; Maharjan, 1995: 48) ส่วนผลการศึกษาที่แตกต่างออกไปจากนี้ มีส่วนน้อยที่พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ (อรทัย รวยอาจิณ และ คณะ, 2528: 62; ดวงพร จินตโนทัยถาวร, 2536: 109-110)

ส่วนผลการวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาและพฤติกรรมการทำคลอดพบว่า สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมปีที่ 4 คลอดบุตรโดยบุคคลที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (หมอตำแย คลอดเอง สามี และญาติ) น้อยกว่าสตรีที่ไม่มีการศึกษา (สายใจ คุ้มขนาบ, 2514: 120-121) ในขณะที่ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้าน และแบบสมัยใหม่ของมารดาไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ลีนา ตังกนะภัคย์, 2535: 59) กลับพบว่า มารดาที่มีการศึกษาสูงขึ้น (จำนวนปีที่ศึกษามากขึ้น) มีแนวโน้มจะใช้บริการทำคลอดพื้นบ้านมากขึ้นและทำคลอดแบบสมัยใหม่ลดลง

ส่วนผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับการดูแลหลังคลอด พบในทำนองเดียวกัน กล่าวคือ การศึกษาของสตรีมีความสัมพันธ์กับการตรวจหลังคลอด โดยที่สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะไปตรวจหลังคลอดมากกว่ากลุ่มสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (วชิรา กสิโกศล, 2521: 113; สกาวรัตน์ เทพรักษ์, 2534: 131; สุนันทา พงศ์ไพบูลย์ และ สุนันท์ ศรีวิรัตน์, 2539: 104)

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการฝากครรภ์ และการดูแลหลังคลอด กล่าวคือ สตรีที่มีการศึกษาสูงกว่าจะฝากครรภ์และมีการดูแลหลังคลอดมากกว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำกว่า สำหรับการทำคลอดนั้น ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายังมีความไม่สอดคล้องกัน ทำให้ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการเลือกผู้ทำคลอดของสตรีในทิศทางใด แต่ผู้วิจัยคาดว่า สตรีที่ได้เรียนหนังสือน่าจะมีโอกาสได้รับความรู้ด้านอนามัยแม่และเด็กมากกว่าสตรีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จึงน่าจะเห็นประโยชน์และเลือกทำคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว เพื่อให้ตนเองและบุตรได้รับความปลอดภัยมากกว่าสตรีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

6. อาชีพของสตรี

อาชีพแสดงถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล การประกอบอาชีพที่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของรายได้ เวลาทำงานและเวลาว่าง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า อาชีพของสตรีมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ (สุดา ภู่ทอง, 2529: 34; ประเจตน์ เกษน้อย, 2530: 165-166; สดสวย คณาวัชรากุล, 2532: 64; สุพรรณีย์ จันพิทัศ, 2532: 62; วิไล ชัยมงคล, 2536: 94; Budiono, 1995: 49) นอกจากนี้ มีการศึกษาหลายเรื่องที่พบว่า สตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ฝากครรภ์น้อยกว่าอาชีพอื่น (สุดา ภู่ทอง, 2529: 34; สุพรรณีย์ จันพิทัศ, 2532: 62; Budiono, 1995: 49) มีผลการศึกษาส่วนน้อยที่พบว่า อาชีพของสตรีไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ (ดวงพร จินตโนถาวร, 2536: 109-110; Maharjan, 1995: 50)

การศึกษาเกี่ยวกับการทำคลอดพบว่า สตรีที่มีอาชีพเกษตรกรรมจะคลอดบุตรโดยหมอตำแย คลอดเอง สามี และญาติ ในสัดส่วนที่สูงกว่า (ร้อยละ 80) เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 58) และอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 62) (สายใจ คุ้มขนาบ, 2514: 120-121)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลหลังคลอดของสตรี (สกาวรัตน์ เทพรักษ์, 2534: 74) พบว่า อาชีพที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การรับบริการดูแลหลังคลอดของสตรีแตกต่างกัน โดยไม่มีทิศทางของความสัมพันธ์ที่ชัดเจน กล่าวคือ สตรีที่มารับบริการดูแลหลังคลอดส่วนใหญ่จะเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 32.3) รองลงมาได้แก่ อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 23.8) เกษตรกรรม (ร้อยละ 20.8) รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 12.3) และรับจ้างใช้แรงงาน (ร้อยละ 10.8) ตามลำดับ

จากผลการศึกษาข้างต้นสรุปได้ว่า อาชีพน่าจะมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ การทำคลอด ถึงแม้ว่าผลการศึกษาในเรื่องเหล่านี้ยังมีอยู่น้อย แต่อาจสามารถคาดการณ์ได้ว่า อาชีพของสตรีมักมีความเกี่ยวพัน หรือเป็นผลจากระดับการศึกษาที่สตรีได้รับ เช่น ผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมส่วนใหญ่มักมีการศึกษาน้อย ทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมอนามัยได้ ผู้วิจัยจึงคาดว่าสตรีที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมและสตรีที่ว่างงาน น่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และมีการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์สูงกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

7. ความเพียงพอของรายได้ครัวเรือน

รายได้นับเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยของบุคคล บุคคลที่มีรายได้สูงย่อมจะมีโอกาสในการดูแลและรักษาสุขภาพ หรือป้องกันโรคภัยไข้เจ็บได้ดีกว่าบุคคลที่มีรายได้ต่ำ มีการศึกษาหลายเรื่องที่พบว่า สตรีที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูง ฝากครรภ์มากกว่าสตรี

ที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ (สุดา ภู่ทอง, 2529: 35; จารุวรรณ ริ้วไพบูลย์, 2532: 45; ดวงพร จินตโนทัยถาวร, 2536: 109-110; Maharjan, 1995: 53) และสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวสูงกว่า จะฝากครรภ์มากกว่าสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำกว่า (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2532: 106; สุพรรณีย์ จันพิทัศ, 2532: 63; วิไล ชัยมงคล, 2536: 94) ในทางตรงกันข้ามก็มีผลการศึกษาส่วนน้อยที่พบว่า รายได้ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมการฝากครรภ์ได้ (วัชรี วัชรมัย, 2532: 55-56)

การศึกษาเกี่ยวกับการทำคลอดพบว่า สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนสูงกว่าจะคลอดบุตรโดยบุคคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบันมากกว่าสตรีที่ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนต่ำกว่า (สายใจ คุ้มขนาบ, 2514: 120-121; พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2532: 105-106) ในทำนองเดียวกันกับสตรีที่ครอบครัวมีรายได้สูงกว่า จะทำคลอดโดยบุคคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบันมากกว่าสตรีที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า (ลีนา ตังกนะภัคย์, 2535: 58, 69) อย่างไรก็ตาม ยังมีผลการศึกษาที่แตกต่างที่พบว่า รายได้ไม่สามารถอธิบายการเลือกผู้ทำคลอดได้ (วัชรี วัชรมัย, 2532: 55-56)

ในส่วนของการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลหลังคลอดพบว่า สตรีที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูง จะมีการตรวจหลังคลอดครบตามเกณฑ์มากกว่าสตรีที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ (วชิรา กสิโกศล, 2521: 114, สุนันทา พงศ์ไพบูลย์ และ สุนันท์ ศรีวิรัตน์, 2539: 105;) เช่นเดียวกับ สตรีที่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บ และรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จะรับบริการตรวจหลังคลอดมากกว่าสตรีที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ , 2531: 83-90; สกาวรัตน์ เทพรักษ์, 2534: 133)

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอดของสตรี ผู้วิจัยจึงคาดว่า ความเพียงพอของรายได้ในครัวเรือนของสตรีน่าจะมีผลในทางบวกต่อพฤติกรรมการฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอดของสตรีไทยบนพื้นที่สูง

8. <u>สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล</u>

การมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล จะทำให้ผู้มีสิทธิเกิดความมั่นใจเมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อมีความจำเป็นต้องไปใช้บริการทางการแพทย์ โดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น จากการศึกษาผลกระทบของโครงการบัตรสุขภาพที่มีต่อการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวในระดับตำบล จังหวัดลำปาง (อรนุช โอภาสเสถียร, 2530: 115-116) รวมทั้งการศึกษารูปแบบการใช้บริการทางการแพทย์ของชุมชน ที่มีผลจากนโยบายการใช้บัตรสุขภาพในจังหวัดร้อยเอ็ด

(อรชร ศาตราวาหะ, 2528: 123-124) พบผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน กล่าวคือ โครงการบัตรสุขภาพทำให้สตรีฝากครรภ์เพิ่มขึ้น และจากการศึกษาเรื่องปัจจัยและการใช้บริการด้านอนามัยแม่ของผู้เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพ เพื่อการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดนครราชสีมา (สมหญิง มะหะสิทธิ์, 2529: 128-129) พบว่า สตรีที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพไปฝากครรภ์ 4 ครั้งครบตามเกณฑ์มากกว่าสตรีที่ไม่เป็นสมาชิก ในขณะเดียวกัน Maharjan (1995: 65) ก็พบว่า สตรีที่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล จะฝากครรภ์มากกว่าสตรีที่ไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลกับการทำคลอดพบว่า โครงการบัตรสุขภาพทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพ ใช้บริการคลอดในสถานบริการต่าง ๆ ของรัฐเพิ่มขึ้น ทำให้มีการคลอดบุตรโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้น และสตรีที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพ คลอดบุตรโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าสตรีที่ไม่ได้เป็นสมาชิก (อรชร ศาตราวาหะ, 2528: 123-124; สมหญิง มะหะสิทธิ์, 2529: 128-129; อรนุช โอภาสเสถียร, 2530: 115-116)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลหลังคลอดของสตรีพบว่า โครงการบัตรสุขภาพทำให้การตรวจหลังคลอดของสตรีเพิ่มขึ้น สตรีที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพ จะมีการใช้บริการการดูแลหลังคลอดมากกว่าสตรีที่ไม่เป็นสมาชิก (อรชร ศาตราวาหะ, 2528: 123-124; สมหญิง มะหะสิทธิ์, 2529: 128-129; อรนุช โอภาสเสถียร, 2530: 115-116) นอกจากนี้ การศึกษาวิเคราะห์โครงการบัตรสุขภาพของ เทียนฉาย กีระนันทน์ (2537: 95) ก็พบว่า สวัสดิการด้านสุขภาพที่เป็นสวัสดิการให้เปล่า เช่น โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลและสิทธิประโยชน์จากโครงการอื่น ๆ ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่ง เข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขค่อนข้างสูง

ผลจากการศึกษาดังกล่าวมาแล้วสรุปได้ว่า การมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลทำให้สตรีมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข จึงน่าจะทำให้สตรีมีการฝากครรภ์ได้รับการทำคลอด และมีการดูแลหลังคลอดจากบุคคลากรทางการแพทย์มากขึ้นกว่าผู้ที่ไม่มีสวัสดิการดังกล่าว

9. <u>ระยะทางจากครัวเรือนถึงสถานบริการสาธารณสุข</u>

ระยะทางจากครัวเรือนถึงสถานบริการสาธารณสุขหากไกลเกินไป ไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ก็จะมีผลทำให้ประชาชนไม่ไปใช้บริการ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการสาธารณสุขกับการฝากครรภ์ของสตรีพบว่า ระยะทางหรือระยะเวลามีผลต่อการใช้บริการอนามัยแม่และเด็กอย่างชัดเจน สตรีที่อยู่ไกลจากสถานบริการสาธารณสุขมากกว่า จะไปใช้บริการฝากครรภ์น้อยกว่าสตรีที่อยู่ใกล้กว่า (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2532:

104; Budiono, 1995: 53) ในขณะที่ Maharjan (1995: 53, 61) พบว่า สตรีที่อยู่ห่างจากสถานบริการถึงแม้จะอยู่ไกลแต่สะดวกในการเดินทางไปสถานบริการ จะฝากครรภ์มากกว่าสตรีที่อยู่ใกล้แต่ไม่สะดวกในการเดินทางไปสถานบริการ

ในทำนองเดียวกับผลการศึกษาของ ลีนา ตังกนะภัคย์ (2535: 58) ที่พบว่าระยะทางที่อยู่อาศัยถึงแหล่งบริการ มีความสัมพันธ์กับการเลือกแบบแผนการทำคลอดของสตรี กล่าวคือ สตรีจะใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้าน (หมอตำแย) มากกว่าการทำคลอดแบบสมัยใหม่เนื่องจากระยะทางจากที่อยู่อาศัยอยู่ไกลจากแหล่งบริการสาธารณสุข สตรีจึงเลือกใช้บริการแบบพื้นบ้านซึ่งอยู่ใกล้กว่า

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลหลังคลอดของสตรีพบว่า สตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลส่วนใหญ่จะมาตรวจหลังคลอด แต่สตรีที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจะไม่มาตรวจหลังคลอด (สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ, 2531: 83-90) และสาเหตุประการหนึ่งที่สตรีไม่ไปตรวจหลังคลอดเนื่องจากการเดินทางไม่สะดวก (สมหญิง มะหะสิทธิ์, 2529: 130)

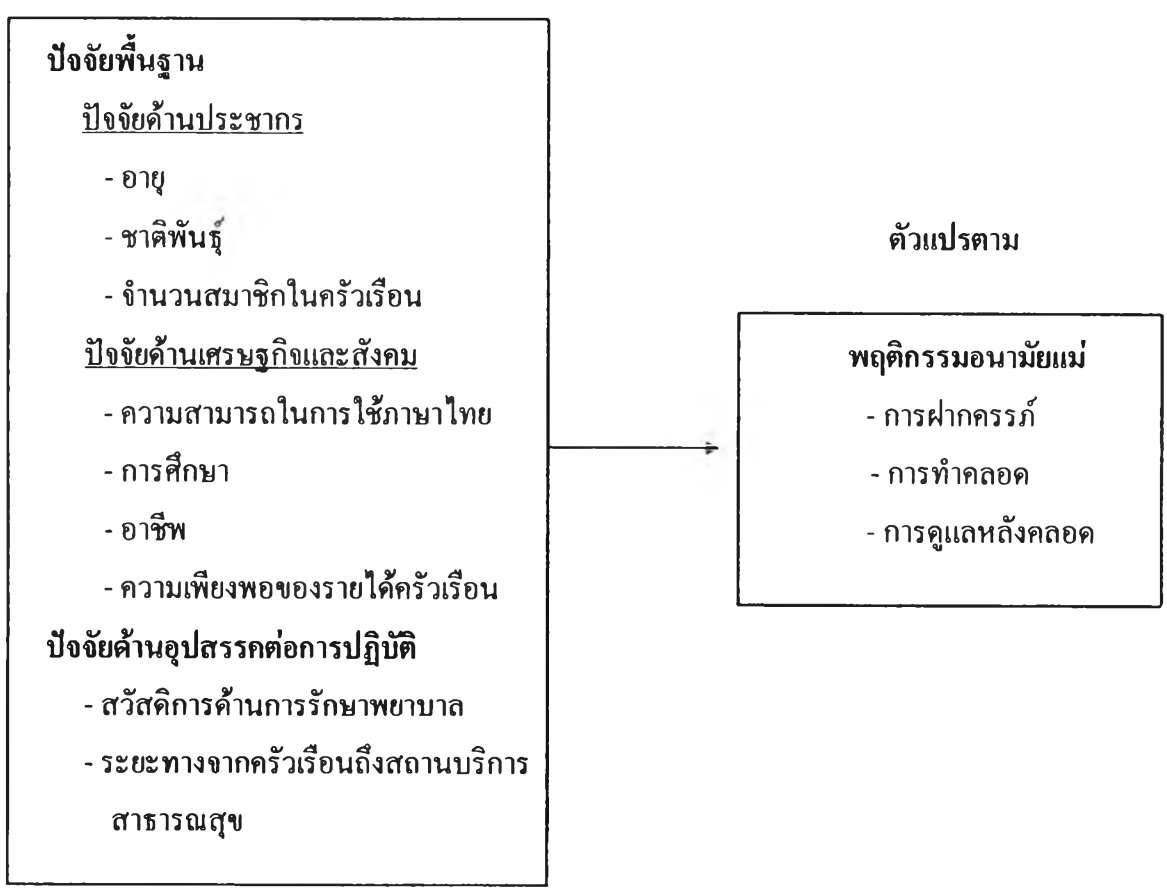
จากผลการศึกษาดังกล่าวมาข้างต้นพบว่า ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอดของสตรีเป็นไปในทำนองเดียวกัน กล่าวคือ สตรีที่อยู่ใกล้สถานบริการสาธารณสุขมากกว่า จะมีการฝากครรภ์ มีการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และมีการดูแลหลังคลอดมากกว่าสตรีที่อยู่ไกลกว่า ผู้วิจัยจึงคาดว่า ระยะทางจากครัวเรือนถึงสถานบริการสาธารณสุขน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอดของสตรีไทยบนพื้นที่สูง

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ และแบบจำลองเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยนำแนวคิดบางส่วนมาประยุกต์เพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษา เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยพื้นฐาน (modifying factors) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านอุปสรรคต่อการปฏิบัติ (perceived barriers of taking action) โดยศึกษาว่าตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อตัวแปรตามคือ พฤติกรรมอนามัยแม่ของสตรีไทยบนพื้นที่สูงอย่างไร รายละเอียดของกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ปรากฏในแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมอนามัยแม่ของสตรีไทยบนพื้นที่สูง



1.6 สมมุติฐานหลักในการศึกษา

สตรีไทยบนพื้นที่สูงที่มีลักษณะด้านประชากร ลักษณะด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านอุปสรรคต่อการปฏิบัติที่แตกต่างกัน น่าจะมีพฤติกรรมการฝากครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอดที่แตกต่างกัน

1.6.1 สมมุติฐานย่อย

1. สตรีที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีสัดส่วนของการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และมีสัดส่วนของการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์สูงกว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า

2. สตรีที่มีชาติพันธุ์กลุ่มภาษามอญ-เขมร (เผ่าลัวะ ถิ่น ขมุ) น่าจะมีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีสัดส่วนของการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และมีสัดส่วนของการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์สูงกว่าสตรีที่มีชาติพันธุ์กลุ่มภาษาธิเบต-พม่า และสตรีที่มีชาติพันธุ์กลุ่มภาษาจีน และสตรีชาติพันธุ์กลุ่มภาษาอื่น ๆ

3. สตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกของครัวเรือนน้อยกว่า น่าจะมีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีสัดส่วนของการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และมีสัดส่วนของการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์สูงกว่าสตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า

4. สตรีที่มีความสามารถในการใช้ภาษาไทยสูงกว่า น่าจะมีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีสัดส่วนของการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และมีสัดส่วนของการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์สูงกว่าสตรีที่มีความสามารถในการใช้ภาษาไทยต่ำกว่า

5. สตรีที่ได้เรียนหนังสือน่าจะมีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีสัดส่วนของการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และมีสัดส่วนของการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์สูงกว่าสตรีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

6. สตรีที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมและสตรีที่ว่างงานน่าจะมีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีสัดส่วนของการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และมีสัดส่วนของการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์สูงกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

7. สตรีที่มีรายได้ของครัวเรือนเพียงพอและเหลือเก็บ น่าจะมีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีสัดส่วนของการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และมีสัดส่วนของการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์สูงกว่าสตรีที่รายได้ของครัวเรือนไม่เพียงพอ

8. สตรีที่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล น่าจะมีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีสัดส่วนของการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และมีสัดส่วนของการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์สูงกว่าสตรีที่ไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

9. สตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีระยะทางถึงสถานบริการสาธารณสุขใกล้กว่า น่าจะมีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีสัดส่วนของการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และมีสัดส่วนของการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์สูงกว่าสตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีระยะทางถึงสถานบริการสาธารณสุขไกลกว่า

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาที่จะวิเคราะห์ครั้งนี้เกี่ยวกับปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านอุปสรรคต่อการปฏิบัติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยแม่ของสตรีไทยบนพื้นที่สูง ไปใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของประชากรบนพื้นที่สูง และกลุ่มประชากรอื่นที่มีภูมิหลังในลักษณะคล้ายคลึงกัน

2. เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยแม่ของสตรีไทยบนพื้นที่สูงในการศึกษาวิจัยเรื่องทำนองเดียวกันในอนาคต