

Factors Related to the Delivery Service Utilization of Muslim Teenage Mothers in Narathiwat Province

Wantem Sangkhao¹ Suparnee Oncheunjit²
Rutaiporn Treetrong³ and Oumaporn Prunyasophon⁴

¹MNSc.(Nursing), RN,
Takbai hospital, Narathiwat

²MPH., Assistant Professor,

³M.Sc.(Tropical Medicine), Assistant Professor,

⁴Ph.D.(Nursing), Lecturer,
Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing,
Prince of Songkla University

Abstract

This case-control study aimed to identify the factors related to the delivery service utilization of Muslim teenage mothers. The study group consisted of 70 Muslim teenage mothers who were delivered at home, and the control group consisted of 70 Muslim teenage mothers who were delivered at a medical service unit/center. Chi-square and multiple logistic regression analysis were used in data analysis.

It was found that knowledge, economic status, service accessibility, affordability, accommodation provided by a medical service unit/center, acceptable service, and Muslim belief were related to the delivery service utilization. Service availability, family type, decision-maker in the family, and encouragement/advice received had no relationship with the delivery service utilization. Multiple logistic regression analysis revealed that, when other variables were controlled, 4 factors related to the delivery service utilization were service accessibility, affordability, Muslim belief, and accommodation provided by a medical service unit/center.

Keywords: delivery, delivery service utilization, Muslim teenage mothers

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของมารดาวัยรุ่นมุสลิม จังหวัดนราธิวาส

วันเต็ม สังข์ขาว¹ สุภาณี อ่อนชื่นจิตร² ฤทัยพร ตรีตรง³

และ อุมามพร ปุญญโสพรรณ⁴

¹ พย.ม., พยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลตากใบ อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส

² MPH., ผู้ช่วยศาสตราจารย์

³ วท.ม.(อายุรศาสตร์เขตร้อน), ผู้ช่วยศาสตราจารย์

⁴ Ph.D.(Nursing), อาจารย์

ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของมารดาวัยรุ่นมุสลิม กลุ่มศึกษาเป็นมารดาวัยรุ่นมุสลิมที่คลอดที่บ้าน จำนวน 70 คน และกลุ่มควบคุมเป็นมารดาวัยรุ่นมุสลิมที่คลอดที่สถานบริการทางการแพทย์ จำนวน 70 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าไค-สแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า การใช้บริการการคลอดมีความสัมพันธ์กับความรู้ ฐานะทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการได้ง่าย ค่าใช้จ่ายที่ยอมรับได้ การอำนวยความสะดวกของสถานบริการทางการแพทย์ การบริการที่ยอมรับได้และความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลาม ส่วนการหาได้ง่ายของบริการ ลักษณะครอบครัว ผู้มีอำนาจตัดสินใจในครอบครัว การได้รับคำแนะนำ/สนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของมารดาวัยรุ่นมุสลิม เมื่อนำตัวแปรดังกล่าวมาวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติกและเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดมี 4 ปัจจัย คือ การเข้าถึงบริการได้ง่าย ค่าใช้จ่ายที่ยอมรับได้ ความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลาม และการอำนวยความสะดวกของสถานบริการทางการแพทย์

คำสำคัญ: การคลอด, พฤติกรรมการใช้บริการการคลอด, มารดาวัยรุ่นมุสลิม

บทนำ

ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้น และจากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ.2540 พบว่าร้อยละ 21.43 ของจำนวนมารดาที่มาฝากครรภ์ทั้งหมดเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี (กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2540) และจากสถิติของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 ปี พ.ศ.

2540 และพ.ศ.2541 มีอัตราการเกิดมีชีพในกลุ่มมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 10.43 และ 11.19 ตามลำดับ (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12, 2543) โดยเฉพาะกลุ่มหญิงวัยรุ่นมุสลิม ซึ่งศาสนาอิสลามส่งเสริมสนับสนุนการแต่งงานและการมีบุตรตั้งแต่หญิงมุสลิมเริ่มมีประจำเดือนหรืออายุ 15 ปีขึ้นไป (ข้าเลื่อง วุฒิจันทร์, 2536;

ดลมนรรัตน์ บากา และ แวอูเซ็ง มะแดเฮา, 2529) จึงพบว่า หญิงไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่งงานและตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุยังน้อย (ทวิสุข ญ ะรนง และ ปารมี ทองสุไส, 2543; ลัดดา แสงจันทร์, 2539)

วัยรุ่นมีอัตราเสี่ยงจากการตั้งครรภ์และการคลอดก่อนข้างสูง เพราะระบบสืบพันธุ์ทั้งด้านกายวิภาคและสรีรวิทยายังไม่เจริญเต็มที่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก (Vernon & Andolsak, 1990) ได้แก่ การคลอดยาก การคลอดล่าช้า การผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะเด็กและกระดูกเชิงกราน การเจ็บครรภ์นานกว่าปกติ มดลูกทำงานไม่ปกติในระยะคลอด นอกจากนี้ยังพบปัญหาการคลอดก่อนกำหนด รกลอกตัวก่อนกำหนด ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (สมชาย, 2541; Doenges & Moorhouse, 1994; Gorrie, McKinney & Murray, 1994; Orvos et al., 1999; Scholl et al., 1994) ซึ่งเป็นสาเหตุให้มารดาเสียชีวิตได้ อัตราการเสียชีวิตของมารดาอายุ 15-19 ปี สูงเป็น 3 เท่าของมารดาอายุ 20-24 ปี (WHO, 1995) สำหรับผลกระทบที่เกิดกับบุตร คือ ทารกมีคะแนนประเมินสภาพแรกเกิดต่ำ มีน้ำหนักตัวน้อย มีสภาพผิดปกติ (สมชาย แต่งประกอบ, 2541; อรัญญา พวงผกา, 2540) ทารกเกิดโรซีฟและเสียชีวิตหลังคลอด (ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล และ นิรมล พัจนสุนทร, 2541; Orvos et al., 1999) ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นควรได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2539 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขคลอดที่สถานบริการของรัฐ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ทำคลอดร้อยละ 81.63, 86.01 และ 84.61 ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2540 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 83.4 ทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 94.5 และทำคลอดโดยผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมร้อยละ 1.9 (ศิริพร ภัณฑะ และ คณะ, 2540) แต่จังหวัดภาคใต้ตอนล่างของไทยประกอบด้วย จังหวัดตรัง สตูล พัทลุง สงขลา ยะลา ปัตตานี

และนราธิวาส หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่บ้านโดยผดุงครรภ์โบราณ มีอัตราส่วนที่สูงใกล้เคียงกับการคลอดที่สถานบริการของรัฐ จากรายงานประจำปีของภาคใต้ตอนล่างระหว่างปี พ.ศ.2540 - พ.ศ.2541 หญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรโดยผดุงครรภ์โบราณร้อยละ 35.76 และ 20.84 ตามลำดับ และปี พ.ศ.2542 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 84.63 คลอดโดยผดุงครรภ์โบราณร้อยละ 20.73 (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12, 2543) โดยเฉพาะจังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส) ที่มีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีขนบธรรมเนียมประเพณี วิถีความเป็นอยู่ที่มีลักษณะเฉพาะตามหลักศาสนาอิสลาม และความเชื่อดั้งเดิมของท้องถิ่นที่สืบทอดกันมา มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอดที่เป็นลักษณะเฉพาะของตนเอง (นงพรรณ พิริยานุพงศ์ และคณะ, 2535) หญิงตั้งครรภ์มุสลิมยังคงนิยมคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ

นราธิวาสเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตภาคใต้ตอนล่างที่มีประชากรร้อยละ 82 นับถือศาสนาอิสลาม จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ระหว่างปี พ.ศ.2540 ถึง พ.ศ.2541 พบว่า ร้อยละ 43.97 และ 42.32 ของหญิงตั้งครรภ์ทำคลอดโดยผดุงครรภ์โบราณ และในปี พ.ศ.2542 พบว่า ร้อยละ 79.06 ของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ในจำนวนนี้ร้อยละ 57.03 คลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และร้อยละ 42.91 คลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2543) ส่วนหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น การตั้งครรภ์และการคลอดในสตรีวัยรุ่นมีภาวะเสี่ยงสูงจนอาจเกิดอันตรายรุนแรงถึงแก่ชีวิตต่อมารดาและทารกได้จากสถิติของจังหวัดนราธิวาส พบว่าหญิงวัยรุ่นมุสลิมกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์และคลอดบุตรสูงกว่าเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ซึ่งกำหนดไว้ในอัตราไม่เกินร้อยละ 10 ระหว่างปี พ.ศ.2540-2542 มีจำนวน 1,284, 991 และ 1,670 คน คิดเป็นร้อยละ 10, 7.47 และ 13.11

ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2543) และจากจำนวนข้างต้นยังมีส่วนหนึ่งเลือกคลอดที่บ้าน ทั้งที่ไปรับบริการฝากครรภ์จากสถานบริการทางการแพทย์แล้ว ผู้วิจัยจึงอยากทราบว่า มีปัจจัยอะไรที่สัมพันธ์กับการเลือกคลอดที่บ้าน แทนการเลือกคลอดที่สถานบริการทางการแพทย์ เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมสอดคล้อง เหมาะสมกับความเชื่อตามหลักศาสนา วัฒนธรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของมารดาวัยรุ่นมุสลิม

วิธีการศึกษา

1. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังจากผลไปหาเหตุ (case-control study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของมารดาวัยรุ่นมุสลิมที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาวัยรุ่นมุสลิมอายุระหว่าง 14-21 ปี ที่คลอดปกติในจังหวัดนราธิวาส ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2543 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มศึกษา (case) เป็นมารดาวัยรุ่นมุสลิมที่ฝากครรภ์ ณ สถานบริการของรัฐอย่างน้อย 1 ครั้ง คลอดบุตรที่บ้านโดยผดุงครรภ์โบราณ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2543 และกลุ่มควบคุม (control) เป็นมารดาวัยรุ่นมุสลิมที่ฝากครรภ์ ณ สถานบริการของรัฐ อย่างน้อย 1 ครั้ง และคลอดบุตรที่สถานบริการทางการแพทย์ (โรงพยาบาล, คลินิก, ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแม่เด็กเป็นต้น) โดยแพทย์ พยาบาล หรือผดุงครรภ์อนามัยระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2543 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2543 คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอัตราส่วนระหว่าง Case : Control เท่ากับ 1 : 1 และหาขนาดตัวอย่างโดยมีสูตรการคำนวณ (Schlesselman, 1982)

$$n = [Z_{\alpha}\sqrt{2pq} + Z_{\beta}\sqrt{p_1q_1 + p_0q_0}]^2 / (p_1 - p_0)^2$$

ได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 140 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มศึกษาจำนวน 70 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 70 ราย

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษา ค้นคว้า ตำรา วารสาร เอกสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คำถามมีเนื้อหา 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำและปัจจัยเสริม ได้แก่ ความรู้ ฐานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะครอบครัว ผู้มีอำนาจตัดสินใจภายในครอบครัว และการได้รับคำแนะนำ/สนับสนุนจากบุคคลต่างๆ มีข้อคำถาม 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลาม มีข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ (เฉยๆ)	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ บริการหาได้ง่าย การเข้าถึงบริการได้ง่าย การอำนวยความสะดวก ค่าใช้จ่ายที่ยอมรับได้ และการบริการที่ยอมรับได้ มีข้อคำถาม 30 ข้อ ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม และทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นมุสลิมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรเป้าหมาย จำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยนำและปัจจัยเสริม คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ (test-retest method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลาม คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์คอนบาคแอลฟา

(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเอื้อ คำนวณหา ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99 จึงถือว่าแบบสัมภาษณ์ ทุกชุดมีความเชื่อมั่นเพียงพอที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาวัยรุ่นมุสลิม 140 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 70 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 70 คน ใช้เวลาในการ เก็บรวบรวมข้อมูล 1 เดือน เริ่มวันที่ 1 มีนาคม 2544 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2544

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ แล้วลงรหัสและบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ทางสถิติด้วย คอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (statistical package for the social science)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และปัจจัยนำ วิเคราะห์รายข้อด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำ (ความเชื่อตาม วัฒนธรรมอิสลาม) วิเคราะห์รายรวมด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งระดับความเชื่อตาม วัฒนธรรมอิสลามออกเป็น 2 ระดับ โดยใช้การแปลผล แบบอิงกลุ่ม (norm criteria)

คะแนนเฉลี่ยมากกว่า $\bar{X}$ หมายถึง มีความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลามสูงกว่า

คะแนนเฉลี่ยเท่ากับหรือน้อยกว่า $\bar{X}$ หมายถึง มีความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลามต่ำกว่า

3. ศึกษาความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยต่อการใช้บริการการคลอด โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปร เชิงซ้อน (multivariate analysis) เพื่อพิจารณาปัจจัย ต่างๆ พร้อมกัน โดยใช้วิธี Multiple Logistic Regression Analysis

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. ลักษณะทั่วไป มารดาวัยรุ่นมุสลิมที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่างศึกษา เป็นหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก ฝากครรภ์ที่ สถานบริการของรัฐอย่างน้อย 1 ครั้ง เนื่องจากมารดา

วัยรุ่นมุสลิมบางคน ฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็เพื่อทราบภาวะสุขภาพ และต้องการการรับรองการเกิด เพื่อยื่นขอใบสูติบัตรได้ง่ายขึ้น ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น ตอนปลาย (อายุ 19-21 ปี) สถานภาพสมรส อายุเมื่อ แต่งงาน 16-18 ปี และผลของการศึกษาพบว่า หญิง มุสลิมยังคงแต่งงานและมีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อย เพราะสังคมวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิมจะส่งเสริม สนับสนุนการแต่งงานและการมีบุตร และอีกสาเหตุหนึ่ง ที่ชาวไทยมุสลิมในจังหวัดนราธิวาสแต่งงานลูกสาวของ ตนตั้งแต่อายุน้อย เพื่อป้องกันมิให้ลูกสาวเสียความ บริสุทธิ์ไปก่อนแต่งงาน เพราะการมีเพศสัมพันธ์ก่อน แต่งงานเป็นสิ่งที่ผิดหลักศาสนา ซึ่งเป็นหน้าที่ของพ่อแม่ จะต้องรับผิดชอบ และคิดว่าเมื่ออยู่ด้วยกันแล้วคงจะ เข้าใจกันเอง และเพื่อหลีกเลี่ยงจากความไม่ปลอดภัย หญิงมุสลิมจะแต่งงานเร็ว ส่วนใหญ่จะแต่งงานภายหลัง จากเรียนจบการศึกษาภาคบังคับ สอดคล้องกับผลการ ศึกษาของทวิสุข ณ ระนอง และ ปารมี ทองสุไธ (2543) หญิงมุสลิมแต่งงานก่อนอายุ 20 ปี มีบุตรคนแรกเมื่อ อายุ 15-20 ปี (ละม่อม โชมพัฒน, 2536; อารีรัตน์ ลิริวณิชชัย, 2542) อย่างไรก็ตามอายุเมื่อแต่งงาน และ อายุเมื่อมีบุตรคนแรกของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นเมื่อเปรียบ เทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา จากการสัมภาษณ์สตรีวัย กลางคนมุสลิม (40-59 ปี) พบว่า ส่วนใหญ่แต่งงาน เมื่ออายุ 15-16 ปี (ศิริพร กัญชนะ และคณะ, 2543) กลุ่มที่อายุแต่งงานน้อยที่สุดคือ 13 ปี (สุนันทา พงศ์-ไพบูลย์ และ สุนันท์ ศรีวิรัตน์, 2539) แต่จากการศึกษา ครั้งนี้อายุน้อยที่สุดขณะแต่งงานคือ 14 ปี และมีบุตร คนแรกขณะอายุ 15 ปี

2. ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำคือ ความรู้ ฐานะทางเศรษฐกิจ และความเชื่อ ตามวัฒนธรรมอิสลามกับการใช้บริการการคลอด พบว่า

ความรู้ วัดด้วยระดับการศึกษา พบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของกลุ่ม ตัวอย่าง การวิเคราะห์ 2 ตัวแปร พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ กับการใช้บริการการคลอดที่บ้าน แต่เมื่อมาหาความ สัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อน พบว่าความรู้ไม่มีความ สัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดที่บ้าน อาจเนื่องมา จากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อนมีการควบคุมปัจจัย

อื่นๆ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจึงไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว แสดงว่าความรู้อาจไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำนายการเลือกคลอดที่บ้าน

ฐานะทางเศรษฐกิจ วัดด้วยรายได้ของครอบครัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ 2 ตัวแปร พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดที่บ้าน แต่เมื่อนำปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจมาหาความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อน พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดที่บ้าน อาจเนื่องมาจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อนมีการควบคุมปัจจัยอื่นๆ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจึงไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว แสดงว่าฐานะทางเศรษฐกิจไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำนายการเลือกคลอดที่บ้าน

ความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลาม พบว่าความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลามมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลามสูงกว่าจะเลือกคลอดที่บ้านมากขึ้น 13.5 เท่า (95% CI=4.0-44.8) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลามต่ำกว่า เนื่องจากศาสนาอิสลามกำหนดรูปแบบการดำเนินชีวิตของหญิงมุสลิม ประเพณีวัฒนธรรมต่างๆ ของศาสนาอิสลามแตกต่างจากศาสนาอื่นอย่างชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อ การปฏิบัติ ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติและความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลาม แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ วัฒนธรรมตามท้องถิ่นซึ่งปฏิบัติสืบต่อกันมา เริ่มตั้งแต่การเตรียมตัวเมื่อตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในขณะที่ตั้งครรภ์จะปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด เช่น ละหมาดเพื่อขอพรจากพระอัลเลาะห์ บริจาคทาน อ่านอัลกรุอัน เป็นต้น เพราะเชื่อว่าหากปฏิบัติตามหลักศาสนาถูกต้องแล้วจะมีผลดีต่อสุขภาพที่ดีด้วย การรับประทานยาบำรุงขณะตั้งครรภ์ มารดาวัยรุ่นบางส่วนยังเชื่อว่าการรับประทานยาบำรุงในขณะตั้งครรภ์จะทำให้เด็กตัวโตคลอดยาก จึงไม่รับประทานยาบำรุง การฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะนิยมฝากครรภ์ทั้ง 2 แห่งคือ ฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตั้งแต่รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์เพื่อทราบภาวะสุขภาพของแม่และลูก และฝาก

ครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณเมื่ออายุครรภ์ได้ 7 เดือน เพื่อขอให้ผดุงครรภ์โบราณทำคลอดให้ และทำพิธีลูบไล่ครรภ์เพื่อทำลายอาถรรพ์และปิดเป่าอุปรสรรคที่ทำให้คลอดยาก หญิงมุสลิมในจังหวัดนราธิวาสมีความเชื่อว่า มารดาครรภ์แรกทุกคนจะต้องทำพิธีรีตองมือแล่งปือโมะ และมือตาวางปือโมะ ซึ่งนิยมทำเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 7 เดือนเพราะเชื่อว่าทารกในครรภ์มีอวัยวะครบสมบูรณ์แล้ว และเชื่อว่าเป็นการขอให้การคลอดเป็นไปโดยสะดวกและปลอดภัย เมื่อคลอดหญิงมุสลิมต้องคลอดบุตรในห้องที่มิดชิดและคลอดกับผู้ที่ทำคลอดที่เป็นผู้หญิง ในระหว่างรอคลอดญาติหรือผดุงครรภ์โบราณอาจทำพิธีต่างๆ ตามความเชื่อ เช่น การท่องคาถาและใช้น้ำมันมะพร้าวลูบทาท้องและรับประทาน เพราะเชื่อว่าช่วยให้คลอดง่าย ป้องกันความเจ็บปวด ปลอดภัย สบายใจ และเป็นกำลังใจแก่ผู้คลอด และที่สำคัญเชื่อว่าเป็นการปลดปล่อยสิ่งชั่วร้ายที่มีอยู่ในตน เมื่อมารดาจะคลอดก็จะกล่าวพระนามอัลลอฮ์ และสรรเสริญอัลลอฮ์ หลังคลอดมารดาต้องอยู่ไฟหลังคลอด เพราะเชื่อว่าการอยู่ไฟหลังคลอดช่วยให้ร่างกายแข็งแรง มดลูกเข้าอู่เร็ว ไม่ปวดเมื่อยตามตัว งดอาหารแสลงต่างๆ ตามคำแนะนำของญาติหรือผดุงครรภ์โบราณ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมยังคงมีความเชื่อบางอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา ในส่วนของความเชื่อตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ทั้ง 2 กลุ่มเชื่อว่าควรฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณเมื่ออายุครรภ์ได้ 7 เดือน เพราะทารกในครรภ์จะมีอวัยวะครบสมบูรณ์แล้ว การทำพิธีแล่งปือโมะและมือตาวางปือโมะจะช่วยให้คลอดง่ายและปลอดภัย และการอยู่ไฟหลังคลอดช่วยให้ร่างกายแข็งแรง มดลูกเข้าอู่เร็ว และไม่ปวดเมื่อยเมื่ออายุมากขึ้น และอีกลักษณะคือวัฒนธรรมตามหลักศาสนา คือ การทำพิธีการต้อนรับทารก คือ การกล่าวอาซานและอิกอมะฮ์ เพราะถือว่าเป็นการปลุกฝังความเป็นมุสลิมตั้งแต่แรกเกิด (อิสมาแออาลี และคณะ, 2535) ส่วนรกรักนั้นจะนำฝังไว้ในบริเวณบ้าน เพราะศาสนาอิสลามจะไม่อนุญาตให้นำศพไปทำกิจกรรมอย่างอื่น มารดาวัยรุ่นมุสลิมที่มีความเชื่อตามหลักศาสนาอาจจะเลือกคลอดที่บ้าน เพราะกลัวว่าถ้าไปคลอดที่สถานบริการทางการแพทย์แล้วไม่สามารถกระทำพิธีตามหลักศาสนาได้ ขณะที่กลุ่มควบคุมเชื่อว่า

การไปคลอดที่สถานบริการทางการแพทย์นั้น บุตรสามารถทำอาชานและอิกอมะฮ์ได้ รกสามารถนำเอากลับไปฝังที่บ้านได้

ความเชื่อและการปฏิบัติตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด รวมถึงการดูแลหลังคลอดแบบพื้นบ้านดั้งเดิมที่ไม่ขัดแย้งกับหลักศาสนาอิสลามยังคงยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมาอย่างกลมกลืนกับวิถีชีวิตหญิงมุสลิมจนถึงปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของนางพรรณพริยานุพงศ์ และคณะ (2535), พันธุ์ ชันติกาโร (2542), ลีนา ตังกะนะภักย์ (2535), อารีรัตน์ สิริวิเศษชัย (2542), และ อนันต์ สุโสมาณ และคณะ, (2535) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มุสลิมที่มีความเชื่อตามวัฒนธรรมและศาสนาอิสลาม จะเลือกคลอดบุตรที่บ้าน

ค่าใช้จ่ายที่ยอมรับได้ วัดด้วยค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรับบริการ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เสียค่าใช้จ่ายในการคลอด 500 บาท หรือน้อยกว่า จะคลอดที่บ้านเป็น 19.6 เท่า (95% CI=5.8-65.8) ของกลุ่มตัวอย่างที่เสียค่าใช้จ่ายในการคลอดมากกว่า 500 บาท กลุ่มศึกษามีเหตุผลทางเศรษฐกิจเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เนื่องจากครอบครัวมีอาชีพเกษตรกรรมรายได้ค่อนข้างต่ำ จึงเลือกรับบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และเสียค่าใช้จ่ายน้อย การคลอดที่บ้านเป็นบริการที่มีอยู่ในชุมชน ไม่ต้องเดินทางไกล ไม่มีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและรายได้ของครอบครัว ขณะที่การให้บริการการคลอดในสถานบริการทางการแพทย์ จะต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าบริการ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ถึงแม้ว่าปัจจุบันผู้มีสิทธิบัตรต่างๆ ไม่ต้องจ่ายเงินค่ายา ค่าบริการทางการแพทย์ และค่ารักษาพยาบาลแล้วก็ตาม แต่การเดินทางไปโรงพยาบาลนั้นมีระยะทางไกล ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง นอกจากนี้ยังต้องจ่ายค่าอุปกรณ์ต่างๆ จ่ายค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้คลอดและญาติเพื่อไปเฝ้าขณะพักอยู่ในสถานบริการทำคลอด กลุ่มศึกษาเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการคลอดน้อยที่สุดคือ ไม่ต้องจ่ายเลย และมากที่สุดคือ 1,380 บาท เฉลี่ย 165 บาท ขณะที่กลุ่มควบคุมเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด 100 บาท และมากที่สุด 5,000 บาท เฉลี่ย 769 บาท ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของวรารณณ์ พรหมพันธุ์ และคณะ (2543) ที่พบว่าค่าใช้จ่ายในการคลอดบุตรกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 149.15 บาท แต่ถ้าคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฉลี่ย 673.26 บาท สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson และ Anderson (1999) ที่ศึกษาถึงค่าใช้จ่ายในการคลอดที่บ้านในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าคลอดปกติที่บ้านเสียค่าใช้จ่ายต่ำกว่าคลอดที่โรงพยาบาลถึง 68 เปอร์เซ็นต์ เช่นเดียวกับการศึกษาในสหราชอาณาจักรที่พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคลอดที่บ้านต่ำกว่าคลอดที่โรงพยาบาล ซึ่งการคลอดในโรงพยาบาลจะเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องการดูแลก่อนคลอด ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทีมผู้ดูแลในห้องคลอดและทำคลอด วิธีดำเนินการบรรเทาความปวดในห้องคลอด ค่าซ่อมแซมและดูแลฝีเย็บ และที่สำคัญจำนวนวันที่พักอยู่ในโรงพยาบาลจะทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการคลอดที่โรงพยาบาล (Henderson & Mugford, 2000) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลีนา ตังกะนะภักย์ (2535) พบว่าหญิงตั้งครรภ์มุสลิมเลือกคลอดที่บ้านเนื่องจากการคลอดที่บ้านเสียค่าใช้จ่ายน้อย เป็นบริการที่อยู่ในชุมชน ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

การเข้าถึงบริการได้ง่าย วัดด้วยการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการทำคลอดได้สะดวก เลือกคลอดที่บ้านมากเป็น 22.9 เท่า (95% CI=5.0-104.4) ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงแหล่งบริการได้ไม่สะดวก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเลือกใช้แหล่งบริการการคลอด ซึ่งประกอบด้วยเส้นทางคมนาคมจากบ้านถึงแหล่งบริการทำคลอด ความสะดวก ระยะทาง พาหนะที่ใช้เดินทาง เวลาที่ใช้ในการเดินทาง (Penchaskey & Thomus, 1981) จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม พบว่ากลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ระยะทางจากบ้านไปยังบ้านผดุงครรภ์โบราณ 2 กิโลเมตร หรือน้อยกว่า ใกล้ที่สุดคือผู้คลอดอยู่บ้านเดียวกับผู้ทำคลอดคือ ยายหรือแม่เป็นผดุงครรภ์โบราณ ใกล้ที่สุดคือ 8 กิโลเมตร พาหนะที่ใช้เดินทางเป็นรถส่วนตัวหรือรถจักรยานยนต์ รองลงมาคือเดินเท้า ระยะเวลาในการ

เดินทางไปกลับ 15 นาที และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ระยะทางจากบ้านไปยังสถานบริการทางการแพทย์อยู่ระหว่าง 5.1-10 กิโลเมตร ใกล้ที่สุด 1 กิโลเมตร และไกลที่สุด 47 กิโลเมตร พาหนะที่ใช้เดินทางส่วนใหญ่เป็นรถรับจ้าง (รถโดยสารประจำทาง, รถจักรยานยนต์ส่วนตัว หรือ รถยนต์รับจ้าง) ระยะเวลาในการเดินทางนานกว่า 20 นาที ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับน้อยที่สุดคือ 30 บาท และมากที่สุดคือ 300 บาท จะเห็นได้ว่ากลุ่มศึกษาสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกกว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คำนึงถึงระยะทางการเดินทางจากบ้านไปยังแหล่งบริการทำคลอดเพราะหากแหล่งบริการใกล้บ้าน มีความสะดวก รวดเร็วในการเดินทางไปมารับบริการก็จะใช้บริการนั้นซึ่งเป็นการเข้าถึงบริการทางภูมิศาสตร์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลีนา ดังกะนะภักย์ (2535) หญิงตั้งครรภ์คลอดกับผดุงครรภ์โบราณที่บ้าน เนื่องจากเป็นบริการที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวก เป็นบริการที่อยู่ในชุมชน ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ขณะที่มารดาที่คลอดในสถานบริการทางการแพทย์ ต้องเดินทางไปถึงแหล่งบริการในระยะทางที่ไกลกว่า และเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่า

การบริการที่ยอมรับได้ วัดด้วยการรับรู้ของผู้รับบริการต่อลักษณะบริการและบุคลากรผู้ให้บริการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในการวิเคราะห์แบบตัวแปรสองตัว พบว่าการบริการที่ยอมรับได้มีความสัมพันธ์กับการคลอดที่บ้าน เมื่อนำปัจจัยการบริการที่ยอมรับได้มาวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดที่บ้าน อาจเกิดเนื่องจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อนมีการควบคุมปัจจัยอื่นและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย แสดงว่าการบริการที่ยอมรับได้ ไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำนายการเลือกคลอดที่บ้าน

การอำนวยความสะดวก วัดด้วยการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ทำคลอดว่าสะดวกหรือไม่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการอำนวยความสะดวกจากบริการการคลอด เลือกคลอดที่บ้าน

มากเป็น 8.2 เท่า (95% CI=1.1-61.4) ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการอำนวยความสะดวกจากสถานบริการการคลอด มารดาวัยรุ่นมุสลิมเลือกคลอดที่บ้านเนื่องจากได้รับการอำนวยความสะดวกในเรื่องต่างๆ เช่น ญาติพี่น้องอยู่เฝ้าได้ตลอดเวลา สามารถกระทำสิ่งต่างๆ ตามความเชื่อในหลักศาสนา เพราะศาสนาเข้ามามีอิทธิพลและมีบทบาทเป็นอย่างมาก ศาสนาเป็นวิถีการดำเนินชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย ดังนั้นในสังคมมุสลิมการดูแลขณะคลอดจึงเป็นการดูแลภายใต้ขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมของสังคม ประกอบกับลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นลักษณะของเครือข่ายสังคมแบบเหนียวแน่น มีความผูกพันใกล้ชิดกันของสมาชิกในครอบครัวเครือญาติและเพื่อนบ้าน ดังนั้นด้วยความรักความผูกพันต่อครอบครัวและอิทธิพลทางศาสนา กลุ่มตัวอย่าง และญาติไม่ต้องปรับตัวใหม่ตามระเบียบของสถานบริการทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไชยหงษ์ วณัฐนิช (2538), ลีนา ดังกะนะภักย์ (2535) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มุสลิมเลือกคลอดที่บ้าน เพราะคลอดที่บ้านจะรู้สึกอบอุ่นได้อยู่ใกล้ชิดญาติ ขณะที่เจ็บครรภ์ยังมีญาติและบุคคลใกล้ชิดคอยให้กำลังใจตลอดเวลา หญิงคลอดจะได้รับความเอาใจใส่ดูแลจากมารดาหรือญาติที่เคารพนับถือ ได้อยู่ไฟและได้นวดหลังคลอด และหญิงคลอดก็รู้สึกดีที่ได้รับการดูแลเช่นนั้น นอกจากนี้ในช่วงรอคลอด คลอด หรือหลังคลอดทั้งญาติและหญิงคลอดสามารถประกอบกิจตามศาสนาได้ ไม่มีปัญหาเรื่องการเตรียมอาหาร ถึงแม้ว่าการจัดบริการของโรงพยาบาลในภาคใต้ มีนโยบายจัดบริการให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่นแล้วก็ตาม การใช้ศาสนานำการสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ มีการจัดบริการสถานที่สำหรับทำละหมาด ครัวสำหรับจัดอาหารแก่ผู้ป่วยมุสลิม (นัยนา ศรีแพร่สกุล, 2539) แต่ยังมีข้อจำกัดอยู่อีกมากในการให้บริการการคลอดที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตมุสลิม

บริการหาได้ง่าย วัดด้วยการรับรู้ของผู้รับบริการถึงจำนวนแหล่งบริการทำคลอด จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ทำคลอด และเวลาที่เปิดให้บริการทำคลอดในหมู่บ้าน มีเพียงพอหรือไม่ พบว่าบริการหาได้ง่ายไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอด เพราะจำนวนสถาน

บริการทำคลอด เวลาเปิดบริการทำคลอด จำนวน
เจ้าหน้าที่ที่ทำคลอด ไม่มีผลต่อการเลือกใช้บริการการ
คลอดของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนราธิวาส เนื่องจาก
ลักษณะที่ตั้งของสถานบริการและรูปแบบการให้บริการ
ของสถานบริการทางการแพทย์เป็นแบบเดียวกัน กล่าว
คือในแต่ละตำบลมีสถานีอนามัย 1 แห่ง และมี 1 ตำบล
ที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชน ยกเว้นอำเภอที่ยังไม่มี
มีโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากอยู่ใกล้โรงพยาบาลทั่วไป
ประมาณ 18 กิโลเมตร ระยะทางจากบ้านมารดาวิ่งรุ่น
ไปยังบ้านผดุงครรภ์โบราณเฉลี่ย 1.23 กิโลเมตร แต่
ระยะทางจากบ้านมารดาวิ่งรุ่นไปสถานีอนามัยเฉลี่ย 2.39
กิโลเมตร ระยะทางไปโรงพยาบาลชุมชนเฉลี่ย 7.53
กิโลเมตร และระยะทางไปยังโรงพยาบาลทั่วไปเฉลี่ย 44.2
กิโลเมตร จากการรับรู้ถึงจำนวนเจ้าหน้าที่ทำคลอดใน
สถานีอนามัยพบว่า มารดาวิ่งรุ่นร้อยละ 99.3 รับรู้ว่า
ไม่มีเจ้าหน้าที่ทำคลอดในสถานีอนามัย และมารดาวิ่งรุ่น
ที่คลอดที่บ้านไม่ทราบว่ามีจำนวนเจ้าหน้าที่ทำคลอดใน
โรงพยาบาล ชุมชนและจังหวัดมีจำนวนเท่าไร และ
มารดาวิ่งรุ่นที่คลอดสถานบริการทางการแพทย์ไม่ทราบ
จำนวนจริงของเจ้าหน้าที่ทำคลอดมีเท่าไร แต่คาด
ประมาณว่ามี 2-3 คน ส่วนเวลาเปิดให้บริการทำคลอด
พบว่า สถานีอนามัยกำหนดเวลาเปิดตามเวลาราชการ
และไม่เปิดบริการทำคลอด ขณะที่โรงพยาบาลและ
ผดุงครรภ์โบราณสามารถไปคลอดหรือตามได้ตลอด 24
ชั่วโมง หากพิจารณาข้อมูลจะพบว่าประชาชนสามารถ
เข้าถึงสถานบริการทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิคือ
สถานีอนามัยได้ง่าย (Van Balen, 1986) แต่ไม่สามารถ
ใช้บริการคลอดที่สถานีอนามัยได้ จะเห็นได้ว่าจำนวน
สถานที่ทำคลอด จำนวนเจ้าหน้าที่ทำคลอด เวลาเปิด
บริการทำคลอด ระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาลชุมชน
และโรงพยาบาลทั่วไป เวลา และเส้นทางในการเดินทาง
ของมารดาวิ่งรุ่นทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน ดังนั้นในแต่ละ
ตำบล มารดาวิ่งรุ่นมีทั้งคลอดที่บ้านและคลอดที่สถาน
บริการทางการแพทย์ บริการหาได้ง่ายจึงไม่เป็นปัจจัยที่
ทำให้กลุ่มตัวอย่างเลือกสถานที่คลอด

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมคือ
ลักษณะครอบครัว ผู้มีอำนาจตัดสินใจภายในครอบครัว
และการได้รับคำแนะนำ/สนับสนุนจากบุคคลต่างๆ กับ

การใช้บริการการคลอด ผลการศึกษาพบว่า

ลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการ
ใช้บริการการคลอด ทั้งนี้อธิบายได้ว่าลักษณะของ
ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันเลือกใช้บริการ
การคลอดไม่แตกต่าง ที่เป็นเช่นนี้เพราะลักษณะของ
ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เป็นครอบครัว
ขยายเหมือนกันถึงร้อยละ 67.1 และเป็นครอบครัวเดี่ยว
ร้อยละ 32.8 สอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย พรหมนุช
(2543) ที่พบว่าลักษณะครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
(ร้อยละ 88.1) และมารดาวิ่งรุ่นหลังคลอดบุตร ส่วนใหญ่
(ร้อยละ 64.4) (รุ่งฤดี อุสาหะ, 2542) เป็นครอบครัว
ขยาย อย่างไรก็ตามในสังคมไทยมุสลิมครอบครัวเดี่ยวและ
ครอบครัวขยายไม่สามารถแยกกันได้ชัดเจนเหมือนใน
สังคมตะวันตก ถึงแม้ว่าบุตรแต่งงานแยกครอบครัวไป
แล้ว ครอบครัวเดิมก็ยังคงให้ความห่วงใย ไปมาหาสู่
ติดตามให้คำแนะนำช่วยเหลือ และคอยเป็นแหล่ง
ประโยชน์ที่ดีให้กับมารดาวิ่งรุ่น สอดคล้องกับการศึกษา
ของ มัลลย์ สารานุกรม (2540) พบว่า ลักษณะของ
ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริม
สุขภาพของมารดาวิ่งรุ่นในระยะหลังคลอด และสอดคล้อง
กับการศึกษาของ อุษา ฤทธิ์ประเสริฐ (2540) ลักษณะ
ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล
ตนเองในระยะหลังคลอดของมารดาวิ่งรุ่น และสอดคล้อง
กับการศึกษาของ ศศิธร มณีแสง (2538) ลักษณะของ
ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดา
วิ่งรุ่น แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ สุนันทา พงศ์ไพบูลย์
และสุนันท์ ศรีวิรัตน์ (2539) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ใน
ครอบครัวขนาดใหญ่คลอดที่บ้านสูงกว่าครอบครัวขนาดเล็ก

ผู้มีอำนาจตัดสินใจภายในครอบครัว หมายถึง
ภรรยาหรือสามี หรือสามีกับภรรยาร่วมกันตัดสินใจ
หรือญาติผู้ใหญ่ผู้มีอำนาจตัดสินใจในครอบครัวไม่มีความ
สัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอด จากข้อมูลในกลุ่ม
ศึกษาพบว่า ผู้มีอำนาจตัดสินใจในบ้านส่วนใหญ่คือสามี
รองลงมาเป็นพ่อแม่ของภรรยา และสามี/ภรรยาร่วมกัน
ตัดสินใจตามลำดับ เช่นเดียวกับในกลุ่มควบคุม ผู้มีอำนาจ
ตัดสินใจภายในบ้านส่วนใหญ่คือสามี รองลงมา พ่อแม่
ของภรรยา และสามี/ภรรยาร่วมกันตัดสินใจ ตามลำดับ

มีเพียงส่วนน้อยที่ภรรยาตัดสินใจเองในทั้ง 2 กลุ่ม

สรุปได้ว่าผู้มีอำนาจการตัดสินใจภายในครอบครัว ซึ่งได้แก่ พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง หรือสามี ภรรยา สามี/ภรรยาร่วมกันตัดสินใจ เลือกใช้บริการการคลอด ไม่แตกต่างกัน และผู้มีอำนาจตัดสินใจในครอบครัวทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเดียวกัน

การได้รับคำแนะนำ/สนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอด ผลของการได้รับคำแนะนำ/สนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ทั้งกลุ่มคลอดที่บ้านและคลอดที่สถานบริการทางการแพทย์ไม่แตกต่างกัน เพราะกลุ่มตัวอย่างทั้งสองได้รับคำแนะนำ/สนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเนื่องจากได้รับบริการฝากครรภ์แล้วอย่างน้อย 1 ครั้งได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด การปฏิบัติตัว สถานที่

คลอดแล้ว แต่ยังมีอีกร้อยละ 12.8 ที่บอกว่าไม่เคยได้รับคำแนะนำ/สนับสนุนจากบุคคลใด คำแนะนำ/สนับสนุนได้จากแหล่งข้อมูลที่เป็นบุคคลมากกว่า ได้แก่ พ่อ แม่ สามี พี่น้อง เพื่อนบ้านที่เคยมีประสบการณ์การคลอดบุตรมาก่อน ข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลที่ไม่ใช่บุคคลจะมีค่อนข้างน้อย เช่น จากหนังสือที่เกี่ยวกับแม่และเด็ก เอกสารจากโรงพยาบาล วิทยุ และโทรทัศน์ ดังในตารางที่ 1 และเมื่อพิจารณาผลการทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการคลอดของมารดาวัยรุ่นมุสลิม พบว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลือกใช้บริการการคลอดของมารดาวัยรุ่นมุสลิมทั้งคลอดที่บ้านและสถานบริการทางการแพทย์ได้ถูกต้องร้อยละ 85

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการการคลอดกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของมารดาวัยรุ่นมุสลิม จังหวัดนราธิวาส

ปัจจัย	β	S.E.	Wald	OR	95% CI
ความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลาม					
สูง ต่ำ	2.60	.61	17.99	13.5	(4.0-44.8)**
ค่าใช้จ่ายในการคลอด (ค่าใช้จ่ายที่ยอมรับได้)					
≤ 500 บาท					
> 500 บาท	2.97	.62	23.10	19.6	(5.8-65.8)**
ความเชื่อถือในประสิทธิภาพ ผู้ทำคลอด (การบริการที่ยอมรับได้)					
มาก					
น้อย	1.11	.67	2.87	3.1	(.8-11.8)
การเข้าถึงบริการได้					
สะดวก					
ไม่สะดวก	3.13	.77	16.34	22.9	(5.0-104.4)**
การอำนวยความสะดวก					
สะดวก					
ไม่สะดวก	2.10	1.03	4.18	8.2	(1.1-61.4)*

* P<0.05

** P< 0.01

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการการคลอด เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการ การคลอดของมารดาวัยรุ่นมุสลิมคือ การเข้าถึงบริการ ได้ง่าย (OR=22.9, 95% CI=5.0-104.4) ค่าใช้จ่ายที่ยอมรับได้ (OR=19.6, 95% CI=5.8-65.8) ความเชื่อ ตามวัฒนธรรมอิสลาม (OR=13.5, 95% CI=4.0-44.8) และการอำนวยความสะดวก (OR=8.2, 95% CI=1.1-61.4)

สำหรับปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของมารดาวัยรุ่นมุสลิม ได้แก่ การบริการที่ยอมรับได้ ความรู้ ฐานะทางเศรษฐกิจ บริการ หาได้ง่าย ลักษณะครอบครัว ผู้มีอำนาจตัดสินใจภายใน ครอบครัว และการได้รับการสนับสนุน/คำแนะนำจาก บุคคลต่างๆ

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในขอบเขตของจังหวัด นราธิวาสเท่านั้น ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครอบคลุมทั้งหมด ยังมีจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ประชาชนส่วนใหญ่นับถือ ศาสนาอิสลาม และบางส่วนยังคลอดที่บ้าน ซึ่งอาจมี ลักษณะแตกต่างกันจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ทราบว่า มารดาวัยรุ่นมุสลิม คลอดที่บ้าน เพราะสามารถเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก ขณะเดียวกันไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางการแพทย์ได้ เพราะระยะทางไกลจากบ้าน พาหนะที่ใช้ในการเดินทางไม่สะดวก ต้องใช้เวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สถานบริการของรัฐระดับปฐมภูมิไม่บริการ ทำคลอด ค่าใช้จ่ายในการคลอดในสถานบริการทางการแพทย์สูงกว่าที่จะจ่ายได้ กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าคลอดที่บ้าน สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม และไม่ขัดกับหลักศาสนา โดยเฉพาะการทำ อาซาน และอิกอมะฮ์ และการฝังรก ถือเป็นข้อปฏิบัติที่ ต้องปฏิบัติ รวมทั้งคลอดที่บ้านได้รับการอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามหลัก ศาสนา และสิ่งสำคัญคือ ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และมีบทบาทในกระบวนการดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ดังนั้นสถานบริการทางด้านสาธารณสุข

ควรพัฒนาและปรับปรุงบริการการคลอด ให้สามารถ กระทำได้อย่างปลอดภัยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน และ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมได้รับการดูแลและบริการ อย่างสมบูรณ์ สอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรม ความ เชื่อ ค่านิยม และศาสนา

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. กองสถิติสาธารณสุข (2540). สถิติ สาธารณสุข พ.ศ.2540. กรุงเทพฯ: กอง.
- ชาเลื่อง วุฒิจันทร์. (2531). ศาสนาและวัฒนธรรมไทยใน จังหวัดชายแดนภาคใต้. กรุงเทพฯ: สำนักงานสาร นิเทศฯ.
- ไชยหงษ์ วสุนาธิช. (2538). ความพึงพอใจด้านบริการ พยาบาลของผู้คลอดไทยมุสลิมที่มารับบริการงาน ห้องคลอดโรงพยาบาลปัตตานี. ปัตตานี: โรงพยาบาล ปัตตานี.
- ดลมนรรัตน์ บากา และ แวอุซัย มะแดเฮาะ. (2529). รายงาน การวิจัยเรื่องสภาพสตรีไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดน ภาคใต้. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- ทวีสุข ณ ระนอง และ ปารมี ทองสุกใส. (2543). การคุม กำเนิดและการทำแท้งในสตรีไทยมุสลิมที่รับบริการ ที่คลินิกหนึ่งในอำเภอหนองบัว จังหวัดสงขลา. สงขลา- นครินทร์เวชสาร, 18(2), 85-91.
- นงพรรณ พิริยานุพงศ์, บัญชา มาลีนิ และ สุภาภรณ์ สามารถ. (2535). รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองเชิงพื้นบ้านด้านอนามัยแม่ และเด็กภาคใต้ของประเทศไทย. ทุนวิจัยสนับสนุน โดยองค์การอนามัยโลก โครงการวิจัยพฤติกรรม สุขภาพแผนงานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ.
- นัยนา ศรีแพร่สกุล. (2539). ประเมินผลยุทธศาสตร์ ศาสนา นำการพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบาย โครงการพัฒนา สาธารณสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้. ปัตตานี: โรงพิมพ์ ปัตตานีการช่าง.
- พันธุ์ ชันติกาโร. (2542). ประสบการณ์การดูแลตนเองของ หญิงมีครรภ์มุสลิมที่ไม่ฝากครรภ์. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อนามัยชุมชน, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- มาลัย สำราญจิตต์. (2540). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล และ นิรมล พจน์สุนทร. (2541). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. สงขลานครินทร์เวชสาร, 13(2), 112-115.
- รุ่งฤดี อุสาหะ. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์การคลอดความวิตกกังวลและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกหลังคลอดและบุตร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบิดา มารดาและเด็ก, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ละม่อม โขมพัฒน์. (2536). ความเชื่อพื้นบ้านเกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็กของสตรีมุสลิมใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลีนา ดังกะนัย. (2535). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้าน และแบบสมัยใหม่ของมารดาไทยมุสลิม ในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ เพื่อพัฒนาชุมชน, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วราภรณ์ พรหมพินิจ, สาธิต ศรีธรรมานุสาร, ประยงค์ ศรีสวัสดิ์ และ สมหมาย สังข์จะเป๊ะ. (2543). ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดของมารดาคลอด จังหวัดสุรินทร์. วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 นครราชสีมา, 6(2), 5-15.
- ศศิธร มณีแสง. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร กัญชนะ, นิพนธ์พร วรมลคล, พรลณี อมริเชษฐ์ และ ศิริลักษณ์ นันทมานพ. (2540). ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย 2540. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12. (2543). รายงานประจำปี 2542. ยะลา: ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12.
- สมชาย แต่งประกอบ. (2541). ผลการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์, 13(3), 193-199.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส. (2543). รายงานการประเมินผลการพัฒนาการสาธารณสุข ประจำปี 2542 จังหวัดนราธิวาส. นราธิวาส: สำนักงาน.
- สุนันทา พงศ์ไพบูลย์ และ สุนันท์ ศรีวิรัตน์. (2539). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยทางประชากรและสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับบริการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดสงขลา. สงขลา: งานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาลกลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.
- อรทัย พรหมนุช. (2543). การมารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อนันต์ สุไลมาน, สุดา ภูทอง, สุรัตน์ ธีระวร, นิมิตฺตรา แว และ กอปรุชน ดยัคคานนท์. (2535). รายงานการวิจัยเรื่องความรู้ ความคิดเห็นและพฤติกรรมด้านการฝากครรภ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล ผดุงครรภ์โบราณและมารดาในจังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรัญญา พวงผกา. (2540). เปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ระหว่างมารดาวัยรุ่นกับมารดาอายุ 20-30 ปี ในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี พ.ศ.2537-2539. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และการวางแผนประชากร, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีรัตน์ ลีวิณชัย. (2542). ประสบการณ์การดูแลตนเองหลังคลอดของหญิงมุสลิมที่คลอดกับผดุงครรภ์โบราณ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อิสมาแอ อาลี และคณะ. (2535). ครอบครัวมุสลิม. ปัตตานี: วิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุษา ฤทธิ์ประเสริฐ. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Anderson, R.E., & Anderson, D.A. (1999). The cost-effectiveness of home birth. **Journal Nurse Midwifery**, 44(1), 30-35.
- Henderson & Mugford. (2000). The cost of home birth. **Home birth in the UK**. Available: http://www.homebirth.org.uk/homebirth_uk.htm.
- Orvos, H., Nyirati, I., Hajdu, J., Pal, A., Nyari, & Kovacs, L. (1999). Is adolescent pregnancy associated with adverse perinatal outcome. (CD-ROM). **Journal of Perinatal Medicine**, 27(3), 199-203. Abstract from: Ramathipodi: MALT: RLT 1983-1997.
- Penchanskey, R. & Thomus, J.W. (1981). The concept of access: Definitions and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, 19, 127-140.
- Schlesselman, J.J. (1982). **Case-Control Studies: Design, Conduct and Analysis**. New York: Oxford University Press.
- Van Balen H. (1986). **How to organize first line health service of the highest quality for the maximization of people**. Working Paper Number 4, Institute of Tropical Medicine. Belgin.
- Vernon, M., & Andolsek, K.M. (1990). Adolescent pregnancy. In K.M. Andolsek (Eds.), **Standard of prenatal intrapartum and postpartum management**. (107-112) Philadelphia: Lea & Febiger.