

ปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมในการทำนาย
ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น



พรรณทิพา บัวคล้าย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมในการทำนาย
ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

พรรณทิพา บัวคล้าย

นางสาวพรรณทิพา บัวคล้าย
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์นันทนา ชนาโนวรรณ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพพร ว่องสิริมาศ
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา สิ้นสุกใส,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา สิ้นสุกใส,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมในการทำนาย
ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

วันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557

.....
พรรณทิพา บัวคล้าย

นางสาวพรรณทิพา บัวคล้าย

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมพร รตินธร,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์นันทนา ธนาโนวรรณ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล,

D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
พองศิ พลอง

รองศาสตราจารย์พองคำ ตีลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพพร ว่องสิริมาศ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา สิ้นสุกใส,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ณัฐพร

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. นันทนา ธนาโนวรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิตยา สิ้นสุกใส และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพพร ว่องสิริมาศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ และ สนับสนุนตลอดกระบวนการวิจัย รวมทั้งได้สละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำปรึกษาและข้อคิดแก่ผู้วิจัยมา โดยตลอด ตลอดจนผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เอมพร รตินธร และรองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล ซึ่งชี้แนะประเด็นการศึกษาให้เข้าใจยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและกราบ ขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาเสนอแนะแนวทางในการเก็บข้อมูล อันเป็นประโยชน์ยิ่ง ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์และสตรี ตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตากที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงได้ดี

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข หิงกานนท์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรที่สนับสนุนทุนการศึกษา ระยะเวลาในการศึกษา ตลอดจนสนับสนุนช่วยเหลือ และ สละเวลาในการให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ท้ายที่สุดขอระลึกถึงพระคุณของ ด.ต.สมหวัง บัวคล้าย นางกันยารัตน์ บัวคล้าย และ นางสาวพรทิภา บัวคล้าย ผู้ที่คอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือโดยไม่หวังผลประโยชน์ ตลอดมา และเพื่อนที่คอยสนับสนุนร่างกายและแรงใจจนกระทั่งวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงด้วยดี

พรณทิภา บัวคล้าย

ปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
PERSONAL FACTORS AND SOCIAL SUPPORT IN PREDICTING INTIMATE PARTNER
VIOLENCE AMONG PREGNANT ADOLESCENTS

พรรณทิพา บัวคล้าย 5337327 NSAM/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นันทนา ธนาโนวรรณ, Ph.D. (Nursing), นิตยา สิ้นสุกใส,
Ph.D. (Nursing), นพพร ว่องสิริมาศ, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน) และการสนับสนุนทางสังคมต่อการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาล 4 แห่ง ในจังหวัดพิษณุโลก จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดตาก จำนวน 151 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบคัดกรองความรุนแรงและแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 14.1 ($R^2 = 0.141$, $p < .05$) การใช้สารเสพติดสามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสได้ 2.628 เท่า และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายได้ 0.958 เท่า

ผลการวิจัยในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรคัดกรองการใช้สารเสพติดและการสนับสนุนทางสังคมในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ทุกรายเพื่อให้การดูแลและสืบค้นเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล / การสนับสนุนทางสังคม / สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น / ความรุนแรง

PERSONAL FACTORS AND SOCIAL SUPPORT IN PREDICTING INTIMATE PARTNER VIOLENCE AMONG PREGNANT ADOLESCENTS

PANTIPA BUAKHAI 5337327 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NANTHANA THANANOWAN, Ph.D. (NURSING), NITTAYA SINSUKSAI, Ph.D. (NURSING), NOPPORN VONGSIRIMAS, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the relative contribution of personal factors (history of child abuse, substance abuse, age at having first sexual intercourse, number of partners), and social support regarding intimate partner violence among pregnant adolescents. The sample comprised of 151 pregnant adolescents in antenatal clinics in 4 hospitals in Phitsanulok, Kamphaengphet and Tak Provinces. The instruments used to collect data include the Demographic Data Questionnaire, Pregnancy and Delivery Data Record, the Abuse Assessment Screen, and a Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Data were analyzed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation and logistic regression.

The results reveal that history of child abuse, substance abuse, age at having first sexual intercourse, number of partners and social support can explain 14.1% of variance in intimate partner violence ($R^2 = 0.141$, $p < .05$) among pregnant adolescents. Substance abuse can predict intimate partner violence about 2.628 occasions and social support can predict 0.958 occasions.

The results suggest that nurses should screen for substance abuse and social support in all pregnant adolescents in order to study intimate partner violence.

KEY WORDS: PERSONAL FACTORS / SOCIAL SUPPORT / PREGNANT ADOLESCENTS / INTIMATE PARTNER VIOLENCE

121 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	11
นิยามตัวแปร	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	14
สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น	15
อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	15
ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	16
แนวคิดเชิงนิเวศวิทยา	17
ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น	19
ความหมายของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส	19
ชนิดของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส	21
ผลกระทบของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส	22
ปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	40
รูปแบบการวิจัย	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย	48
การวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 4 ผลการวิจัย	51
บทที่ 5 การอภิปรายผล	63
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	70
สรุปผลการวิจัย	71
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย	72
ข้อจำกัดของการวิจัย	72
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	73
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	84
บรรณานุกรม	96
ภาคผนวก	105
ภาคผนวก ก	106
ภาคผนวก ข	107
ภาคผนวก ค	108
ภาคผนวก ง	113
ภาคผนวก จ	116
ประวัติผู้วิจัย	121

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	52
4.2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของสารเสพติด	54
4.3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอนและวิธีการคุมกำเนิด	55
4.4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด	57
4.5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของความรุนแรงที่ได้รับ	58
4.6	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม	59
4.7	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน	60
4.8	ผลการวิเคราะห์ตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก	62

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรุนแรงที่เกิดจากกลุ่มสมรสจัดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ แม้ในช่วงตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่สตรีมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม อีกทั้งยังต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นจึงทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายมากกว่าสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555; Taillieu & Brownridge, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบความชุกของความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 4-8 (Gazmararian et al., 1996) สอดคล้องกับความชุกของความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ของประเทศไทยซึ่งพบอยู่ที่ร้อยละ 4 เช่นกัน (นันทนา ธนาโนวรรณ และภัสรา หากุหลาบ, 2549) อย่างไรก็ตามพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่รักหรือสามีสูงกว่า สตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ เนื่องจากวัยรุ่นมีประสบการณ์และมีความสามารถในการแก้ปัญหาน้อยกว่า วัยผู้ใหญ่ (Covington, Justason & Wright, 2001) เห็นได้จากผลการวิจัยของ Covington และคณะ (2001) ที่พบความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ที่ร้อยละ 16.1 ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่พบร้อยละ 11.6 สำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่าการวิจัยของดรณิษฐ์ บัวบุญ (2544) เพียงเรื่องเดียวที่ศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยพบความชุกของความรุนแรงอยู่ที่ร้อยละ 16.8

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพมากมายไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อทางกาย ทางจิตสังคม ทางเพศ ทางเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และการคลอด รวมทั้งผลกระทบต่อทารกในครรภ์อีกด้วย ผลกระทบทางกายที่พบบ่อย เช่น การบาดเจ็บตามร่างกายไม่ว่าจะเป็นรอยฟกช้ำ รอยถลอก กระจกหัก หรือศีรษะแตก (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555; WHO, 2011a) ผลกระทบทางจิตสังคม เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกด้อยค่า เครียด ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีอาการหวาดกลัวและอาจร้ายแรงถึงขั้นฆ่าตัวตาย (Lindhorst, Beadnell, Jackson, Fieland & Lee, 2009; Mylant & Mann, 2008; Renker, 2002) ผลกระทบทางเพศ เช่น การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และในระบบทางเดินปัสสาวะ การมีเลือดออกทางช่องคลอด เป็นต้น ส่วนผลกระทบทางเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสตรีที่ถูกทำร้ายเพิ่มขึ้น อัตราการครองชีพเพิ่มขึ้น การเสียเวลาและทรัพยากรบุคคลในการดูแลและแก้ไขปัญหาความรุนแรงดังกล่าว

(Quinlivan & Evans, 2001) ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รกคลอดตัวก่อนกำหนด อีกทั้งการขาดการดูแลตนเองที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ เช่น การรับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายทำให้น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ไม่ขึ้นตามเกณฑ์ปกติ มีภาวะโลหิตจาง บางรายอาจเกิดการแท้งบุตรได้ (ครุณีย์ บัวบุญ, 2544; Covington et al., 2001; Curry, Perrin & Wall, 1998; Harner, 2004; Quinlivan & Evans, 2001; Renker, 1999; Renker, 2002) นอกจากนี้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย คะแนนแอฟการ์ (Apgar score) แรกเกิดในนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ต่ำ ทารกตายในครรภ์หรือตายคลอด (ครุณีย์ บัวบุญ, 2544; Covington et al., 2001; Renker, 2002) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถจัดกลุ่มได้ 5 กลุ่ม ดังนี้ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก และการใช้สารเสพติด (2) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และเศรษฐกิจของครอบครัว (3) ปัจจัยทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์เร็ว และการมีจำนวนคู่นอนหลายคน (4) ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการตั้งครรภ์โดยไม่ไดวางแผนล่วงหน้า และ (5) ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ การไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, วาสนา อิ่มอม และอุษา เลิศศรีสันทัต, 2546; บุญสืบ โสโสม, สุจินตนา พันธุ์กล้า, ประมวล ทองตะนูนาม, จิระวรรณ อुकคกิมพันธ์ และสุกมาส อธิการกุล, 2550; CDC, 2010a; Gessner & Perham-Hester, 1998; Heaman, 2005; Taillieu & Brownridge, 2010) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก และการใช้สารเสพติด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลการวิจัยส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกันคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีโอกาสได้รับความรุนแรงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2546; CDC, 2010a; Gessner & Perham-Hester, 1998; Heaman, 2005; Taillieu & Brownridge, 2010) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานมักจะได้รับความรุนแรงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่แต่งงาน รวมถึงสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีรายได้ต่ำมีโอกาสดูรับความรุนแรงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ประกอบอาชีพและมีรายได้สูง (บุญสืบ โสโสม และคณะ, 2550; Heaman, 2005; Taillieu & Brownridge, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) เกี่ยวกับสุขภาพผู้หญิงและ

ความรุนแรงในครอบครัวในกลุ่มสตรีที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี พบว่า สตรีที่มีอายุน้อยจะได้รับความรุนแรงมากกว่าสตรีที่มีอายุมาก สตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำ ไม่ได้แต่งงานจะได้รับความรุนแรงมากกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาสูงและแต่งงาน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของบุญสืบ โสโสม และคณะ (2550) ที่รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรี จำนวน 31 เรื่อง และนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาจะได้รับความรุนแรงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือประกอบอาชีพใช้แรงงานจะได้รับความรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้แรงงาน นอกจากนี้ยังพบอีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองจะได้รับความรุนแรงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้เป็นของตนเอง และจากการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 18 เรื่องของ Taillieu และ Brownridge (2010) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีโอกาสได้รับความรุนแรงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปถึง 4.3 เท่า (RR = 4.3, 95% CI = 3.6-5.1, $p < .05$) สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีโอกาสได้รับความรุนแรงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ถึง 4.7 เท่า (RR = 4.1, 95% CI = 4.1-5.5, $p < .05$) รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงอีกด้วย

นอกจากนี้ประวัตินการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กยังมีความเกี่ยวข้องกับการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น Wiemann, Agurcia, Berenson, Volk และ Rickert (2000) พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีประวัตินการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กได้รับความรุนแรงทางร่างกายจากคู่มากกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่มีประวัตินการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Lindhorst และคณะ (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประวัตินการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กจากผู้ปกครอง ความผิดปกติทางจิตและการได้รับความรุนแรงจากคู่อีกในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-17 ปี ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีประวัตินการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมักได้รับความรุนแรงจากคู่อีกหรือสามีมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่มีประวัตินการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมาก่อน และประวัตินดังกล่าวยังมีความสัมพันธ์กับการกลายเป็นผู้ถูกระทำในอนาคตอีกด้วย (Cyr, McDuff & Wright, 2006) กล่าวคือ เด็กผู้หญิงที่เคยได้รับความรุนแรงในวัยเด็กจะเกิดการเรียนรู้และยอมรับว่าการทำร้ายที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติที่สามีสามารถทำต่อภรรยาได้ (ภฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2546) จึงกล่าวได้ว่า ประวัตินการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กอาจเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้

การใช้สารเสพติดเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงเช่นกัน สารเสพติดรวมถึงการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือการใช้ยาเสพติดชนิดต่างๆ สตรีวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มักมีความเครียดซึ่งนำไปสู่วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม

โดยเฉพาะการใช้สารเสพติด (เบญจพร ปัญญา, 2553) ซึ่งมีผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นขาดการขังคิด และการควบคุมตนเอง รวมทั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรง (Kelly, Cheng, Peralez-Dieckmann & Martinez, 2009; Lindhorst et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Covington และคณะ (2001) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมากมีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงในระดับต่ำหรือสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรงถึง 3.9 เท่า (RR = 3.9, 95% CI = 1.5-10.3, $p < .05$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Karaoglu และคณะ (2005) ที่พบว่า สูบการบุหรี่ยุคตั้งครรภ์สามารถทำนายการได้รับความรุนแรงทั้งทางกาย ทางจิตใจและทางเพศได้ถึง 1.6 เท่า (OR = 1.64, 95% CI = 1.11-2.42, $p < .01$)

ปัจจัยด้านครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ได้แก่ ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และเศรษฐกิจของครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บิดามารดาหรืออาศัยอยู่กับสามีโดยไม่มีญาติอาศัยอยู่ร่วมด้วยมีโอกาสได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวของตนเอง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าลักษณะครอบครัวที่มีบิดามารดาและญาติอยู่ด้วยจะสามารถให้ความช่วยเหลือแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อมีเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นได้ (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2546; Kulkarni, 2009) นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมักจะมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดีหรืออยู่ในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำ (อวิศดา จันทร์แสนตอ, 2544; Audi, Segall-Corrêa, Santiago, Andrade Mda & Pérez-Escamilla, 2008; Kulkarni, 2009) Karaoglu และคณะ (2005) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับ ความรุนแรงทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ และทางเพศร้อยละ 32.7 อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 30.2 อยู่ในครอบครัวขยาย นอกจากนี้ผลการวิจัยของ Audi และคณะ (2008) พบว่า การมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ไม่มั่นคง มีเศรษฐกิจไม่ดี หรือสามีเป็นผู้รับผิดชอบเศรษฐกิจของครอบครัวเพียงลำพัง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .032$)

ปัจจัยทางเพศสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์เร็ว และการมีจำนวนคู่นอนหลายคน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะการเลียนแบบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากสื่อในรูปแบบต่างๆ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต หนังสือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศ ในทางที่ผิดศีลธรรม ตลอดจนมีการรับวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมจากต่างประเทศ โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของวัยรุ่นชายหญิงทำให้อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดน้อยลง (จปรัฐ ปรีชาพานิช และชาญชัย วันทนาศิริ, 2550) อย่างไรก็ตาม สตรีวัยรุ่นที่มีอายุน้อยมักจะมีการ

ตัดสินใจ ความสามารถในการแก้ปัญหา และทักษะในการต่อรองและปฏิเสธคำ (Kelly et al., 2009) จึงทำให้สตรีวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยมีโอกาสได้รับความรุนแรงมากกว่าสตรีวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุมากกว่า Kellogg, Hoffman และ Taylor (1999) พบว่า สตรีตั้งครรภ์และมารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงทางเพศ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 11.6 ปี ซึ่งน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์และมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรงทางเพศ ซึ่งมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุเฉลี่ย 14.8 ปี นอกจากนี้การมีจำนวนคู่นอนหลายคนอาจทำให้มีความขัดแย้งเพิ่มขึ้น เนื่องจากความหึงหวงจนกลายเป็นการใช้ความรุนแรง (Brady, Tschann, Pasch, Flores & Ozer, 2008) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Sliverman, Raj และ Clements (2004) ที่พบว่า สตรีวัยรุ่นที่มีจำนวนคู่นอนมากกว่า 3 คน ภายในเวลา 3 เดือน และมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี จะได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 9.8 และหากมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นสตรีเหล่านี้มีโอกาสได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ 17.7

ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการตั้งครรภ์โดยไม่ได้อำนาจวางแผนล่วงหน้า การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่มักเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้อำนาจวางแผนล่วงหน้ามาก่อนหรือเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Curry et al., 1998; Gessner & Perham-Hester, 1998) ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการได้รับความรุนแรง (Renker, 2002) เห็นได้จากผลการวิจัยของ Taft และ Watson (2007) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีประวัติการตั้งครรภ์มากกว่าหนึ่งครั้งส่วนใหญ่จะได้รับความรุนแรงจากคู่รักหรือสามีมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ครั้งแรก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Karaoglu และคณะ (2005) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับ ความรุนแรงมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับความรุนแรงถึง 1.8 เท่า (OR = 1.8, 95% CI = 1.24-2.55, $p = .001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gomez (2011) ที่พบว่า การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงทางเพศเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้อำนาจวางแผนล่วงหน้ามากถึงร้อยละ 63

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว บิดามารดา ญาติ เพื่อน หรือแหล่งบริการทางสังคมต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Renker (1999) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมักจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ โดยเฉพาะจากครอบครัวของตน (Renker, 2002; Wiemann et al, 2000) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ Wiemann (2000) ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบิดาของทารกในครรภ์น้อยกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p = .012$) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลในเชิงบวกต่อจิตใจของบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์รวมทุกกลุ่มอายุจึงแยกไม่ได้ว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ นอกจากนี้ผลการวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มาจากต่างประเทศจึงมีข้อจำกัดในแง่ของบริบทสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ส่วนในประเทศไทยพบงานวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพียงเรื่องเดียว (ครุณีย์ บัวบุญ, 2544) ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของความรุนแรงต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในบริบทและวัฒนธรรมของสังคมไทย

ผู้วิจัยเลือกศึกษาในพื้นที่ภาคกลางตอนบนใน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก กำแพงเพชร ตาก จากโรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ความรุนแรงสูง (ร้อยละ 28) อีกทั้งยังไม่มีข้อมูลเฉพาะของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จากข้อมูลของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2553) พบอุบัติการณ์ความรุนแรงต่อสตรีภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 29 ภาคกลาง ร้อยละ 28 ภาคเหนือ ร้อยละ 19 ภาคใต้ ร้อยละ 17 และภาคตะวันออก ร้อยละ 7 ตามลำดับ ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาความรุนแรงเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

1.2 คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือไม่ อย่างไร

2. ปัจจัยส่วนบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน) และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้หรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน) และการสนับสนุนทางสังคม

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้สารเสพติด จำนวนคู่นอน) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

2. ปัจจัยส่วนบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน) และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2011b) ซึ่งปรับมาจากแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา (Ecological Model) ของ Bronfenbrenner (1994) ซึ่งกล่าวว่า พัฒนาการและการเจริญเติบโตของบุคคลถูกกระทบจากสิ่งแวดล้อม 5 ระบบ ประกอบด้วย ระบบจุลภาค (microsystem), ระบบกึ่งกลาง (mesosystem), ระบบภายนอก (exosystem), ระบบมหภาค (macrosystem) และระบบลำดับเวลา (chronosystem)

ระบบจุลภาค (microsystem) เป็นระบบย่อยที่ประกอบด้วยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมใกล้ชิดตัว (immediate environment) ที่ทำให้เกิดกิจกรรม บทบาททางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยบุคคลอยู่ในสถานที่ที่ต้องมีการเผชิญหน้าทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และมีการสื่อสารต่อกัน เช่น ครอบครัว โรงเรียน กลุ่มเพื่อน และสถานที่ทำงาน การเติบโตและพัฒนาการของบุคคลจะขึ้นอยู่กับบริบทและโครงสร้างของระบบย่อยนั้นๆ

ระบบกึ่งกลาง (mesosystem) เป็นการเชื่อมโยงบุคคลระหว่างสถานที่อย่างน้อย 2 แห่ง ซึ่งเป็นระบบจุลภาค (microsystem) ที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่ ได้แก่ บ้านกับโรงเรียน โรงเรียนกับสถานที่ทำงาน เช่น การติดต่อระหว่างผู้ปกครองกับครู

ระบบภายนอก (exosystem) ประกอบด้วยเหตุการณ์ต่างๆ ที่บุคคลไม่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรง แต่มีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อมใกล้ชิดตัว (immediate environment) ของบุคคล เช่น ที่ทำงานของพ่อแม่ หากพ่อแม่ต้องทำงานล่วงเวลามีผลกระทบต่อการศึกษาและพัฒนาการของเด็ก เครือข่ายทางสังคมของครอบครัว หรือลักษณะชุมชนใกล้เคียงซึ่งมีอิทธิพลต่อครอบครัว หรือ โรงเรียนที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่

ระบบมหภาค (macrosystem) เป็นระบบใหญ่ที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระบบแรก เช่น ระบบความเชื่อ ลักษณะของความรู้ วัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต โครงสร้างการเกิดโอกาส และการเกิดอันตรายของสังคมในภาพรวม เช่น ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคมที่ได้รับการถ่ายทอดผ่านทางสื่อมีผลกับพัฒนาการบุคคล อาจทำให้บุคคลเกิดความกลัว หรือกลายเป็นผู้กระทำความรุนแรง

ระบบลำดับเวลา (chronosystem) เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลาของบุคคลซึ่งมีผลต่อพัฒนาการของบุคคลนั้น เช่น การเปลี่ยนแปลงสถานะทางเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย และ โครงสร้างครอบครัว

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2011b) ได้ใช้แนวคิดของบรอนเฟนเบรนเนอร์ มาปรับใช้ในการศึกษาปัญหาความรุนแรงต่อสตรีซึ่งมีความสลับซับซ้อนและปรับเป็น 4 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับชุมชน และระดับสังคม (แผนภาพที่ 1) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

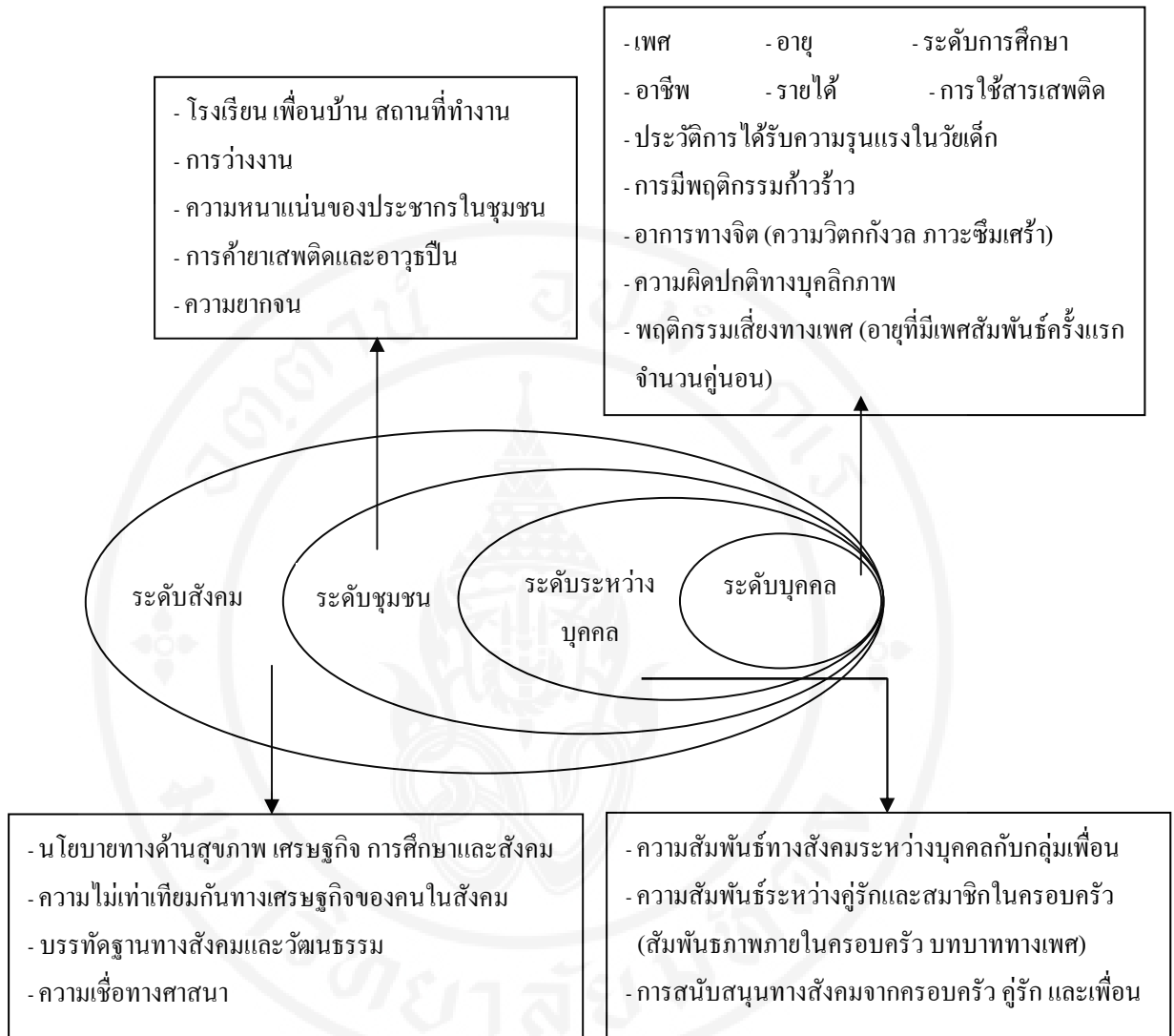
1. ระดับบุคคล (Individual level) เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การใช้สารเสพติด ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การมีพฤติกรรมก้าวร้าว อาการทางจิต (ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า) ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ตลอดจนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และจำนวนคู่นอน) โดยพบว่าผู้กระทำความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สำหรับผู้ถูกกระทำมักจะเป็นเพศหญิง อายุอ่อน มีระดับการศึกษาต่ำ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง มีประวัติได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก และมีการใช้สารเสพติด (Grauerholz, 2000; Oetzel & Duran, 2004; WHO, 2002)

2. ระดับระหว่างบุคคล (Personal relationships level) เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับครอบครัว คู่รักหรือเพื่อน ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงมากขึ้น เช่น ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลกับกลุ่มเพื่อน ความสัมพันธ์ระหว่างคู่รักและสมาชิกในครอบครัว (สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว บทบาททางเพศ) ตลอดจนการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว คู่รัก และเพื่อน เป็นต้น โดยครอบครัวที่เพศชายเป็นใหญ่มีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวและเป็นผู้ครอบครองทรัพย์สินเพียงผู้เดียว ตลอดจนความขัดแย้งกับคู่รักหรือคู่สมรสจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้สตรีมีโอกาสได้รับความรุนแรงจากคู่ของตนได้

นอกจากนี้ การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมใช้ความรุนแรงสามารถทำให้บุคคลนั้นใช้ความรุนแรงหรือเป็นผู้ที่ยอมรับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนได้เช่นกัน (Casique & Furegato, 2006; Oetzel & Duran, 2004)

3. ระดับชุมชน (Community level) เป็นบริบทของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในสังคมและชุมชนที่มีอิทธิพลต่อการได้รับความรุนแรง เช่น โรงเรียน เพื่อนบ้าน สถานที่ทำงาน อาจรวมถึงการว่างงาน ความหนาแน่นของประชากรในชุมชน การค้ายาเสพติดและอาวุธปืน และความยากจน เป็นต้น โดยบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่คนในชุมชนมีการย้ายถิ่นฐานบ่อย มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ มีปัญหาการค้ายาเสพติด คนในชุมชนมีอัตราการว่างงานสูง หรือลักษณะการอยู่อาศัยของคนในชุมชนเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านจะมีโอกาสได้รับความรุนแรงได้รวมทั้งชุมชนที่มีปัญหาความยากจน ความเสื่อมโทรมของชุมชน หรือการขาดการดูแลจากหน่วยงานของรัฐเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรง (WHO, 2002)

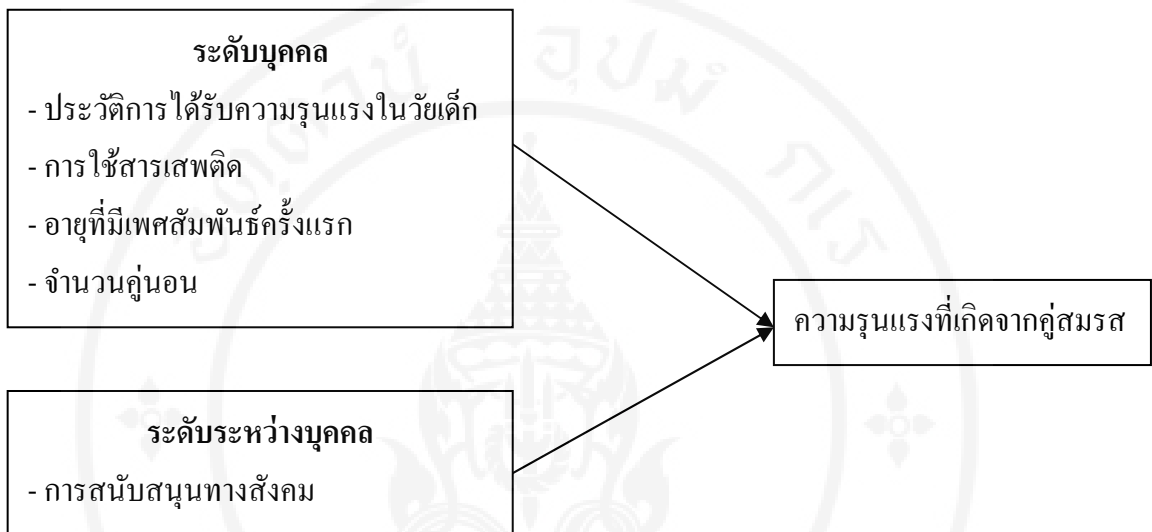
4. ระดับสังคม (Society level) เกี่ยวข้องกับแนวทางการปฏิบัติหรือการดำเนินชีวิตของคนในสังคมภายใต้วัฒนธรรมทางสังคมนั้นๆ ซึ่งเป็นที่ยอมรับและปฏิบัติสืบต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่น เช่น ในสังคมมีประเพณีวัฒนธรรมที่ยอมรับการใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา มีระบบแนวคิดที่เน้นอำนาจของเพศชายเป็นใหญ่ เพศชายเป็นที่พึ่งของภรรยาและบุตร ตลอดจนสังคมที่ขาดกฎหมายในการลงโทษผู้กระทำความรุนแรง และการขาดความคุ้มครองผู้ที่ถูกระทำอย่างเป็นรูปธรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรง (Oetzel & Duran, 2004; WHO, 2002)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา (Ecological Model) (WHO, 2011b)

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดนี้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากปัญหาความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันในระดับบุคคลและระดับระหว่างบุคคล โดยบุคคลที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดด้วยมากที่สุด คือ คู่รักหรือสามี ซึ่งความสัมพันธ์ใกล้ชิดดังกล่าวมีโอกาสทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและสามีเกิดความขัดแย้งกันจนก่อให้เกิดความรุนแรงได้ง่ายขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยใน 2 ระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน) และปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (การสนับสนุนทางสังคม) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยในระดับจุลภาคที่ประเมินได้ง่ายไม่ซับซ้อนและเป็นปัจจัยทางตรงที่ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงต่อ

บุคคล ในขณะที่ปัจจัยในระดับชุมชนและระดับสังคมเป็นปัจจัยในระดับมหภาคซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ โครงสร้างสังคม ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนเปลี่ยนแปลงได้ ยากและเป็นปัจจัยทางอ้อมที่ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงต่อบุคคล (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555) ดังนั้น กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน) และการสนับสนุนทางสังคมในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-19 ปี ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ตั้งแต่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2557

1.7 นิยามตัวแปร

1. **สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น** หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 12-19 ปี โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ นับอายุเป็นจำนวนปีเต็ม เศษที่มากกว่า 6 เดือนให้ปัดเป็น 1 ปีเต็มจนถึงวันที่เก็บข้อมูล

2. **ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์** หมายถึง การถูกกระทำโดยเจตนาในช่วงระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนถึงขณะตั้งครรภ์เพื่อก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพไม่ว่าจะเป็นทางร่างกาย ทางจิตใจ/อารมณ์ หรือทางเพศ ทั้งการใช้อำนาจ บังคับ ชูเชิญ คุกคาม การจำกัดหรือกีดกันเสรีภาพของอีกฝ่ายหนึ่ง โดยผู้กระทำความรุนแรงอาจเป็นได้ทั้งคู่สมรสหรือคู่รักในอดีตหรือปัจจุบัน โดยที่ความสัมพันธ์นั้นอาจเป็นความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยา โดยมีการจดทะเบียนสมรสหรือไม่จดทะเบียนสมรสก็ตาม (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555) ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองความรุนแรง (Abuse Assessment Screen: AAS) สร้างโดย McFarlane, Parker, Soeken และ Bullock (1992) แปลเป็นภาษาไทยโดยนันทนา ธนาโนวรรณ (Thananowan, 2004) มีจำนวน 5 ข้อ ถ้าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอบแบบคัดกรองว่า “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่งถือว่าได้รับความรุนแรง

3. **ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก** หมายถึง การที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเคยถูกกระทำให้ได้รับอันตรายทางร่างกาย ทางจิตใจ/อารมณ์ หรือทางเพศในวัยเด็กจากใครบางคนในครอบครัว ประเมินโดยใช้ข้อคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ “คุณเคยถูกกระทำทางร่างกาย ทางจิตใจ หรือทางเพศในวัยเด็กจากใครบางคนในครอบครัวมาก่อนหรือไม่” ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ “เคย” และ “ไม่เคย” หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรายใดตอบ “เคย” ถือว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรายนั้นมีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก

4. **การใช้สารเสพติด** หมายถึง การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง (เช่น ยาบ้า กัญชา เฮโรอีน สารระเหย เป็นต้น) ในช่วงก่อนตั้งครรภ์หรือขณะตั้งครรภ์ ประเมินโดยใช้คำถามข้อที่ 10, 11, 12 ในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งถามว่า “คุณเคยสูบบุหรี่มาก่อนหรือไม่” “คุณเคยดื่มสุรามาก่อนหรือไม่” “คุณเคยใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนหรือไม่” ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ “เคย” และ “ไม่เคย” หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอบว่า “เคย” ข้อใดข้อหนึ่งถือว่าใช้สารเสพติด

5. **อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก** หมายถึง อายุที่มีการร่วมเพศทางช่องคลอดครั้งแรก ประเมินโดยใช้คำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ “คุณมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร”

6. **จำนวนคู่นอน** หมายถึง จำนวนผู้ชายที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเคยมีเพศสัมพันธ์ด้วย ประเมินโดยใช้คำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ “คุณเคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายจำนวนกี่คน”

7. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลสำคัญ สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนในการสนับสนุนด้านอารมณ์ การตัดสินใจ การให้ข้อมูล การแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ และบริการต่างๆ ประเมินโดยใช้แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) สร้างโดย Zimet, Dahlem, Zimet และ Farley (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดยพิทักษ์พล บุญยามาลิก (Boonyamalik, 2005) มีข้อความจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยที่สุด) ถึง 7 (เห็นด้วยที่สุด) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-84 คะแนนรวมมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรุนแรงที่เกิดจากกลุ่มสมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน) และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยทำการรวบรวมวรรณกรรมจากตำรา บทความทางวิชาการ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น รายละเอียดดังนี้

2.1 สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

2.1.1 อุดมการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2.1.2 ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2.2 แนวคิดเชิงนิเวศวิทยา (Ecological Model)

2.3 ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

2.3.1 ความหมายของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส

2.3.2 ชนิดของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส

2.3.3 ผลกระทบของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส

2.3.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

2.1 สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความหมายของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไว้หลายความหมาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) ให้ความหมายว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 10-19 ปี ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย (2548) ให้ความหมายว่า มารดาที่มีการตั้งครรภ์ที่อายุ 19 ปี หรือน้อยกว่า

จปรัฐ ปรีชาพานิช และชาญชัย วันทนาศิริ (2550) ให้ความหมายว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์ในขณะที่ยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ หรือไม่เหมาะสมที่จะตั้งครรภ์ ได้แก่ สตรีที่มีอายุน้อย โดยเกณฑ์อายุที่ใช้มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความสนใจของนักวิชาการหรือสถาบันนั้นๆ แต่โดยปกติถือว่าการตั้งครรภ์ขณะอายุไม่เกิน 20 ปี จะมีโอกาสพบอัตราเสี่ยงต่อมารดาและทารกเพิ่มขึ้น

อุดม เชาวรินทร์ (2551) ให้ความหมายว่า สตรีที่มีการตั้งครรภ์ที่อายุ 19 ปี หรือน้อยกว่า มาลี เกื้อนพกุล (2554) ให้ความหมายว่า ผู้หญิงที่มีการตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี บริบูรณ์เมื่อนับถึงกำหนดวันคลอด

สรุปได้ว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น หมายถึง สตรีที่มีการตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี เมื่อนับถึงกำหนดวันคลอด สำหรับช่วงอายุของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในช่วงอายุ 12-19 ปี เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะพฤติกรรมทางเพศจะเจริญสมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ได้ เริ่มมีประจำเดือนและสามารถตั้งครรภ์ได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553) นอกจากนี้ในปัจจุบันอายุเฉลี่ยของการมีประจำเดือนครั้งแรกในวัยรุ่นไทยพบว่ามีอายุเฉลี่ยลดลงจาก 15 ปี เป็น 12 ปี (จปรัฐ ปรีชาพานิช และชาญชัย วันทนาศิริ, 2550) แสดงให้เห็นว่าเด็กไทยมีพัฒนาการเข้าสู่วัยรุ่นเร็วขึ้นและมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่น้อยลง ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 12-19 ปี โดยไม่จำกัดอายุครรภ์ นับอายุเป็นจำนวนปีเต็ม เศษที่มากกว่า 6 เดือนให้ปัดเป็น 1 ปีเต็มจนถึงวันที่เก็บข้อมูล

2.1.1 อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศ ในสหรัฐอเมริกาพบกลุ่มสตรีวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี ร้อยละ 7.5 มีการตั้งครรภ์ (Noll, Shenk & Putnam, 2009) ซึ่งเป็นอัตราที่สูงที่สุดในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมคิดเป็น 18 เท่า ของประเทศญี่ปุ่น 5 เท่า ของประเทศเนเธอร์แลนด์ และ 3 เท่าของประเทศสวีเดน (อุดม เชาวรินทร์, 2551) สำหรับข้อมูลของการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นไทยนั้นได้จากข้อมูลการจดทะเบียนเกิดของเด็กทารก ทั้งนี้ เนื่องจากยังไม่มีหน่วยงานใดที่เก็บรวบรวมข้อมูลการตั้งครรภ์ของมารดาไว้ต่างๆ อย่างเป็นระบบ

(ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2553) จากการสำรวจตั้งแต่ปี 2548-2555 พบอัตราการคลอดบุตรในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี บริบูรณ์ต่อมารดาทุกกลุ่มอายุอยู่ในช่วงร้อยละ 12-12.31 ซึ่งอัตราดังกล่าวเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานการเฝ้าระวังสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ กล่าวคือไม่เกินร้อยละ 10 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2556)

สาเหตุที่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงมีแนวโน้มสูงอาจเกิดจากการที่วัยรุ่นมีพัฒนาการทางด้านร่างกายและอารมณ์เร็วขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ระบบการสื่อสารที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว มีการนำเสนอในเรื่องเพศที่อย่างแพร่หลาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อกลุ่มวัยรุ่นที่ยังไม่มีวุฒิภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ มีความอยากรู้อยากเห็นและอยากทดลองสิ่งแปลกใหม่ จนเป็นสาเหตุทำให้วัยรุ่นเหล่านี้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ตามมา (อเนก อารีพรรค, 2548) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเกิดจากความล้มเหลวในการรณรงค์และการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดอย่างจริงจัง (Saewyc et al., 2004) ตลอดจนการได้รับความรุนแรงทางเพศ ซึ่งพบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร้อยละ 11-20 มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการถูกข่มขืน โดยเฉพาะในสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี พบว่าร้อยละ 60 ของวัยรุ่นกลุ่มนี้มักไม่เต็มใจที่จะมีเพศสัมพันธ์ (อุดม เชาวรินทร์, 2551)

2.1.2 ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

เมื่อวัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นมักจะดูแลตนเองและทารกในครรภ์ได้ไม่เหมาะสม เนื่องจากมีความพร้อมน้อยกว่าผู้ใหญ่ ทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและทารกทั้งในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด (อุดม เชาวรินทร์, 2551; แวดาว พิมลธเรศ, 2555) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักจะฝากครรภ์ช้า มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง ติดเชื้อ คลอดก่อนกำหนด ภูมิต้านทานก่อนการเจ็บครรภ์คลอด เบาหวานขณะตั้งครรภ์ และตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น (อุดม เชาวรินทร์, 2551; ชวมัย สืบบุญการณ, 2554; แวดาว พิมลธเรศ, 2555) พิระยุทธ สาธุกุล และเพ็ญจิต ธารไพโรสาณห์ (2551) ศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่คลอดบุตรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น จำนวน 2,095 ราย พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจางและคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับ ชวมัย สืบบุญการณ (2554) ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 10-19 ปี กับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ อายุ 20-34 ปี ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 19,985 ราย ได้ผลเช่นเดียวกัน คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจางและคลอดก่อนกำหนดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งอาจเนื่องมาจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง (ร้อยละ 41.1) มากกว่าสตรีตั้งครรภ์

วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 23.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับ แววดาว พิมลธเรศ (2555) ศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 10-19 ปี กับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ อายุ 20-35 ปี ที่มาคลอดในโรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี จำนวน 906 ราย พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง มีภาวะโลหิตจาง และมีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด เช่น คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดหลังคลอด น้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอด และมีภาวะโลหิตสูงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สำหรับผลกระทบต่อทารก พบว่า ทารกแรกเกิดจากมารดาวัยรุ่นน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ตายปริกำเนิด และขาดออกซิเจนหลังคลอดมากกว่าทารกที่เกิดจากมารดาวัยผู้ใหญ่ วิชญา เวชยันต์ศุงการ (2555) ศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ระหว่างมารดาวัยรุ่นและมารดาวัยผู้ใหญ่ ที่มาคลอดในโรงพยาบาลบางใหญ่ จำนวน 658 ราย พบว่า ทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ทารกน้ำหนักตัวน้อยและมีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome) มากกว่าทารกที่เกิดจากมารดาวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ชวมัย สืบบุญการณ (2554) พบว่า ทารกของมารดาวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีคะแนนแอฟการ์ (Apgar score) แรกเกิดต่ำกว่าทารกของมารดาวัยผู้ใหญ่

2.2 แนวคิดเชิงนิเวศวิทยา (Ecological model)

บรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner, 1994) นักจิตวิทยาพัฒนาการได้พัฒนาแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา (Ecological Model) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 และพัฒนาต่อเนื่องจนถึงปี ค.ศ. 1980 เพื่ออธิบายเกี่ยวกับพัฒนาการของมนุษย์ โดยกล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว 5 ระบบ ประกอบด้วย ระบบจุลภาค (microsystem), ระบบกึ่งกลาง (mesosystem), ระบบภายนอก (exosystem), ระบบมหภาค (macrosystem) และระบบลำดับเวลา (chronosystem) ดังนี้

ระบบจุลภาค (microsystem) เป็นระบบย่อยที่ประกอบด้วยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมใกล้ชิดตัว (immediate environment) ที่ทำให้เกิดกิจกรรม บทบาททางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยบุคคลอยู่ในสถานที่ที่ต้องมีการเผชิญหน้าทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และมีการสื่อสารต่อกัน เช่น ครอบครัว โรงเรียน กลุ่มเพื่อน และสถานที่ทำงาน การเติบโตและพัฒนาการของบุคคลจะขึ้นอยู่กับบริบทและโครงสร้างของระบบย่อยๆ นั้น

ระบบกึ่งกลาง (mesosystem) เป็นการเชื่อมโยงบุคคลระหว่างสถานที่อย่างน้อย 2 แห่ง ซึ่งเป็นระบบจุลภาค (microsystem) ที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่ ได้แก่ บ้านกับโรงเรียน โรงเรียนกับสถานที่ทำงาน เช่น การติดต่อระหว่างผู้ปกครองกับครู

ระบบภายนอก (exosystem) ประกอบด้วยเหตุการณ์ต่างๆ ที่บุคคลไม่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรง แต่มีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว (immediate environment) ของบุคคล เช่น ที่ทำงานของพ่อแม่ หากพ่อแม่ต้องทำงานล่วงเวลามีผลกระทบต่อการศึกษาและพัฒนาการของบุตร เครือข่ายทางสังคมของครอบครัว หรือลักษณะชุมชนใกล้เคียงซึ่งมีอิทธิพลต่อครอบครัว หรือโรงเรียนที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่

ระบบมหภาค (macrosystem) เป็นระบบใหญ่ที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระบบแรก เช่น ระบบความเชื่อ ลักษณะของความรู้ วัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต โครงสร้างการเกิดโอกาส และการเกิดอันตรายของสังคมในภาพรวม เช่น ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคมที่ได้รับการถ่ายทอดผ่านทางสื่อมีผลกับพัฒนาการบุคคล อาจทำให้บุคคลเกิดความกลัว หรือกลายเป็นผู้กระทำความรุนแรง

ระบบลำดับเวลา (chronosystem) เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลาของบุคคลซึ่งมีผลต่อพัฒนาการของบุคคลนั้น เช่น การเปลี่ยนแปลงสถานะทางเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย และโครงสร้างครอบครัว

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2011b) ได้ใช้แนวคิดของบรอนเฟนเบรนเนอร์ มาปรับใช้ในการศึกษาปัญหาความรุนแรงต่อสตรีซึ่งมีความสลับซับซ้อนและปรับเป็น 4 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับชุมชน และระดับสังคม ดังนี้

ระดับบุคคล (Individual level) เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การใช้สารเสพติด ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การมีพฤติกรรมก้าวร้าว อาการทางจิต (ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า) ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ตลอดจนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และจำนวนคู่นอน) เป็นต้น โดยพบว่าผู้กระทำความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สำหรับผู้ถูกกระทำมักจะเป็นเพศหญิงอายุน้อย มีระดับการศึกษาต่ำ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง มีประวัติได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก และมีการใช้สารเสพติด เป็นต้น (Grauerholz, 2000; Oetzel & Duran, 2004; WHO, 2002)

ระดับระหว่างบุคคล (Personal relationships level) เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับครอบครัว คู่รักหรือเพื่อน ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงมากขึ้น เช่น ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลกับกลุ่มเพื่อน ความสัมพันธ์ระหว่างคู่รักและสมาชิกในครอบครัว (สัมพันธ์ภายในครอบครัว บทบาททางเพศ) ตลอดจนการสนับสนุน

ทางสังคมจากครอบครัว คู่รัก และเพื่อน เป็นต้น โดยครอบครัวที่เพศชายเป็นใหญ่มีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวและเป็นผู้ครอบครองทรัพย์สินเพียงผู้เดียว ตลอดจนความขัดแย้งกับคู่รักหรือคู่สมรสจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้สตรีมีโอกาสได้รับความรุนแรงจากคู่ของตนได้นอกจากนี้ การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมใช้ความรุนแรงสามารถทำให้บุคคลนั้นใช้ความรุนแรงหรือเป็นผู้ที่ยอมรับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนได้เช่นกัน (Casique & Furegato, 2006; Oetzel & Duran, 2004)

ระดับชุมชน (Community level) เป็นบริบทของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในสังคมและชุมชนที่มีอิทธิพลต่อการได้รับความรุนแรง เช่น โรงเรียน เพื่อนบ้าน สถานที่ทำงาน อาจรวมถึงการว่างงาน ความหนาแน่นของประชากรในชุมชน การค้ายาเสพติดและอาวุธปืน และความยากจน เป็นต้น โดยบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่คนในชุมชนมีการย้ายถิ่นฐานบ่อย มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ มีปัญหาการค้ายาเสพติด คนในชุมชนมีอัตราการว่างงานสูง หรือลักษณะการอยู่อาศัยของคนในชุมชนเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านจะมีโอกาสได้รับความรุนแรงได้รวมทั้งชุมชนที่มีปัญหาความยากจน ความเสื่อมโทรมของชุมชน หรือการขาดการดูแลจากหน่วยงานของรัฐเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรง (WHO, 2002)

ระดับสังคม (Society level) เกี่ยวข้องกับแนวทางการปฏิบัติหรือการดำเนินชีวิตของคนในสังคมภายใต้วัฒนธรรมทางสังคมนั้นๆ ซึ่งเป็นที่ยอมรับและปฏิบัติสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น เช่น ในสังคมมีประเพณีวัฒนธรรมที่ยอมรับการใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา มีระบบแนวคิดที่เน้นอำนาจของเพศชายเป็นใหญ่ เพศชายเป็นที่พึ่งของภรรยาและบุตร ตลอดจนสังคมที่ขาดกฎหมายในการลงโทษผู้กระทำความรุนแรง และการขาดความคุ้มครองผู้ที่ถูกระทำอย่างเป็นรูปธรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรง (Oetzel & Duran, 2004; WHO, 2002)

2.3 ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

2.3.1 ความหมายของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายของความรุนแรงต่างๆ กัน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) ให้ความหมายของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส (Intimate Partner Violence: IPV) หมายถึง ความรุนแรงทางร่างกาย ทางเพศ และทางจิตใจที่เกิด

ขึ้นกับสตรีจากความสัมพันธ์ใกล้ชิดในฐานะสามีภรรยา โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจมีการจดทะเบียนสมรสหรือไม่มีการจดทะเบียนสมรสก็ได้

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.2550 (ศูนย์ทนายความทั่วไป, 2554) ให้ความหมายของความรุนแรงในครอบครัว (Domestic Violence: DV) หมายถึง “การกระทำใดๆ โดยมุ่งประสงค์ให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพ หรือกระทำโดยเจตนาในลักษณะที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพของบุคคลในครอบครัว หรือบังคับใช้อำนาจทำให้บุคคลในครอบครัวต้องกระทำการ ไม่กระทำการ หรือยอมรับการกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดโดยมิชอบ แต่ไม่รวมถึงการกระทำโดยประมาท” (หน้า 1)

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC, 2010a) ให้ความหมายของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส (Intimate Partner Violence: IPV) ว่าเป็นการทำอันตรายทางร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ หรือเพศโดยคู่รักหรือสามีทั้งในอดีตหรือปัจจุบัน

มูลนิธิเพื่อนหญิง (2554) ให้ความหมายของความรุนแรงต่อสตรี (Violence Against Women: VAW) ตามปญญานุกรณว่าด้วยการขจัดความรุนแรงต่อสตรี โดยองค์การสหประชาชาติ ปี 2538 ไว้ว่า “การกระทำใดๆ ที่เป็นความรุนแรงที่เกิดจากอคติทางเพศ ซึ่งเป็นผลให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่สตรี รวมทั้งการขู่ข่มขู่คุกคาม กีดกันเสรีภาพ ทั้งในที่สาธารณะและในชีวิตส่วนตัว”

รณชัย คงสกนธ์ (2554) อธิบายความหมายของความรุนแรงในครอบครัว (Domestic Violence: DV) ว่า “เป็นปรากฏการณ์ของการใช้กำลังประทุษร้ายต่อชีวิต เสรีภาพ หรือการกระทำผิดทางเพศระหว่างคู่สมรส หรือเคยเป็นคู่สมรส หรือระหว่างบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน จนเกิดอันตรายแก่นามัย ร่างกาย เสรีภาพ เพศ จิตใจ และชีวิตแก่อีกฝ่ายหนึ่ง” (หน้า 1)

นันทนา ธนาโนวรรณ (2555) อธิบายว่าความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสขณะตั้งครรภ์ (Intimate Partner Violence during Pregnancy) หมายถึง ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์จนถึงหนึ่งปีหลังคลอดโดยผู้กระทำเป็นสามีหรือบิดาของทารกในครรภ์

จากความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความหมายของความรุนแรงขึ้นอยู่กับบริบทของการศึกษาและภูมิหลังของผู้ให้นิยามในสาขาต่างๆ กัน (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555) อย่างไรก็ตามความหมายของความรุนแรงที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส (Intimate Partner Violence: IPV) ซึ่งหมายถึง การถูกกระทำโดยเจตนาเพื่อก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพไม่ว่าจะเป็นทางร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ เพศ ทั้งการใช้อำนาจ บังคับ ขู่ข่มขู่คุกคาม การจำกัดหรือกีดกันเสรีภาพของอีกฝ่ายหนึ่ง โดยผู้กระทำ ความรุนแรงอาจเป็นได้ทั้งคู่สมรสหรือคู่รักในอดีตหรือปัจจุบัน โดยที่ความสัมพันธ์นั้นอาจเป็นความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยา โดยมีการจดทะเบียนสมรสหรือไม่จดทะเบียนสมรสก็ตาม (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555)

2.3.2 ชนิดของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส

สำหรับชนิดของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสสามารถแบ่งชนิดและรูปแบบของความรุนแรงได้เป็น 4 ประเภท (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555) ดังนี้

1. ความรุนแรงทางกาย (Physical violence) หมายถึง ความรุนแรงที่เกิดจากการทำร้ายทางกายโดยจงใจหรือเจตนาให้เกิดขึ้น และมีผลทำให้เกิดการบาดเจ็บ ทูพพลภาพหรือเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต รูปแบบของความรุนแรงทางกาย ได้แก่ ตบ ตี ตะ ค่อย ผลัก กัด กัดครัดบริเวณหน้าอกจนทำให้หายใจไม่ออก การชีด่วน ขว้างปาสิ่งของใส่ เผา กักขังหน่วงเหนี่ยว และการใช้อาวุธต่างๆ เป็นต้น

2. ความรุนแรงทางจิตใจ/อารมณ์ (Psychological/Emotional violence) หมายถึง ความรุนแรงที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ/อารมณ์ ได้แก่ การพูดจาเยาะเย้ยถากถางหรือการกระทำให้อายทั้งในที่ส่วนตัวและ/หรือในที่สาธารณะ การบังคับขู่เข็ญ การปิดกั้นไม่ให้รับรู้ข่าวสารต่างๆ การกีดกันไม่ให้ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนในครอบครัว การปฏิเสธความรับผิดชอบ ไม่ให้ความช่วยเหลือในด้านการเงินหรือเรื่องอื่นๆ การเฝ้าติดตามหรือคุกคามที่ทำให้เกิดความหวาดกลัวหรือทำอันตรายแก่ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อ เป็นต้น

3. ความรุนแรงทางเพศ (Sexual violence) หมายถึง การใช้กำลังบังคับหรือข่มขืนกระทำชำเราผู้อื่น โดยผู้ถูกกระทำไม่ได้สมัครใจหรือยินยอมที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วย ความรุนแรงทางเพศสามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

3.1 การใช้กำลังบังคับข่มขืนบุคคลอื่นโดยไม่สมัครใจ อาจสำเร็จความใคร่หรือไม่สำเร็จความใคร่ก็ได้

3.2 การพยายามข่มขืนบุคคลอื่น โดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถรับรู้หรือเข้าใจการกระทำดังกล่าวจากความพิการ การเจ็บป่วย หรืออยู่ในสภาพมึนเมาจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดร่วมด้วย

3.3 การมีเพศสัมพันธ์ที่รุนแรงผิดปกติ อาจรวมถึงการใช้วัตถุหรือสิ่งของสอดใส่เข้าไปในช่องคลอดเพื่อช่วยในการสำเร็จความใคร่

4. การคุกคามทางกายหรือทางเพศ (Threats of physical or sexual violence) หมายถึง การทำร้ายทางกายและทางเพศโดยการคุกคามทางวาจา ท่าทาง อารมณ์ จนเป็นเหตุทำให้ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อได้รับบาดเจ็บ พิการหรือถึงแก่ชีวิต

จากชนิดของความรุนแรงดังกล่าว ความรุนแรงทางจิตใจเป็นความรุนแรงที่ประเมินได้ยากกว่าความรุนแรงทางกายและความรุนแรงทางเพศ งานวิจัยส่วนใหญ่จึงเน้นไปที่การประเมินความรุนแรงทางกายและทางเพศ (นันทนา ธนาโนวรรณ และพวงเพชร เกษรสมุทร, 2553) ดังเช่นงานวิจัยของดรณิษฐ์ บัวบุญ (2544) เกี่ยวกับผลของการทารุณกรรมด้านร่างกายและจิตใจต่อสตรี

ตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์และสัมพันธภาพมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 159 คน ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 30.9 แบ่งเป็นความรุนแรงทางกาย ร้อยละ 5.6 ทางจิตใจร้อยละ 24 และทางกายร่วมกับจิตใจร้อยละ 70.4 ส่วนงานวิจัยของ Martin, Clark, Lynch และ Kupper (1999) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับความรุนแรงและรูปแบบการใช้สารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-19 ปี จำนวน 703 คน ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงร้อยละ 29 แบ่งเป็นความรุนแรงทางกายร้อยละ 15 ทางเพศ ร้อยละ 5 และทางกายร่วมกับทางเพศ ร้อยละ 9 สำหรับงานวิจัยของ Wiemann และคณะ (2000) เกี่ยวกับประวัติและพฤติกรรม การได้รับความรุนแรงทางกายจากคู่อีกในสตรีตั้งครรภ์และมารดาวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-18 ปี จำนวน 724 คน ณ หน่วยหลังคลอด พบว่ามารดาวัยรุ่น ร้อยละ 29 มีประวัติได้รับความรุนแรงทางกายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยร้อยละ 11.9 ได้รับความรุนแรงทางกายจากบิดาของทารกในครรภ์ นอกจากนี้ Newman และ Campbell (2011) ได้ศึกษาชนิดของความรุนแรงและการกระทำ ความรุนแรงในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์และมารดาวัยรุ่นชาวละตินที่มีอายุระหว่าง 14-20 ปี จำนวน 73 คน พบว่าในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับความรุนแรงจากคู่อีกทางจิตใจ ร้อยละ 84 ทางกายร้อยละ 62 และทางเพศร้อยละ 21 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม สตรีวัยรุ่นมีโอกาสได้รับความรุนแรงทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศ ได้มากกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่ (Taillieu & Brownridge, 2010) เนื่องจากวัยรุ่นยังขาดวุฒิภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ ขาดความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ รวมถึงขาดทักษะที่ดีในการปฏิเสธ ขาดการติดต่อสื่อสารและการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ทำให้มีโอกาสได้รับความรุนแรงจนเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น อีกทั้งสตรีวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ยังมีโอกาสได้รับความรุนแรงดังกล่าวร่วมกันหลายชนิดทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศ ซึ่งความรุนแรงที่เกิดร่วมกันหลายชนิดนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อรุนแรงกว่าการได้รับความรุนแรงเพียงชนิดเดียว (นันทนา ธนาโนวรรณ และภัสรา หากุหลาบ, 2550) ดังรายละเอียดที่จะกล่าวในลำดับต่อไป

2.3.3 ผลกระทบของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ได้แก่ ผลกระทบทางกาย ทางจิตสังคม ทางเพศ ทางเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ตลอดจนผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.3.1 ผลกระทบทางกาย

สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงส่วนใหญ่จะถูกทำร้ายที่บริเวณใบหน้าและศีรษะ มากที่สุด รองลงมา คือ แขน หลัง หน้าท้อง เต้านม และอวัยวะสืบพันธุ์ (ดรุณีย์ บัวบุญ, 2544; นันทนา ธนาโนวรรณ, ภัสรา หากุลลาบ และพรทิพย์ ร่องเลื่อน, 2549; Cardoza, 2005; Covington et al., 2001) ความรุนแรงทางกายที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกายตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น มีรอยฟกช้ำหรือรอยถลอกตามร่างกาย กระดูกหัก ศีรษะแตก หรืออาจได้รับอันตรายจนถึงขั้นเสียชีวิต เป็นต้น (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555; WHO, 2011a) ดังเช่น งานวิจัยเชิงคุณภาพของ Renker (2002) ซึ่งทำการสัมภาษณ์สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 18-20 ปี จำนวน 40 คน พบกรณีตัวอย่างของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีรอยกัดที่ใบหน้าอันเกิดจากการได้รับความรุนแรงจากสามีในขณะที่ตั้งครรภ์บุตรคนแรก นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบางรายมีรอยช้ำที่บริเวณใบหน้าเนื่องจากสามีขว้างลูกเบสบอลใส่ขณะที่เกิดเหตุการณ์ความรุนแรง

2.3.3.2 ผลกระทบทางจิตสังคม

ความรุนแรงทางจิตใจเป็นความรุนแรงที่ประเมินได้ยาก เนื่องจากไม่สามารถมองเห็น ได้ด้วยตาเปล่าเหมือนความรุนแรงทางกาย ความรุนแรงชนิดนี้ส่วนใหญ่มักแสดงออกในรูปแบบของความรุนแรงทางวาจา การแสดงท่าทีเฉยเมย การบังคับขู่เข็ญ คุกคามจนก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตสังคม จนทำให้ผู้ถูกกระทำมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ รู้สึกด้อยค่า เครียด ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ตื่นกลัวหรืออาจฆ่าตัวตาย เป็นต้น (ชื่นชม เจริญยุทธ, ประยุกต์ เสรีเสถียร, ปนัดดา ปริญญาฤกษ์, จิราพร ชีรพัฒนะ และไข่มุก มลิตทอง, 2543; Lindhorst et al., 2009) เห็นได้ชัดจากงานวิจัยของ Quinlivan และ Evan (2001) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของความรุนแรงต่อการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-17 ปี จำนวน 598 คน และพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงจะมีการแยกตัวออกจากสังคมและมักเป็นคนไร้ที่อยู่อาศัยมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Renker (2002) ซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงบ่อยครั้งมักจะมีความคิดในการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยของ Lindhorst และ Oxford (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงจากคู่รักในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-17 ปี จำนวน 229 คน ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงจะมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเมื่อมีอายุเฉลี่ย 20.9 ปี สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Lindhorst และคณะ (2009) เกี่ยวกับประวัติการได้รับความรุนแรงทางร่างกายในวัยเด็กจากผู้ปกครอง ความ

ผิดปกติทางจิตและการได้รับความรุนแรงจากคู่อริในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-17 ปี จำนวน 240 คน พบว่าประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กจากผู้ปกครองและการได้รับความรุนแรงจากคู่อริในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.3.3.3 ผลกระทบทางเพศ

ความรุนแรงทางเพศที่เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณเต้านม ช่องคลอด ผิเย็บ และทวารหนัก ตลอดจนอาจเกิดการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หรือการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555) จากงานวิจัยของ Curry และคณะ (1998) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของความรุนแรงทางกายและทางเพศในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดาและน้ำหนักทารกแรกคลอดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 13-44 ปี พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในช่องคลอดและมดลูกได้ถึง 1.43 เท่า ($RR = 1.43, 95\% CI = 1.11-1.84, p < .05$) สำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Renker (2002) พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงทางเพศต้องได้รับการเย็บแผลนิกขาตบริเวณช่องคลอดและพบภาวะเลือดออกทางช่องคลอดเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ อีกทั้งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงทางเพศเหล่านี้ยังพบว่ามีอาการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์จากสามีอีกด้วย

2.3.3.4 ผลกระทบทางเศรษฐกิจ

ผลกระทบของความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น อัตราการครองเตียงเพิ่มขึ้น เสียเวลาและทรัพยากรบุคคลในการดูแลและแก้ไขปัญหาความรุนแรง เป็นต้น ดังเช่นงานวิจัยของ Quinlivan และ Evan (2001) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของความรุนแรงต่อการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-17 ปี จำนวน 598 คน และพบว่าค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับความรุนแรงถึงสองเท่า

2.3.3.5 ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และการคลอด

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมักมีโอกาสถูกทำร้ายที่บริเวณหน้าท้องในขณะที่ตั้งครรภ์ได้มากกว่าในขณะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ เนื่องจากในขณะที่ตั้งครรภ์บริเวณหน้าท้องจะมีการเพิ่มขนาดขึ้นตามอายุครรภ์ซึ่งเป็นบริเวณที่เสี่ยงต่อการได้รับความกระทบกระเทือนได้

ง่าย (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555; Covington et al., 2001) ผลกระทบของความรุนแรงต่อการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รกลอกตัวก่อนกำหนด บางรายอาจเกิดการแท้งบุตร นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงยังขาดการดูแลตนเองในขณะที่ตั้งครรภ์อีกด้วย เช่น มาฝากครรภ์ล่าช้า พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายทำให้น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ไม่ขึ้นตามเกณฑ์ปกติ เป็นต้น (ครุณีย์ บัวบุญ, 2544; นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555; Covington et al., 2001; Curry et al., 1998; Harner, 2004 ; Quinlivan & Evans, 2001; Renker, 1999; Renker, 2002)

ดังตัวอย่างงานวิจัยของครุณีย์ บัวบุญ (2544) พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมักจะมาฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์โดยเฉลี่ยเท่ากับ 17.85 สัปดาห์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรงซึ่งมาฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์โดยเฉลี่ยเท่ากับ 15.62 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .039$) อีกทั้งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมีจำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์โดยเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 ครั้ง น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับความรุนแรงที่มีการมาฝากครรภ์โดยเฉลี่ยเท่ากับ 6.25 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวโดยเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์เท่ากับ 7.96 กิโลกรัม น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับความรุนแรงเท่ากับ 11.26 กิโลกรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมีการคลอดทารกก่อนกำหนด (ร้อยละ 53.5) มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรง (ร้อยละ 6.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับการวิจัยของ Curry และคณะ (1998) พบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมีภาวะเลือดออกทางช่องคลอดในไตรมาสที่ 1 และ 2 มากกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นอกจากการศึกษาดังกล่าวแล้วยังพบงานวิจัยของ Renker (1999) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงทางกาย การสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแลตนเอง การปฏิบัติการดูแลตนเองและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 12-18 ปี จำนวน 139 คน พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมีน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์ มีประวัติการแท้งบุตรหลายครั้งและมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 3 มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Covington และคณะ (2001) ที่ศึกษาเกี่ยวกับระดับความรุนแรง บริเวณที่ได้รับความรุนแรง และผลกระทบจากความรุนแรงต่อกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยรุ่นผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 13-40 ปี จำนวน 545 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงสูง

มักจะคลอดทารกก่อนกำหนดมากกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงต่ำหรือไม่ได้รับความรุนแรงถึง 3.5 เท่า (OR = 3.5, 95% CI = 1.1-10.8, $p < .05$)

2.3.3.6 ผลกระทบต่อทารกในครรภ์

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นนอกจากจะส่งผลกระทบดังกล่าวข้างต้นแล้วยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ได้เช่นกัน เช่น ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า คลอดก่อนกำหนด มีน้ำหนักตัวน้อย มีคะแนนแอฟการ์ (Apgar score) แรกเกิดต่ำ ตายในครรภ์หรือตายคลอด เป็นต้น (ครุณีย์ บัวบุญ, 2544; Covington et al., 2001) ดังตัวอย่างงานวิจัยของครุณีย์ บัวบุญ (2544) ซึ่งผลการวิจัยพบว่า น้ำหนักตัวเฉลี่ยของทารกแรกคลอดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงเท่ากับ 2,631 กรัม น้อยกว่าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรงซึ่งมีน้ำหนักตัวเฉลี่ยของทารกแรกคลอดเท่ากับ 3,075 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รวมถึงสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมีการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 33.8 มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่าทารกที่คลอดจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมีคะแนนแอฟการ์ (Apgar score) เฉลี่ยในนาทีที่ 1 เท่ากับ 7.39 คะแนน และนาทีที่ 5 เท่ากับ 8.92 คะแนน น้อยกว่าทารกที่คลอดจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรงมีคะแนนแอฟการ์ (Apgar score) เฉลี่ยในนาทีที่ 1 เท่ากับ 8.38 คะแนน และนาทีที่ 5 เท่ากับ 9.72 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Covington และคณะ (2001) ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงในระดับสูงจะมีโอกาสเกิดการคลอดทารกก่อนกำหนดและมีทารกน้ำหนักตัวน้อยสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงในระดับต่ำหรือไม่ได้รับความรุนแรงถึง 3 เท่า (RR = 3.0, 95% CI = 1.1-8.1, $p < .05$)

สรุปได้ว่า ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงชนิดใดก็ตามย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อย่างมากไม่ว่าจะเป็นการบาดเจ็บทางกายเล็กน้อย ที่เห็นได้ชัดด้วยตาเปล่าไปจนถึงการบาดเจ็บที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ เช่น ทำให้เกิดความตึงเครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงจะมีการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ไม่เหมาะสมไม่ว่าจะเป็นการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ รับประทานอาหารน้อยลงจนทำให้น้ำหนักตัวไม่ขึ้นตามเกณฑ์ปกติ มาฝากครรภ์ล่าช้ากว่าปกติ เป็นต้น นอกจากนี้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อครรภ์และการคลอด ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ และผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย เช่น ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เป็นต้น

2.3.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงที่เกิดจากกลุ่มสมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงที่เกิดจากกลุ่มสมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถจัดกลุ่มได้ 5 กลุ่ม ดังนี้ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล (2) ปัจจัยด้านครอบครัว (3) ปัจจัยทางเพศสัมพันธ์ (4) ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และ (5) ปัจจัยทางจิตสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

เป็นปัจจัยทางชีวภาพที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและการเลี้ยงดู เช่น อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก และการใช้สารเสพติด รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.4.1.1 อายุ

อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงอย่างมาก ผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2546; CDC, 2010a; Gessner & Perham-Hester, 1998; Heaman, 2005; Taillieu & Brownridge, 2010) โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ได้รับความรุนแรง (ร้อยละ 10) มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ถึงสองเท่า (ร้อยละ 4) (Gessner & Perham-Hester, 1998) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Taillieu และ Brownridge (2010) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี มีโอกาสได้รับความรุนแรงทางร่างกายจากสามีหรือบุคคลใกล้ชิดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่อายุ 30 ปีขึ้นไปสูงถึง 4.3 เท่า (RR = 4.3, 95% CI = 3.6-5.1, $p < .05$) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังขาดวุฒิภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจ ขาดความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ และทักษะในการปฏิเสธ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ จึงส่งผลให้มีโอกาสได้รับความรุนแรงได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความรุนแรงที่เกิดจากกลุ่มสมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยไม่ได้เปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ ดังนั้นจึงไม่นำอายุมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

2.3.4.1.2 สถานภาพสมรส

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์อีกปัจจัยหนึ่ง คือ สถานภาพสมรส (Taillieu & Brownridge, 2010) โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์

วัยรุ่นที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือไม่ได้อยู่กับสามีสามารถทำนายการได้รับความรุนแรงได้ถึง 3 เท่า (OR = 3.41, 95% CI = 1.20-9.66, $p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่แต่งงานหรือมีสถานภาพสมรสคู่ (Heaman, 2005) เนื่องจากสตรีที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมายและมีการจัดพิธีแต่งงานตามประเพณีเป็นการแสดงให้คนในสังคมรับรู้ถึงความพร้อมในการอยู่ร่วมกัน เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในครอบครัว คู่สมรสที่อยู่ด้วยกันมักจะเลือกวิธีการแก้ปัญหาโดยหลีกเลี่ยงความรุนแรง (ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และสุภรต์ จรัสสิทธิ์, 2552) สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีสถานภาพสมรสโสด เนื่องจากปัจจุบันมีการยอมรับค่านิยมในการอยู่ร่วมกันก่อนแต่งงานและการมีจำนวนคู่นอนหลายคนมากขึ้น ทำให้สตรีวัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่มีการจดทะเบียนสมรสและอยู่ร่วมกันเป็นระยะเวลาสั้นๆ (มาลี เกื้อนพกุล, 2554) เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งขึ้นจึงมีโอกาสใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหาได้และมีการแยกทางกันในที่สุด เช่นงานวิจัยของดรุณีย์ บัวบุญ (2544) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมีการแยกกันอยู่กับสามี (ร้อยละ 25.3) มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรง (ร้อยละ 6.9) สำหรับงานวิจัยของ Quinlivan และ Evan (2001) พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมีการสิ้นสุดความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยาที่มีอยู่เดิมกับบิดาของทารกในครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือไม่ได้อยู่กับสามีมีโอกาสได้รับความรุนแรงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีสถานภาพสมรสคู่หรืออยู่กับสามีซึ่งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่นำสถานภาพสมรสมาศึกษาในครั้งนี้

2.3.4.1.3 ระดับการศึกษา

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงจากคู่อุปการหรือสามี พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ โดยพบงานวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีโอกาสได้รับความรุนแรงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ถึง 1.8-4.7 เท่า (Heaman, 2005; Saltzman, Johnson, Gilbert & Goodwin, 2003; Taillieu & Brownridge, 2010) สาเหตุเพราะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาต่ำมีโอกาสเข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่างๆ ได้น้อย ตลอดจนสตรีเหล่านี้มักประกอบอาชีพที่ได้ค่าตอบแทนต่ำซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวตามมา ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำเป็นต้องพึ่งพาคู่อุปการหรือสามีมากขึ้นเป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงมากขึ้น (Shamu, Abrahams, Temmerman, Musekiwa & Zarowsky, 2011) นอกจากนี้การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในสตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ในวัยเรียน เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นจึงจำเป็นต้องออกจาก

ระบบการศึกษา ทำให้สตรีตั้งครรภ้ข้ันส่วนใหญ่มิระดับการศึกษาต่ำ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่นำระดับการศึกษามาศึกษาในครั้งนี้

2.3.4.1.4 อาชีพ

อาชีพของสตรีตั้งครรภ้ข้ันมีความสัมพันธ์กับการได้รับความรุนแรงโดยผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ้ข้ันที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงจากสามีหรือบุคคลใกล้ชิดมากกว่าสตรีตั้งครรภ้ข้ันที่มีอาชีพมั่นคง (Heaman, 2005) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่พบว่า สตรีตั้งครรภ้ข้ันในกลุ่มที่ประกอบอาชีพที่ไม่ใช่แรงงานจะได้รับความรุนแรงทางร่างกายและจิตใจต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ้ข้ันที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงานเป็นหลัก (บุญสืบ โสโสม และคณะ, 2550) ในทางกลับกันสตรีตั้งครรภ้ข้ันที่มีอาชีพมั่นคงจะเป็นปัจจัยที่สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงได้ (Heaman, 2005; Taillieu & Brownridge, 2010) สำหรับในสตรีตั้งครรภ้ข้ันที่ได้รับความรุนแรงมักไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำเพราะกำลังอยู่ในช่วงวัยเรียน สตรีตั้งครรภ้ข้ันกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องพึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจจากคู่รักหรือสามีของตนเพียงฝ่ายเดียว จนเป็นสาเหตุให้คู่รักเกิดความเครียดจากการรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดความรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ้ข้ันได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่นำอาชีพมาศึกษา

2.3.4.1.5 รายได้

ในที่นี้สตรีตั้งครรภ้ข้ันที่มีรายได้ต่ำหรือไม่มีรายได้ตลอดจนมีแหล่งสนับสนุนทางการเงินน้อยมีโอกาสได้รับความรุนแรงได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ้ข้ันที่มีรายได้เป็นของตนเอง ดังเช่นผลการวิจัยของ Heaman (2005) พบว่ารายได้สามารถทำนายความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ้ข้ันได้ถึง 3.42 เท่า (OR = 3.42, 95% CI = 1.92-6.10, $p < .01$) นอกจากนี้การที่สตรีตั้งครรภ้ข้ันต้องพึ่งพาคู่รักหรือสามีที่ประกอบอาชีพและมีรายได้มากกว่าตน (Shamu et al., 2011) ร่วมกับการมีความเชื่อที่ว่าผู้ชายเป็นผู้นำครอบครัวและมีอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ส่วนสตรีเมื่อแต่งงานแล้วมีหน้าที่เป็นเพียงภรรยาและมารดาของบุตรเท่านั้น (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2548) จากสาเหตุดังกล่าวทำให้สตรีตั้งครรภ้ข้ันส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นผลทำให้ไม่มีรายได้เป็นของตนเองจึงมีโอกาสได้รับความรุนแรงได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่นำรายได้มาศึกษาในครั้งนี้

2.3.4.1.6 ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กหรือเคยพบเห็นความรุนแรงในครอบครัวมาก่อนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสหรือคู่รักในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากเด็กผู้หญิงที่เคยพบเห็นประสบการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะความรุนแรงระหว่างบิดามารดาจะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ของเด็กผู้หญิงเมื่อโตขึ้นในแง่ที่ว่า การทำร้ายทุบตีภรรยาเป็นเรื่องปกติที่สามีหรือคู่รักสามารถทำได้ซึ่งส่งผลให้เด็กเหล่านี้กลายเป็นผู้ได้รับความรุนแรงจากคู่ของตนในอนาคต (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2546) อีกทั้งการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรมและทางอารมณ์ในวัยรุ่น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2549) เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งเรียนรู้และหล่อหลอมพฤติกรรมของเด็ก ดังนั้นเด็กที่เติบโตมาจากครอบครัวที่มีความรุนแรง โดยเฉพาะเด็กผู้ชายย่อมมีการเลียนแบบพฤติกรรมความรุนแรงและใช้ความรุนแรงเมื่อเป็นผู้ใหญ่ ส่วนเด็กผู้หญิงอาจเป็นผู้ได้รับความรุนแรงจากคู่รักของตน (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555) ในสตรีที่มีประวัติได้รับความรุนแรงในวัยเด็กจากสมาชิกในครอบครัวและเคยเห็นมารดาของตนถูกบิดาทำร้ายมีโอกาสได้รับความรุนแรงจากคู่รักสูงถึงร้อยละ 68.4 (ชินฤทัย กาญจนะจิตรา และสุภรต์ จรัสสิทธิ์, 2552) นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยของ Wiemann และคณะ (2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ พฤติกรรมเกี่ยวกับการได้รับความรุนแรงและลักษณะของคู่รักในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-18 ปี จำนวน 724 คน ซึ่งมาคลอดบุตรในโรงพยาบาลเครือข่ายมหาวิทยาลัยเท็กซัส ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กได้รับความรุนแรงทางร่างกายจากคู่รักของตนมากกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lindhorst และคณะ (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กจากผู้ปกครอง ความผิดปกติทางจิตและการได้รับความรุนแรงจากคู่รักในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-17 ปี จำนวน 240 คน พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 55.5 ที่เคยได้รับความรุนแรงจากผู้ปกครองในวัยเด็กมีโอกาสได้รับความรุนแรงจากคู่รักในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เมื่ออายุ 21.4 ปี และ 22.4 ปี ถึงร้อยละ 47 และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 9.9 ยังได้รับความรุนแรงทางเพศในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาอีกด้วย

สรุปได้ว่าประสบการณ์การได้รับความรุนแรงในวัยเด็กเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กหรือการพบเห็นความรุนแรงในครอบครัวมาก่อนสามารถถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นได้โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมที่พบเห็นนั้นในวัยเด็ก นั่นคือ การใช้ความรุนแรงเป็นพฤติกรรมที่มาจากการลอกเลียนแบบที่เกิดจากการพบเห็นหรือประสบกับเหตุการณ์ความรุนแรงใน

วัยเด็กมาก่อน เมื่อเด็กโตขึ้นจะส่งผลให้เป็นผู้ใหญ่ที่นิยมใช้ความรุนแรงหรือกลายเป็นผู้ได้รับความรุนแรงจากคู่ของตนได้ (Thananowan, 2005) จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การได้รับความรุนแรงในวัยเด็กในการวิจัยครั้งนี้

2.3.4.1.7 การใช้สารเสพติด

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความรุนแรง ทั้งนี้เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจในการกระทำจึงทำให้เกิดความรุนแรงขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2549) ดังเช่นผลการวิจัยของ Wiemann และคณะ (2000) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงทางกายในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ การสูบบุหรี่ทุกวัน มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเสพติด และมีการใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป รวมทั้งมีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะตั้งครรภ์ด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Covington และคณะ (2001) ที่ศึกษาเกี่ยวกับระดับความรุนแรง บริเวณที่ได้รับความรุนแรง และผลกระทบของความรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยรุ่นใหญ่ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ สถานดูแลสุขภาพแห่งหนึ่ง ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 13-40 ปี จำนวน 545 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงในระดับสูงมีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงในระดับต่ำกว่าหรือสตรีที่ไม่ได้รับความรุนแรงถึง 3.9 เท่า (RR = 3.9, 95% CI = 1.5-10.3, $p < .05$) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ Silverman และคณะ (2004) เกี่ยวกับความรุนแรงทางกาย ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศและการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น ในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 อายุระหว่าง 14-18 ปี จำนวน 6,864 คน พบว่าร้อยละ 9.8 ของสตรีวัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงจากคู่อีกมีปัจจัยเสี่ยงทางเพศที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี ไม่ใช่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติดและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ มีจำนวนคู่นอนมากกว่า 3 คน ภายในเวลา 3 เดือน และสตรีเหล่านี้ร้อยละ 17.7 มีโอกาสที่จะได้รับความรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยของ Karaoglu และคณะ (2005) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของความรุนแรงทางกาย ทางอารมณ์และทางเพศ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 824 คน ในประเทศเม็กซิโก ผลการวิจัยพบว่าการสูบบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์สามารถทำนายการได้รับความรุนแรงทุกชนิดที่กล่าวมาแล้วข้างต้นได้มากถึง 1.6 เท่า (OR = 1.6, 95% CI = 1.11-2.42, $p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า การใช้สารเสพติดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุนมีความสัมพันธ์กับการได้รับความรุนแรงจากคู่อริหรือสามี เนื่องจากสารเสพติดที่ใช้มีผลกระทบต่อความสามารถในการใช้เหตุผลและการตัดสินใจ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้แยกกลุ่มอายุระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุนและสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่อย่างชัดเจน (Karaoglu et al., 2005) ทำให้มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยดังกล่าวในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุนมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยดังกล่าวในการวิจัยครั้งนี้

2.3.4.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในครอบครัว เช่น ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และเศรษฐกิจของครอบครัว รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.4.2.1 ลักษณะครอบครัว

สตรีที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายที่มีบิดามารดา พี่น้อง และญาติอาศัยอยู่ร่วมด้วยในบ้านเดียวกันหรืออาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกันจะเป็นปัจจัยในการลดความรุนแรงจากคู่สมรสได้ แต่ถ้าสตรีผู้นั้นอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวหรืออาศัยอยู่กับสามีเพียงลำพัง สามีอาจแสดงอำนาจเหนือกว่าสตรีผู้นั้น ได้อย่างเต็มที่จนก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น (เช่นฤทัย กาญจนะจิตรา และสุภรต์ จรัสสิทธิ์, 2552) ตัวอย่างเช่น ผลงานวิจัยของ Karaoglu และคณะ (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของความรุนแรงทางร่างกาย ทางอารมณ์และทางเพศ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวได้รับความรุนแรงทั้งสามชนิดคิดเป็นร้อยละ 32.7 ซึ่งมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายที่พบร้อยละ 30.2 สอดคล้องกับ อารมณ์ เสี่ยงแหลม, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และนพวรรณ เปียเชื้อ (2554) ที่ทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรีในสังคมไทย โดยรวบรวมงานวิจัยในสตรีตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรง จำนวน 21 เรื่อง พบว่า ประเภทของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการได้รับความรุนแรง กล่าวคือ ครอบครัวเดี่ยวจะมีโอกาสเกิดความรุนแรงได้มากกว่าครอบครัวขยาย เพราะสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีโอกาสได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวของตนหรือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ น้อยจึงมีโอกาสได้รับความรุนแรงมากกว่าการอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย

ไม่นำลักษณะครอบครัวมาศึกษาเพราะอาจมีความเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

2.3.4.2.2 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการอยู่ร่วมกันระหว่างสามีภรรยา การที่สามีภรรยามีความรักใคร่ผูกพันกัน มีความห่วงใยและเอื้ออาทรต่อกัน มีการพูดคุยสื่อสารระหว่างกันและเข้าใจซึ่งกันและกันจะทำให้ลดโอกาสเกิดความรุนแรงต่อกันได้ แต่ถ้าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดีจะก่อให้เกิดความขัดแย้งได้ง่าย นำมาซึ่งความตึงเครียดระหว่างคู่สมรสและก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น (ภควดี ศรีประเสริฐ, 2548) สำหรับในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงจากคู่อีกจากการมีสัมพันธภาพกับคู่ของตนไม่ดีอาจมีสาเหตุมาจากวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความต้องการความรัก ความเอาใจใส่ จากคู่อีกหรือสามีของตน รวมทั้งวัยรุ่นยังมีวุฒิภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจน้อย ตลอดจนขาดประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวเมื่อเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ เมื่อเกิดปัญหาในครอบครัวจึงทำให้เกิดความตึงเครียดได้ง่าย นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบางรายถูกสามีทอดทิ้งจากความหวาดระแวงว่าทารกในครรภ์อาจไม่ใช่บุตรของตนเนื่องจากการมีคู่นอนหลายคนเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นจึงนำไปสู่การทะเลาะวิวาทจนส่งผลให้ได้รับความรุนแรงจากคู่ของตนได้ (Srisutham, 2003; Kulkarni, 2009) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่นำสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมาศึกษาเนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่มีความขัดแย้งกันซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดความรุนแรง

2.3.4.2.3 เศรษฐฐานะของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีฐานะยากจนมีโอกาสได้รับความรุนแรงได้ (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2546) เนื่องจากความยากจนจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดขึ้น นำไปสู่วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดอันเป็นสาเหตุของการเกิดความรุนแรง (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555) ซึ่งมีงานวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวที่มีสภาพเศรษฐกิจต่ำ สามีต้องทำหน้าที่รับผิดชอบสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวเพียงลำพังจนเป็นเหตุให้เกิดความเครียดอันก่อให้เกิดความรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์ได้ (Audi et al., 2008) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่นำ เศรษฐฐานะของครอบครัวมาศึกษาเพราะจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสมาชิกใน

ครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำอาจเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดจนเป็นเหตุให้เกิดความรุนแรงซึ่งการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

2.3.4.3 ปัจจัยทางเพศสัมพันธ์

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการทางเพศของบุคคลและสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เช่น อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และจำนวนคู่นอน รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.4.3.1 อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการได้รับความรุนแรงได้ง่าย เนื่องจากสตรีที่มีอายุน้อยอาจมีความสามารถในการตัดสินใจและมีทักษะในการแก้ไขปัญหาในระดับต่ำ เช่น การวิจัยของ Stock, Bell, Boyer, และ Connell (1997) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประวัติการได้รับความรุนแรงทางเพศกับการตั้งครรภ์ในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2, 4, 6 จำนวน 3,128 คน จากโรงเรียนจำนวน 70 แห่ง ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนหญิงที่มีประวัติได้รับความรุนแรงทางเพศเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี และไม่ใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดใดเลยถึง 2 เท่า (OR = 2.09, 95% CI = 1.45-3.00, $p < .05$) สำหรับการวิจัยของ Kellogg, Hoffman & Taylor (1999) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ทางเพศ การได้รับความรุนแรง และพฤติกรรมเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์และมารดาวัยรุ่น อายุระหว่าง 13-21 ปี จำนวน 166 คน พบว่า สตรีตั้งครรภ์และมารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงทางเพศมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 11.6 ปี ซึ่งน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์และมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรงทางเพศซึ่งมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 14.8 ปี สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Silverman และคณะ (2004) พบว่าความชุกของสตรีวัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงจากคู่อรั้งมีถึงร้อยละ 9.8 โดยพบปัจจัยเสี่ยงทางเพศที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี การที่คู่นอนไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติดและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ การมีจำนวนคู่นอนมากกว่า 3 คน ภายในเวลา 3 เดือน และสตรีเหล่านี้ร้อยละ 17.7 มีโอกาสที่จะได้รับความรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีการตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับการวิจัยของสถาบันวิจัยสุขภาพครอบครัวระหว่างประเทศ (Family Health International, 2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การได้รับความรุนแรงทางเพศ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์วัยรุ่น ในกลุ่มสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และไม่ได้ตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 1,130 คน ในประเทศจาไมกาและอุกันดาพบว่า สตรี

ตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 54 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 14 ปี และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดจากการได้รับความรุนแรงถึงร้อยละ 7

จะเห็นได้ว่า การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการได้รับความรุนแรง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบันที่นำเสนอพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม โดยผ่านช่องทางของสื่อในรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ หรือหนังสือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศ ทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ที่อายุน้อยลง ประกอบกับการที่ตัววัยรุ่นเองยังมีวุฒิภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจไม่มั่นคง มีอารมณ์แปรปรวนและรุนแรง เกิดความหึงหวงจากความรักได้ง่ายจนเป็นเหตุให้เกิดความรุนแรงขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยที่พบเป็นการศึกษาในช่วงอายุของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่รวมกัน โดยไม่ได้แยกกลุ่มอายุอย่างชัดเจนและศึกษาในกลุ่มสตรีวัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่อการเกิดความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

2.3.4.3.2 จำนวนคู่นอน

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการได้รับความรุนแรงจากคู่อรักหรือสามี พบว่าจำนวนคู่นอนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงเช่นกัน จากงานวิจัยของ Stock และคณะ (1997) พบว่านักเรียนหญิงที่มีประวัติได้รับความรุนแรงทางเพศมักจะมีจำนวนคู่นอนมากกว่าหนึ่งคนคิดเป็น 1.4 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนหญิงที่ไม่มีประวัติได้รับความรุนแรงทางเพศ (OR = 1.40, 95% CI = 1.01-1.95, $p < .05$) ในขณะที่ Silverman และคณะ (2004) พบว่าร้อยละ 9.8 ของสตรีวัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงจากคู่อรักมีปัจจัยเสี่ยงทางเพศที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง โดยเฉพาะการมีจำนวนคู่นอนมากกว่า 3 คน ภายในเวลา 3 เดือน สตรีวัยรุ่นเหล่านี้ร้อยละ 17.7 มีโอกาสที่จะได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้นเมื่อมีการตั้งครรภ์ สำหรับงานวิจัยของ Manseau, Fernet, Hébert, Collin-Vézina และ Blais (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการได้รับความรุนแรงจากคู่อรักในสตรีวัยรุ่นชาวแคนาดาที่มีอายุระหว่าง 12-18 ปี จำนวน 196 คน พบว่าสตรีวัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมีจำนวนคู่นอนหลายคน โดยร้อยละ 37.2 มีจำนวนคู่นอนมากถึง 10 คน เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีวัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรงซึ่งพบเพียงร้อยละ 3.25

จะเห็นได้ว่าจำนวนคู่นอนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับความรุนแรงในสตรีวัยรุ่นทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในปัจจุบันที่มีการสื่อสารที่รวดเร็วทันสมัยซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งของการรับวัฒนธรรมและค่านิยมของชาวต่างชาติเข้ามาในสังคมไทยรวมถึงเรื่องเพศที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการมีจำนวนคู่นอนหลายคนซึ่งเป็น

ค่านิยมใหม่ที่ส่งผลให้วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีคู่นอนหลายคน เมื่อเกิดการตั้งครรภ์สามีหรือคู่อริ อาจจะไม่ยอมรับว่าทารกในครรภ์เป็นบุตรของตนซึ่งอาจทำให้เกิดความขัดแย้งจนก่อให้เกิดความรุนแรง ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับจำนวนคู่นอนต่อการเกิดความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

2.3.4.4 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

เป็นประวัติของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เช่น จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และการวางแผนการตั้งครรภ์ รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.4.4.1 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

การได้รับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์มีความเกี่ยวข้องกับความถี่ของการตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้น โดยมีการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงส่วนใหญ่จะมีการตั้งครรภ์หลายครั้งเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .022$) (Heaman, 2005) โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงจากคู่อริจะมีจำนวนการตั้งครรภ์มากกว่าหนึ่งครั้ง (Taft & Watson, 2007) เนื่องจากการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นส่วนหนึ่งเกิดจากการได้รับความรุนแรงทางเพศ ประกอบกับวัยรุ่นบางรายมีการใช้สารเสพติดหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการใช้สารเสพติดดังกล่าวอาจส่งผลทำให้วัยรุ่นขาดการยั้งคิด ขาดการควบคุมตนเอง ตลอดจนมีความสามารถในการใช้เหตุผลและการตัดสินใจลดลงจนก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นได้ นอกจากนี้สตรีวัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงทางเพศส่วนใหญ่นั้นพบว่าคู่นอนจะไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยหรือวิธีคุมกำเนิดชนิดใดชนิดหนึ่งเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ (Saewyc et al., 2004) รวมถึงวัยรุ่นเองก็เป็นวัยที่ขาดทักษะที่ดีในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นจึงมีโอกาสได้รับความรุนแรงตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดและการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงไม่นำจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มาศึกษาในครั้งนี้

2.3.4.4.2 การวางแผนการตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับความรุนแรงทางเพศซึ่งการตั้งครรภ์ดังกล่าวมักเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือเป็นการตั้งครรภ์ที่

ไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน (Taillieu & Brownridge, 2010) เช่น การวิจัยของ Gessner และ Perham-Hester (1998) พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนมาก่อนจะได้รับความรุนแรงในขณะตั้งครรภ์ได้มากถึง 2.5 เท่า (OR = 2.5, 95% CI = 1.7-3.8, $p < .05$) อีกทั้งสตรีที่ได้รับความรุนแรงในขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่พบว่า คู่รักหรือสามีจะไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเพราะไม่แน่ใจว่าทารกในครรภ์เป็นบุตรของตนจริง ตลอดจนความไม่พร้อมทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวจึงยังไม่ต้องการให้มีการตั้งครรภ์ขึ้น (Srisutham, 2003; Kulkarni, 2009; Taillieu & Brownridge, 2010) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่นำปัจจัยเกี่ยวกับการวางแผนการตั้งครรภ์มาศึกษา เพราะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในช่วงวัยเรียนซึ่งมักเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และไม่มีการวางแผนมาก่อน

2.3.4.5 ปัจจัยทางจิตสังคม

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับคนในชุมชนหรือสถานที่ทำงานที่ช่วยเหลือกัน ซึ่งมีผลต่อจิตใจของบุคคล เช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.4.5.1 การสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (Banyard, Cross & Modecki, 2006) โดยเฉพาะการได้รับความช่วยเหลือจากบิดามารดา พี่น้อง ญาติหรือเพื่อนไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษาและการให้แหล่งพักพิง การมีแหล่งสนับสนุนที่ดีดังกล่าวช่วยในการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการแยกจากคู่สมรสของตนเพื่อหลีกเลี่ยงความรุนแรงที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ (เช่น ฤทัย กาญจนะจิตร และสุภรณ์ จรัสสิทธิ์, 2552) ดังเช่นผลการวิจัยของ Stock และคณะ (1997) พบว่า นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่ได้รับความรุนแรงทางเพศส่วนใหญ่มักจะขาดการดูแลจากผู้ปกครอง มีการขาดเรียนบ่อย และเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ น้อยกว่ากลุ่มนักเรียนหญิงที่ไม่มีประวัติได้รับความรุนแรงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับงานวิจัยของ Renker (1999) พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมักได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wiemann และคณะ (2000) ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบิดาของทารกในครรภ์น้อยกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .012$)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงส่วนใหญ่มักจะขาดการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากวัยรุ่นยังขาดประสบการณ์ในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และขาดทักษะในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งบริการต่างๆ ทำให้วัยรุ่นมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างน้อยส่งผลต่อการได้รับความรุนแรงได้ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ความรุนแรงสามารถส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อยจนกระทั่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต แม้ว่าปัจจุบันปัญหาความรุนแรงในประเทศไทยจะได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น แต่การวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ความรุนแรงในเด็กและสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีมากมายหลายปัจจัย ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย มีสถานภาพโสดจะมีโอกาสได้รับความรุนแรงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่และสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสคู่ รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาต่ำมักจะไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเหล่านี้ไม่มีรายได้เป็นของตนเองจึงจำเป็นต้องพึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจจากคู่รักหรือสามีซึ่งเพิ่มโอกาสต่อการได้รับความรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวโดยไม่มีญาติอาศัยอยู่ด้วยมีโอกาสได้รับความรุนแรงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อาศัยในครอบครัวขยายที่มีญาติอยู่ด้วย ตลอดจนการอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจไม่ดี หรือการมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดีก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเช่นกัน สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงส่วนใหญ่ค่อนข้างมักไม่ใช่ถูกข่มขืนหรือมีเพศสัมพันธ์เพราะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบางรายมีเพศสัมพันธ์จากการถูกบังคับโดยคู่รักหรือสามี ทำให้ไม่กล้าต่อรองให้คู่ของตนใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เพราะกลัวว่าจะถูกทำร้ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบอีกว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีประวัติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน มีการตั้งครรภ์หรือแท้งบุตรมากกว่าหนึ่งครั้ง ตลอดจนการมีคุณค่าในตนเองต่ำและมีภาวะซึมเศร้ามักจะได้รับความรุนแรงจากคู่รักหรือสามีอีกด้วย ซึ่งปัจจัยดังที่กล่าวมาข้างต้นผลการวิจัยส่วนใหญ่สรุปสอดคล้องกันแล้วว่าเป็นปัจจัยที่พบในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรง สำหรับปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจศึกษามี 5 ปัจจัย คือ ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและยังมีผลการวิจัยจำนวนน้อย อีกทั้งผลการวิจัยที่พบเป็นการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์อายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งแยกไม่ได้ว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ผลการวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มาจากต่างประเทศจึงมี

ข้อจำกัดในแง่ของบริบทสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ส่วนในประเทศไทยพบงานวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพียงเรื่องเดียว (ครุณีย์ บัวบุญ, 2544) ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของความรุนแรงต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเลือกปัจจัยเพียง 5 ปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาว่ามีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในบริบทและวัฒนธรรมของสังคมไทยได้หรือไม่



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน) และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วยประชากรและกลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก โดยการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น
2. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
3. ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตามคำฟังเนื่องจากมีผู้ปกครอง ญาติ หรือเด็กที่สามารถสื่อสารได้ (อายุ 3 ปีขึ้นไป) อยู่ด้วยในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria)

ผู้เข้าร่วมการวิจัยรู้สึกไม่สบายใจในการตอบข้อคำถามบางข้อหรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้เนื่องจากหวนระลึกถึงเหตุการณ์เก่าๆ ถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะให้เวลาหยุดพักและสอบถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามต่อแล้วก็ตาม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผู้เข้าร่วมการวิจัยรายใดยุติการเข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Peng, Lee, Ingersoll (2002) ซึ่งเป็นสูตรสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ logistic regression โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากอัตราส่วนของกลุ่มตัวอย่างต่อตัวแปรอิสระซึ่งมีค่าเท่ากับ 10 ตัวอย่างต่อจำนวนตัวแปรอิสระ 1 ตัว ทั้งนี้สามารถเพิ่มกลุ่มตัวอย่างได้อีกอย่างน้อยที่สุด 50 คน และสูงสุดไม่เกิน 100 คน เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยทำนาย 5 ปัจจัย เพิ่มกลุ่มตัวอย่างสูงสุด 100 คน เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น (บุญธรรมกิจปริดาภิสุทธิ, 2547) โดยมีสูตรดังนี้

$$n = 10k + 100$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปร

แทนค่าในสมการ
$$n = (10 \times 5) + 100$$

$$= 150$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 150 คน

3.3 สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการรับฝากครรภ์ทั้งสตรีตั้งครรภ์ปกติและสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. ให้บริการฝากครรภ์สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกวันพุธ ปัจจุบันมีสตรีตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยนี้ประมาณ 100-200 คนต่อเดือน เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นประมาณ 30 คนต่อเดือน ในการวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

2. หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการรับฝากครรภ์ทั้งสตรีตั้งครรภ์ปกติและสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. ให้บริการฝากครรภ์สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกวันอังคาร ปัจจุบันมีสตรีตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยนี้ประมาณ 200 คนต่อเดือน เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นประมาณ 50-60 คนต่อเดือน ในการวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน

3. หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการรับฝากครรภ์ทั้งสตรีตั้งครรภ์ปกติและสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.30-16.00 น. โดยให้บริการฝากครรภ์สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกวันอังคาร ปัจจุบันมีสตรีตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ประมาณ 300 คนต่อเดือน เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นประมาณ 100 คนต่อเดือน ในการวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

4. หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการรับฝากครรภ์ทั้งสตรีตั้งครรภ์ปกติและสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง โดยให้บริการในวันจันทร์ วันพุธ และวันพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น. ให้บริการฝากครรภ์สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกวันพฤหัสบดี ปัจจุบันมีสตรีตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยนี้ประมาณ 300 คนต่อเดือน เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นประมาณ 100 คนต่อเดือน ในการวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน

การบริการของหน่วยฝากครรภ์ทั้ง 4 แห่ง มีขั้นตอนการฝากครรภ์เหมือนกัน ประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ นิควักซิ่น

ป้องกันบาดเจ็บ และ การตรวจครรภ์ ยกเว้น โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชซึ่งเพิ่มการตรวจภายใน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด (3) แบบคัดกรองความรุนแรง และ (4) แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ รวมข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิดจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ อายุของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุของคู่รักหรือสามี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ระดับการศึกษาของคู่รักหรือสามี อาชีพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการใช้วิธีคุมกำเนิด เป็นต้น หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรายใดตอบ “เคย” ในข้อคำถามข้อใดข้อหนึ่งเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งให้ถือว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรายนั้นมีการใช้สารเสพติด

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอด ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการคลอด การแท้ง การวางแผนการตั้งครรภ์ การยอมรับการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก คัดลอกจากแบบบันทึกการฝากครรภ์ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข ส่วนการวางแผนการตั้งครรภ์ และการยอมรับการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามและบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

ชุดที่ 3 แบบคัดกรองความรุนแรง (Abuse Assessment Screen: AAS)

แบบคัดกรองความรุนแรงสร้างโดย McFarlane, Parker, Soeken และ Bullock (1992) ใช้สำหรับคัดกรองความรุนแรงทางร่างกาย ทางจิตใจ และทางเพศ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรายใดตอบ “ใช่” ในข้อคำถามข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรายนั้นได้รับความรุนแรงมาก่อน

McFarlane และคณะ (1992) ได้นำแบบคัดกรองนี้ไปเก็บข้อมูลในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ชาวแอฟริกันอเมริกัน ชาวอเมริกันพื้นเมือง และชาวอเมริกันที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี จำนวน 691 คน เพื่อหาค่าความเที่ยง (reliability) ด้านความคงที่ (stability) ของเครื่องมือด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest) โดยเก็บข้อมูลในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและประเมินซ้ำอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์เข้าสู่ไตรมาสที่ 2 และ 3 ได้ค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.83 และพบว่ามีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) อยู่ในระดับดี (Basile, Hertz & Back, 2007) เครื่องมือนี้ได้รับความนิยมนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั้งในประเทศแถบอเมริกา ยุโรป และเอเชีย จึงถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพสำหรับการคัดกรองความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ (McFarlane et al., 1992)

นันทนา ธนาโวรรณ (Thananowan, 2004) ได้นำแบบคัดกรองดังกล่าวมาแปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back translation) เพื่อให้เนื้อหาของแบบสอบถามมีความหมายใกล้เคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษมากที่สุด จากนั้นได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 475 คน ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้ค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือด้านความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93

ชุดที่ 4 แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS)

แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติสร้างโดย Zimet, Dahlem, Zimet และ Farley (1988) โดยใช้แนวคิดของ Thoits (1986) ที่กล่าวว่าผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ที่มีความเครียดต่างๆ สามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น บิดามารดา เพื่อน และบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายทางสังคม เครื่องมือนี้ใช้สำหรับประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม 3 แหล่ง (ได้แก่ บุคคลสำคัญ ครอบครัว และเพื่อน) โดยมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามในแต่ละแหล่งๆ ละ 4 ข้อ กล่าวคือ ด้านบุคคลสำคัญ (ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 5, 10) ด้านครอบครัว (ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 8, 11) และด้านเพื่อน (ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 9, 12) ลักษณะคำตอบเป็นแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยที่สุด) ถึง 7 (เห็นด้วยที่สุด) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยที่สุด
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
3	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
4	หมายถึง	มีความเห็นเป็นกลาง
5	หมายถึง	เห็นด้วยเล็กน้อย
6	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างมาก
7	หมายถึง	เห็นด้วยที่สุด

การแปลผลคิดจากคะแนนรวมทั้งหมดซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง 12-84 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

Zimet และคณะ (1988) นำเครื่องมือนี้ไปใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีอายุระหว่าง 17-22 ปี แบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 136 คน เพศชายจำนวน 139 คน เพื่อทดสอบค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือด้านความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแหล่งสนับสนุนทั้ง 3 แหล่ง ดังนี้ ด้านบุคคลสำคัญเท่ากับ 0.91 ด้านครอบครัวเท่ากับ 0.87 และด้านเพื่อนเท่ากับ 0.85 ตามลำดับ และได้ค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 ต่อมาในปี 1990 Zimet, Powell, Farley, Werkman และ Berkoff ได้นำเครื่องมือนี้มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายจำนวน 394 คน ได้แก่ กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 16-42 ปี จำนวน 265 คน กลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 74 คน และกลุ่มกุมารแพทย์ที่มีอายุระหว่าง 24-38 ปี จำนวน 55 คน ได้ค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือด้านความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแหล่งสนับสนุนทั้ง 3 แหล่ง ดังนี้ ด้านบุคคลสำคัญเท่ากับ 0.83-0.98 ด้านครอบครัวได้เท่ากับ 0.81-0.90 และด้านเพื่อนเท่ากับ 0.90-0.94 ส่วนค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือโดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.84-0.92 ตามลำดับ

พิทักษ์พล บุญยมาลิก (Boonyamalik, 2005) ได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาแปลเป็นภาษาไทยโดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back translation) เพื่อให้เนื้อหาของแบบสอบถามมีความหมายใกล้เคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษมากที่สุด จากนั้นได้นำเครื่องมือนี้มาเก็บข้อมูลในกลุ่มวัยรุ่นไทยที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาที่มีอายุระหว่าง 15-17 ปี จำนวน

1,130 คน ได้ค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือด้านความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 ซึ่งต่อมานพพร ว่องสิริมาศ (Vongsirimas, 2009) ได้นำเครื่องมือนี้ไปเก็บข้อมูลในวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ซึ่งมารดาามีภาวะซึมเศร้า จำนวน 460 คน ได้ค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือด้านความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าเครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยง (reliability) อยู่ในระดับดี เพราะสามารถนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันได้

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือทั้งหมดจำนวน 4 ชุด ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย (1) สูติแพทย์ (2) อาจารย์พยาบาลสาขามารดาและทารก และ (3) พยาบาลประจำแผนกสูตินรีเวช จากนั้นจึงนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและนำไปเก็บข้อมูลในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-19 ปี ที่มารับบริการ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก จำนวน 151 คน สำหรับเครื่องมือที่ระดับการวัดเป็นแบบเลือกตอบ (check-list) คือ แบบคัดกรองความรุนแรง (AAS) ผู้วิจัยนำมาหาค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือด้านความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82 และเครื่องมือที่มีระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) คือ แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (MSPSS) ผู้วิจัยนำมาหาค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือด้านความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .89

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ภายหลังจากได้รับหนังสืออนุมัติในการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัยที่ออกโดยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อผู้วิจัยได้รับหนังสืออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้งสี่แห่งแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ และพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลทั้งสี่แห่งตามลำดับ เพื่อแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หน่วยฝากครรภ์ ในวันที่ให้บริการคลินิกฝากครรภ์ สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนี้ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เก็บข้อมูลวันพุธ ตั้งแต่เวลา 7.00-12.00 น. โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เก็บข้อมูลวันอังคาร ตั้งแต่เวลา 7.00-12.00 น. โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร เก็บข้อมูลวันอังคาร ตั้งแต่เวลา 7.00-16.00 น. และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก เก็บข้อมูลวันพฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 7.00-12.00 น. โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ที่โต๊ะคัดกรองในแต่ละวัน เพื่อคัดเลือกสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-19 ปี ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพยาบาลคัดกรองผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้ว พยาบาลขออนุญาตสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นให้ผู้วิจัยเข้าพบ เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลระยะเวลาการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทราบ โดยผู้วิจัยจะพาสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไปยังห้องตรวจครรภ์ที่ใช้สำหรับการเรียนการสอนของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ว่างเว้นจากการเรียนการสอน ซึ่งเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัวมากที่สุด รวมทั้งแจกเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย (participant information sheet) ให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอ่านและทำความเข้าใจก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

5. สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรายใดที่มีความประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัยจะต้องแสดงเจตนายินยอมด้วยวาจาโดยไม่ต้องลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้การยินยอมด้วยวาจาเปรียบเสมือนการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

6. จากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามจำนวน 4 ชุดให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

(3) แบบคัดกรองความรุนแรง และ (4) แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 38 ข้อ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกจัดให้อยู่ในห้องตรวจครรภ์ที่ใช้สำหรับการเรียนการสอนของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ว่างเว้นจากการเรียนการสอนซึ่งเป็นห้องที่มีความสงบและปลอดภัย โดยไม่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยนอกจากผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้วิจัยเท่านั้น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความเป็นส่วนตัวมากที่สุด เพื่อทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากผู้เข้าร่วมการวิจัยแจ้งความประสงค์ให้ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟัง ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามและให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบทีละข้อโดยไม่เร่งรัด โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบลงในแบบสอบถามแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งคาดว่าจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 20 นาที

7. หลังจากผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามทั้งหมดเสร็จแล้ว ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับแผ่นพับเรื่อง “ริบบิ้นสีขาว” ซึ่งมีเบอร์โทรศัพท์สถานที่ให้ความช่วยเหลือทุกราย จากนั้นจึงนำแบบสอบถามมาหย่อนในกล่องกระดาษปิดมิดชิดที่มีช่องสำหรับหย่อนแบบสอบถาม ซึ่งตั้งอยู่ในห้องตรวจครรภ์ข้างต้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะรวบรวมแบบสอบถามในแต่ละวันไปทำการวิเคราะห์ต่อไป

3.7 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

หลังจากที่โครงร่างการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จังหวัดพิจิตร โลก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิจิตร โลก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ในเบื้องต้นผู้วิจัยจะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมวิจัย กระบวนการวิจัย และการเก็บรักษาความลับของข้อมูลให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบเป็นรายบุคคล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรายใดที่มีความประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัยจะต้องแสดงเจตนายินยอมด้วยวาจาโดยไม่ต้องลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบกับการรับบริการฝากครรภ์ตามปกติของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จังหวัดพิจิตร โลก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิจิตร โลก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัด

กำแพงเพชร และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบแบบสอบถามในข้อคำถามข้อใดข้อหนึ่งที่ทำให้รู้สึกสะเทือนใจ

สำหรับการป้องกันความลับของข้อมูลและความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ห้องตรวจครรภ์ที่ใช้สำหรับการเรียนการสอนนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในขณะที่ว่างเว้นจากการเรียนการสอน เพื่อให้มีความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวมากที่สุด ขณะที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามจะไม่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วย นอกจากผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้วิจัยเท่านั้นแบบสอบถามทุกชุดจะใช้รหัสแทนการระบุชื่อ-นามสกุล หลังจากที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว แบบสอบถามทุกชุดจะถูกหย่อนลงในกล่องกระดาษปิดมิดชิดที่มีช่องสำหรับหย่อนแบบสอบถามซึ่งตั้งอยู่ในห้องตรวจครรภ์ดังกล่าว สำหรับการเข้าถึงข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักเท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ในแต่ละวัน โดยแบบสอบถามทุกชุดและเอกสารที่เก็บรวบรวมได้จะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารส่วนตัวของผู้วิจัยซึ่งมีกุญแจล็อกไว้ตลอดเวลา ตู้เอกสารนี้จัดตั้งอยู่ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร สำหรับการผ่านเข้าออกคณะพยาบาลศาสตร์จะมีพนักงานรักษาความปลอดภัยเฝ้าดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องหรือบุคคลภายนอกคณะพยาบาลศาสตร์จึงไม่สามารถผ่านเข้าออกได้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะทำลายแบบสอบถามซึ่งมีข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้นไปแล้ว 1 ปี ด้วยเครื่องย่อยกระดาษ เพื่อเป็นการรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและการกระจายตัวของข้อมูล จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ชนิดของการได้รับความรุนแรงจากแบบคัดกรองความรุนแรง (AAS) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่และร้อยละ

4. คะแนนแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (MSPSS) ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. วิเคราะห์อำนาจทำนายความรุนแรงที่เกิดจากกลุ่มสมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression) แบบวิธีเข้าทั้งหมดพร้อมกัน (Enter method) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ว่าเป็นไปตามข้อตกลงการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression)

5.1 ตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ ส่วนตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพที่มีค่าเพียง 2 ค่า (dichotomous variable) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรตาม คือ ความรุนแรงที่เกิดจากกลุ่มสมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับความรุนแรงให้เป็น 1 และกลุ่มที่ไม่ได้รับความรุนแรงให้เป็น 0

5.2 ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) เพื่อตรวจสอบว่าตัวแปรอิสระข้างต้นไม่มีความสัมพันธ์กันสูงมาก (Multicollinearity) เพราะหากมีความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจส่งผลให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายมีค่าลดลง (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549; บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression) แบบวิธีเข้าพร้อมกันทั้งหมด (Enter method) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคมกับตัวแปรตาม คือ ความรุนแรงที่เกิดจากกลุ่มสมรส โดยนำเข้าวิเคราะห์พร้อมกันในขั้นตอนเดียว พร้อมทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression) ด้วยวิธี Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน) และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ 4 แห่ง ได้แก่ (1) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก (2) โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก (3) โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และ (4) โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556 ถึง มกราคม พ.ศ. 2557 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์จึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติม 6 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 156 คน เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามพบว่าไม่มีแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จำนวน 5 ฉบับ ดังนั้นคงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ จำนวน 151 คน ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคมกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน การสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) แบบวิธีเข้าทั้งหมดพร้อมกัน (Enter method)

**ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนาหา
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละ**

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 151)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุสตรีตั้งครรภ์ (ปี)		
13-14	5	3.3
15-17	64	42.4
> 17	82	54.3
(Mean = 17.40, S.D. = 1.43, Min = 13, Max = 19)		
อายุสามี (ปี)		
14	1	0.7
15-17	24	15.9
18-20	55	35.3
> 20	75	48.1
(Mean = 21.83, S.D. = 4.82, Min = 14, Max = 38)		
สถานภาพสมรส		
คู่	135	89.4
หม้าย/หย่า/แยก	16	10.6
ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์		
ประถมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่า	21	13.9
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)	73	48.3
มัธยมศึกษาปีที่ 4 หรือสูงกว่า	57	37.8
ระดับการศึกษาของสามี		
ประถมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่า	24	15.9
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)	63	41.7
มัธยมศึกษาปีที่ 4 หรือสูงกว่า	58	38.4
ไม่ทราบข้อมูล	6	4

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 151) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	62	41.1
นักเรียน/นักศึกษา	29	19.2
รับจ้างทั่วไป	60	39.7
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
≤ 5,000	34	22.5
5,001-10,000	57	37.7
10,001-15,000	24	15.9
15,001-20,000	16	10.6
> 20,000	20	13.2
(Mean = 12,970.86, S.D. = 11,461.83, Min = 1,000, Max = 90,000)		
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	68	45
ครอบครัวขยาย	83	55
ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก	13	8.6

จากตารางที่ 4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 17.40 ปี (S.D. = 1.43) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.3 มีอายุอยู่ในช่วง 18-20 ปี รองลงมาร้อยละ 42.4 มีอายุอยู่ในช่วง 15-17 ปี กลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยที่สุด คือ 13 ปี อายุมากที่สุด คือ 19 ปี ส่วนสามมีอายุเฉลี่ย 21.83 ปี (S.D. = 4.82) สามมีร้อยละ 48.1 มีอายุมากกว่า 20 ปี สามมีอายุน้อยที่สุด คือ 14 ปี อายุมากที่สุด คือ 38 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 89.4 มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.3 จบการศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1- ม.3) รองลงมาร้อยละ 37.7 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 หรือสูงกว่า ส่วนสามมีร้อยละ 45.3 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3) รองลงมาร้อยละ 38.4 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 หรือสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาร้อยละ 39.7 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 12,970.86 บาท/เดือน

(S.D.=11,461.83) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.2 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 อยู่ในครอบครัวขยาย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8.6 มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของสารเสพติด (n = 151)

สารเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
สูบบุหรี่		
ไม่เคย	139	92.1
เคย	12	7.9
ความถี่ของการสูบบุหรี่ (n = 12)		
นานๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์)	7	58.3
บ่อยครั้ง (3-4 วัน/สัปดาห์)	3	25
เป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์)	2	16.7
ดื่มสุรา		
ไม่เคย	112	74.2
เคย	39	25.8
ความถี่ของการดื่มสุรา (n = 39)		
นานๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์)	31	79.5
บ่อยครั้ง (3-4 วัน/สัปดาห์)	3	7.7
เป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์)	5	12.8
การใช้สารเสพติดอื่นๆ		
ไม่เคย	149	98.7
เคย	2	1.3
การใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง	40	26.5

จากตารางที่ 4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.9 เคยสูบบุหรี่ โดย ร้อยละ 58.3 เป็นการสูบบุหรี่นานๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) สำหรับการดื่มสุราพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.8 เคยดื่มสุรา โดยร้อยละ 79.5 เป็นการดื่มนานๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) ส่วนการใช้สารเสพติด อื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.30 เคยใช้สารเสพติด โดยทั้งหมดเสพนานๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) ในที่นี้พบว่าทั้งการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดอื่นๆ เป็นพฤติกรรมที่พบในช่วง ก่อนการตั้งครรภ์เท่านั้น

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก
จำนวนก่อนและวิธีการคุมกำเนิด (n = 151)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี)		
11-14	33	21.9
15-17	105	69.5
18-19	13	8.6
(Mean = 15.57, S.D. = 1.42, Min = 11, Max = 19)		
จำนวนก่อน		
1	89	58.9
2	35	23.2
3	18	11.9
> 3	9	6
(Mean = 1.77, S.D. = 1.29, Min = 1, Max = 8)		
เคยใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง		
ไม่เคย	36	23.8
เคย	115	76.2

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก
จำนวนคู่นอนและวิธีการคุมกำเนิด (n = 151) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของการคุมกำเนิด		
ยาคุมชนิดรับประทาน	70	60.9
ถุงยางอนามัย	47	40.9
การหลั่งภายนอก	40	34.8
ยาคุมฉุกเฉิน	21	18.3
ยาฉีดคุมกำเนิด	14	12.2
โดยการนับวันปลอดภัย	3	2.6
ยาฝังคุมกำเนิด	1	0.9
ห่วงอนามัย	1	0.9

หมายเหตุ: กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 15.57 ปี (S.D. = 1.42) โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 69.5 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในขณะที่มีอายุระหว่าง 15-17 ปี อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยที่สุด คือ 11 ปี และมากที่สุด คือ 19 ปี กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งร้อยละ 58.9 มีจำนวนคู่นอนเพียงคนเดียว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.2 มีคู่นอนจำนวน 2 คน นอกจากนี้พบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 0.7 มีจำนวนคู่นอนมากที่สุด คือ 8 คน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.2 เคยใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.9 เคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด รองลงมาร้อยละ 40.9 เคยใช้ถุงยางอนามัย

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด (n = 151)

ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
1	119	78.8
2	28	18.5
3	3	2
4	1	0.7
จำนวนครั้งของการคลอด		
ไม่เคยคลอด	129	85.4
1	20	13.2
2	2	1.3
จำนวนครั้งการแท้ง		
ไม่เคยแท้ง	140	92.7
1	10	6.6
3	1	0.7
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)		
1-12	63	40.4
13-24	76	48.7
25-40	17	10.9
(Mean = 15.85, S.D. = 6.71, Min = 4 , Max = 36)		
ความตั้งใจในการมีบุตร		
ตั้งใจ	81	53.6
ไม่ตั้งใจ	70	46.4
การยอมรับการตั้งครรภ์		
ยอมรับ	149	98.7
เฉยๆ	2	1.3

จากตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 78.8 มีการตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ยเท่ากับ 15.85 สัปดาห์ (S.D. = 6.71) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.7 มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 13-24 สัปดาห์ รองลงมา ร้อยละ 40.4 มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุครรภ์ 1-12 สัปดาห์ และร้อยละ 10.9 มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุครรภ์ 25-40 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งร้อยละ 53.6 มีความตั้งใจในการมีบุตร ส่วนใหญ่ร้อยละ 98.7 ยอมรับการตั้งครรภ์ มีเพียงร้อยละ 1.3 ที่รู้สึกเฉยๆ กับการตั้งครรภ์ครั้งนี้

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของความรุนแรงที่ได้รับ (n = 151)

ชนิดของความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
เคยได้รับความรุนแรงทางกายหรือจิตใจในช่วงหนึ่งของชีวิต (AAS1)	27	17.9
ความรุนแรงทางกายใน 1 ปีที่ผ่านมา (AAS2)	23	15.2
ความรุนแรงทางกายขณะตั้งครรภ์ (AAS3)	11	7.3
ความรุนแรงทางเพศใน 1 ปีที่ผ่านมา (AAS4)	10	6.6
ความรู้สึกลัวตกตัวสามิขณะตั้งครรภ์ (AAS5)	25	16.6

หมายเหตุ: กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4.5 จากการประเมินความรุนแรงโดยใช้แบบคัดกรองความรุนแรง (AAS) จำนวน 5 ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบข้อคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ ในที่นี้หากตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” ให้ถือว่ากลุ่มตัวอย่างรายนั้นได้รับความรุนแรง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรุนแรงมีจำนวนทั้งหมด 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.2 เมื่อจำแนกตามชนิดของการได้รับความรุนแรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรุนแรงทางกายหรือจิตใจในช่วงหนึ่งของชีวิตร้อยละ 17.9 โดยได้รับความรุนแรงทางกายใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 15.2 ได้รับความรุนแรงทางกายขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 7.3 ได้รับความรุนแรงทางเพศใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 6.6 และได้รับความรุนแรงทางจิตใจร้อยละ 16.6

ตารางที่ 4.6 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม (n = 151)

การสนับสนุนทางสังคม	ช่วงคะแนนปกติ	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	\bar{X}	S.D.
คะแนนการสนับสนุนทางสังคม	12-84	13-84	67.23	11.47
ด้านบุคคลสำคัญ	4-28	4-28	23.57	4.25
ด้านครอบครัว	4-28	5-28	23.93	4.26
ด้านเพื่อน	4-28	4-28	19.73	1.43

จากตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของการสนับสนุนทางสังคมต่ำสุดเท่ากับ 13 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 84 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 67.23 คะแนน (S.D. = 11.47) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้านเรียงจากมากไปน้อย พบคะแนนเฉลี่ยด้านครอบครัวเท่ากับ 23.93 คะแนน (S.D. = 4.26) คะแนนเฉลี่ยด้านบุคคลสำคัญเท่ากับ 23.57 คะแนน (S.D. = 4.25) และคะแนนเฉลี่ยด้านเพื่อนเท่ากับ 19.73 คะแนน (S.D. = 1.43) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประวัตการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน การสนับสนุนทางสังคมและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation)

ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนทำการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) ในที่นี้ตัวแปรตาม คือ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสซึ่งมีคำตอบใช่และไม่ใช่ (Dichotomous variable) จึงกำหนดให้คำตอบใช่เท่ากับ 1 ไม่ใช่เท่ากับ 0 เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก จากนั้นตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ระหว่างตัวแปรต้นทั้งหมด (ประวัตการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคม) ผลการวิเคราะห์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ใดของตัวแปรต้นที่มีค่าสูงเกิน 0.8 (Multicollinearity) ดังตารางที่ 4.7 และตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน หรือ E(e) มีค่าเท่ากับศูนย์ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น หลังจากนั้นจึงนำตัวแปรต้นทั้งหมดและตัวแปรตามมาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression) แบบวิธีเข้าทั้งหมดพร้อมกัน (Enter method) ได้ดังผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation) (n = 151)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ประวัตการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก	1					
2. การใช้สารเสพติด	.189*	1				
3. อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	-.128	-.131	1			
4. จำนวนคู่นอน	.003	.263**	-.31**	1		
5. การสนับสนุนทางสังคม	-.234**	-.071	.001	-.111	1	
6. การได้รับความรุนแรง	.185*	.19*	-.054	.037	-.221*	1

* p < .05, ** p < .01

จากตารางที่ 4.7 จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ผลการวิเคราะห์พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นทั้งหมดกับความรุนแรงที่เกิดจากกลุ่มสมรส ดังนี้ ประวัติกการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กและการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .189, r = .19, p < .05$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.221, p < .05$) ทั้งนี้อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และจำนวนคู่นอนไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สำหรับตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันพบว่ามีจำนวน 4 คู่ ดังนี้

(1) ประวัติกการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .189, p < .05$)

(2) ประวัติกการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.234, p < .01$)

(3) การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับจำนวนคู่นอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .263, p < .01$)

(4) อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับจำนวนคู่นอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.31, p < .01$)

จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งหมดพบว่า ไม่มีตัวแปรตัวใดที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ($r \geq .8$) ดังตารางที่ 4.7 จึงสรุปได้ว่าไม่มีตัวแปรคู่ใดมีความสัมพันธ์กันสูงมาก (Multicollinearity) จึงสามารถวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression) แบบวิธีเข้าทั้งหมดพร้อมกัน (Enter method)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน การสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) แบบวิธีเข้าทั้งหมดพร้อมกัน (Enter method)

ตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic regression)

ตัวทำนาย	B	S.E.	Wald	Sig.	Exp.(B)	95% CI. for	
						Exp. (B)	
						Lower	Upper
ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก	0.692	0.676	1.048	.306	1.997	0.531	7.507
การใช้สารเสพติด	0.966	0.465	4.325	.038	2.628	1.057	6.531
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	-0.060	0.160	0.140	.708	0.942	0.688	1.289
จำนวนคู่นอน	-0.067	0.180	0.140	.708	0.935	0.658	1.330
การสนับสนุนทางสังคม	-0.043	0.019	5.285	.022	0.958	0.924	0.994
ค่าคงที่	2.180	2.981	0.535	.465	8.842		

* $p < .05$, $df = 1$, Nagelkerke $R^2 = 0.141$, Predictive correct = 80.8%

จากตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์พบว่า การใช้สารเสพติดและการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่าเมื่อมีการใช้สารเสพติดจะทำให้โอกาสการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสเพิ่มขึ้น 2.63 เท่า (OR = 2.63: 95% CI = 1.057-6.531) และเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้โอกาสการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสลดลง 0.96 เท่า (OR = 0.958: 95% CI = 0.924-0.994) โดยที่ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสได้ร้อยละ 14.1 (Nagelkerke $R^2 = 0.141$) และทำนายการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ถูกต้องร้อยละ 80.8 (Predictive correct = 80.8%)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน) และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 12-19 ปี จำนวน 151 ราย ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล 4 แห่ง ในจังหวัดพิษณุโลก กำแพงเพชร และตาก ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556 ถึง มกราคม พ.ศ. 2557 โดยมีรายละเอียดของการอภิปรายผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ผลการวิจัยครั้งนี้พบความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ที่ร้อยละ 21.2 ซึ่งมีค่าสูงกว่าผลการวิจัยที่ผ่านมาเล็กน้อย ครุณีย์ บัวบุญ (2544) ศึกษาการทารุณกรรมทางกายและทางจิตใจที่เกิดจากสามี บิดามารดา ญาติพี่น้อง และบุคคลอื่นในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 230 ราย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับความรุนแรงทางกายและทางจิตใจร้อยละ 16.8 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Covington และคณะ (2001) ที่ศึกษาระดับความรุนแรง บริเวณที่ศึกษาการได้รับความรุนแรงจากสามีในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี จำนวน 192 ราย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในรัฐนอร์ทคาโรไลนา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า สตรีกลุ่มนี้ได้รับความรุนแรงทางกายและทางเพศร้อยละ 16.1 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาความรุนแรงทั้งสามชนิด คือ ทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศซึ่งการวิจัยที่ผ่านมาศึกษาความรุนแรงเพียงสองชนิดเท่านั้น

เมื่อจำแนกตามชนิดของความรุนแรง ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงขณะตั้งครรภ์ทางกาย ทางเพศ ทางจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 7.3, 6.6 และ 16.6 ตามลำดับ ซึ่งผลการวิจัยของ ครุณีย์ บัวบุญ (2544) พบความรุนแรงทางกายร้อยละ 12.8 ความรุนแรงทางจิตใจร้อยละ 15.9 และผลการวิจัยของ Covington และคณะ (2001) พบความชุกของความรุนแรงทางกายร้อยละ 9.4 ความรุนแรงทางเพศร้อยละ 6.7 เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ Viellas, Gama, Carvalho และ Pinto (2013) ที่ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับความรุนแรงทางกายขณะตั้งครรภ์จากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี จำนวน 1,957 ราย พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ได้รับความรุนแรงทางกายร้อยละ 5 เมื่อพิจารณาผลการศึกษาทั้งสามรายงานพบความรุนแรงแต่ละชนิดมีค่าใกล้เคียงกัน ยกเว้นความรุนแรงทางกายในการศึกษานี้มีค่าน้อยกว่าผลการวิจัยของดรณีย์ บัวบุญ (2544) ทั้งนี้เป็นเพราะว่างานวิจัยของดรณีย์ บัวบุญ ทำการศึกษาความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เกิดจากคู่สมรสและบุคคลอื่น ส่วนงานวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสเท่านั้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้สารเสพติด จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด และการสนับสนุนทางสังคม ($p < .05$) ส่วนอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และจำนวนคู่นอนไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส (ตารางที่ 4.7) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก

ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระดับต่ำ ($r = .185, p < .05$) กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีประวัติได้รับความรุนแรงในวัยเด็กจะได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ทั้งนี้เป็นเพราะว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นในช่วงวัยเด็กจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและทัศนคติเกี่ยวกับความรุนแรงของเด็ก (Arslantas, Adana, Ergin, Gey, Bicer และ Kiransal, 2012) โดยเด็กผู้หญิงที่มีประวัติเคยได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมาก่อนจะเกิดการเรียนรู้และยอมรับว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตทำให้เด็กผู้หญิงกลายเป็นผู้ถูกกระทำจากคู่ของตนเมื่อโตขึ้น (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555; Makayoto และคณะ, 2013) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Golchin, Hamzehgardeshi, Hamzehgardeshi และ Ahoodashti (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมประชากรของสตรีตั้งครรภ์ชาวอิหร่านที่ได้รับความรุนแรงในขณะตั้งครรภ์ อายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 301 ราย พบว่า ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมีความสัมพันธ์กับการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสทั้งทางกายและทางจิตใจ เพิ่มขึ้น

การใช้สารเสพติด

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระดับต่ำ ($r = .19, p < .05$) กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการใช้สารเสพติดจะได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าสารเสพติด

และเครื่องดื่มนมแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ในการกดระบบประสาทส่วนกลางซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการป้องกันตนเองที่ลดลง (อุมพร ตรังศมภ์, 2549; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2557) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Li, Kirby, Sigler, Hwang, Lagory และ Goldenberg (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัว และปัจจัยเพื่อนบ้านต่อการได้รับความรุนแรงจากกลุ่มสมรสก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุมากกว่า 14 ปี จำนวน 2,887 ราย ที่อาศัยอยู่ในรัฐอะลาบามา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการดื่มนมเครื่องดื่มนมแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับความรุนแรง ($r = .9$, $p < .05$) โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการดื่มนมเครื่องดื่มนมแอลกอฮอล์จะได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.22$, $p < .05$) กับการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระดับต่ำ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มักจะขาดประสบการณ์ในการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและขาดทักษะในการขอความช่วยเหลือจึงทำให้มีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมน้อย เมื่อมีความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสเกิดขึ้นจึงทำให้ได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Naved และ Persson (2008) ที่ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับความรุนแรงทางด้านร่างกายที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ชาวบังกลาเทศที่มีอายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 2,553 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเดิมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรง โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเดิมของตนจะได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Abadi และคณะ (2012) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 600 ราย ในประเทศไอร์แลนด์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการได้รับความรุนแรง ($r = -.14$, $p < .01$) โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้น

สำหรับอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และจำนวนคู่นอนเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ($p < .05$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอยู่ในช่วง 15-17 ปี (ร้อยละ 69.5) และมีจำนวนคู่นอนเพียงคนเดียว (ร้อยละ 58.9) ซึ่งอาจทำให้อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกและจำนวนคู่นอนไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส จากผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ 1 เพียงบางส่วน

จากผลการวิจัยข้างต้น ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรง ได้แก่ ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด และการสนับสนุนทางสังคม จากนั้นนำตัวแปรประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอนและการสนับสนุนทางสังคมกับความรุนแรงเข้าสมการทำนายถดถอยโลจิสติก (logistic regression) แบบวิธีเข้าทั้งหมดพร้อมกัน (Enter method) ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน) และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression) พบว่าประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถอภิปรายความผันแปรของการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสได้ร้อยละ 14.1 ($R^2 = .141, p < .05$) และทำนายการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ถูกต้องร้อยละ 80.8 (Predictive correct = 80.8%) โดยการใช้สารเสพติดและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด ($\beta = .966, p < .05$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.043, p < .05$) ในขณะที่ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอนไม่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ (ตารางที่ 4.8) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การใช้สารเสพติดสามารถเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสได้ (OR = 2.628, 95% CI = 1.057- 6.531) กล่าวคือ ถ้าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการใช้สารเสพติดจะเพิ่มโอกาสได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส 2.628 เท่า สามารถอธิบายได้ว่า สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยจะกดระบบประสาทส่วนกลางส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้เหตุผล การตัดสินใจ ขาดความอดทน ขาดความยับยั้งชั่งใจ มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวนำมาซึ่งความขัดแย้งและกลายเป็นความรุนแรงตามมา หรืออาจทำให้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากความรุนแรงลดลง (อูมาพร ตรังศมภ์ดี, 2549; อาภาภรณ์ เสี่ยงแหลม และคณะ, 2554; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2557) ส่วนบุหรี่ยังจะมีสารนิโคตินซึ่งออกฤทธิ์คล้ายคลึงกับแอมเฟตามีน และโคเคน โดยสามารถออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกภายหลังสูบบุหรี่ไป 7 วินาที และคงอยู่นาน 2 ชั่วโมงหลังสูบ นิโคตินจะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารโดปามีน (dopamine) ในสมองทำให้

รู้สึกมีความสุข เมื่อหมดฤทธิ์นิโคตินจะทำให้ร่างกายขาดสารโดปามีน (dopamine) เป็นผลทำให้มีอาการหงุดหงิด (ชเนวินทร์ หงษ์หิน, 2557) อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้งกับคู่สมรสได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Yang, Yang, Chou, Yang, Wei และ Lin (2006) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการได้รับความรุนแรงทางกายในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสาวได้หวันที่มีอายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 1,143 ราย พบว่า การใช้สารเสพติดสามารถทำนายการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสได้ โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดจะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงเป็น 2.35 เท่า (OR = 2.35, 95% CI = 1.33-4.12) 1.91 เท่า (OR = 1.91, 95% CI = 1.10-3.31) และ 2.67 เท่า (OR = 2.67, 95% CI = 1.19-5.96) ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Li และคณะ (2010) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงเป็น 2.55 เท่า (OR = 2.55, 95% CI = 1.38-4.70) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Viellas และคณะ (2013) พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในช่วงตั้งครรภ์จะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงเป็น 2.41 เท่า (OR = 2.41, 95% CI = 1.48-3.93) ซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอันเป็นสาเหตุให้เกิดความรุนแรงได้

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดโอกาสการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสได้ 0.958 เท่า (OR = 0.958, 95% CI = 0.924-0.994) กล่าวคือ ถ้าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคม 1 หน่วย จะช่วยลดโอกาสการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส 0.96 เท่า ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีโดยเฉพาะจากบิดามารดา พี่น้อง ญาติหรือเพื่อนไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษาหรือการให้แหล่งพักพิงจะทำให้ลดโอกาสเกิดความรุนแรงลงได้ (อาภาภรณ์ เสียงแหลม และคณะ, 2554) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Stockl และคณะ (2010) พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนจะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงเป็น 4.1 เท่า (OR = 4.1, 95% CI = 1.6-10.9) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Chan และคณะ (2012) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะลดโอกาสการได้รับความรุนแรง 1.41 เท่า (OR = 1.41, 95% CI = 1.05-1.89) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ Viellas และคณะ (2013) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบิดาของทารกในครรภ์จะลดโอกาสการได้รับความรุนแรง 0.32 เท่า (OR = 0.32, 95% CI = 0.19-0.53)

สำหรับประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กไม่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากผลการวิจัยของ Stockl และคณะ (2010) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กจะเพิ่มโอกาส

การได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส 6.7 เท่า (OR = 6.7, 95% CI = 3.0-14.9) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ Makayoto และคณะ (2013) ที่พบว่า สตรีตั้งครรถ์วัยรุ่นที่มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กจะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส 2.27 เท่า (OR = 2.27, 95% CI = 1.05-4.89) ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากตารางที่ 4.1 ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมีเพียง 13 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก ทำให้กลุ่มที่มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมีการกระจายตัวของข้อมูลน้อย อีกทั้งเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส (ตารางที่ 4.7) พบว่าประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในระดับต่ำกว่าการสนับสนุนทางสังคมกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสจึงทำให้ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กไม่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสได้

อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรถ์วัยรุ่นได้ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยของ Baumgartner, Geary, Tucker และ Wedderburn (2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็ว การได้รับความรุนแรงทางเพศ และการตั้งครรถ์ในสตรีวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-17 ปี จำนวน 750 ราย ที่มารับบริการ ณ แผนกฝากครรถ์ในประเทศจาไมกา พบว่า สตรีตั้งครรถ์วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 14 ปี จะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงทางเพศ 0.49 เท่า (OR = 0.49, 95% CI = 0.32-0.75) ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากตารางที่ 4.3 ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 ราย มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุ 15-17 ปี ส่วนอีก 46 ราย มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุ 11-14 ปี และ 18-20 ปี จากข้อมูลจะพบว่าอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกจะอยู่ที่ช่วงอายุ 15-17 ปี มากกว่าช่วงอายุอื่นซึ่งทำให้การกระจายตัวของข้อมูลมีน้อย รวมทั้งเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคู่นอนกับความรุนแรงพบว่าปัจจัยทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์กันจึงทำให้อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่สามารถทำนายความรุนแรงได้

จำนวนคู่นอนไม่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรถ์วัยรุ่นได้ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากผลการวิจัยของ Baumgartner, Geary, Tucker และ Wedderburn (2009) ที่พบว่า สตรีตั้งครรถ์วัยรุ่นที่มีคู่นอนมากกว่า 2 คน จะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงทางเพศ 3.23 เท่า (OR = 3.23, 95% CI = 1.22-8.56) ทั้งนี้จากตารางที่ 4.3 จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีจำนวนคู่นอนเพียงคนเดียวซึ่งทำให้ข้อมูลมีการกระจายตัวน้อย รวมทั้งจำนวนคู่นอนกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสไม่มีความสัมพันธ์กันจึงทำให้จำนวนคู่นอนไม่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสได้ (ตารางที่ 4.7)

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสได้ร้อยละ 14.1 โดยการใช้สารเสพติดและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสอีกแต่ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้นำมาปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา สมมติฐานการวิจัยจึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน ดังนั้นจากผลการวิจัยพยาบาลควรคัดกรองความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ทุกรายและสืบค้นเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้การดูแลต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน) และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 151 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือวิจัยจำนวน 4 ชุด ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด (3) แบบคัดกรองความรุนแรง และ (4) แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ซึ่งแบบสอบถามทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำมาหาค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือด้านความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยแบบคัดกรองความรุนแรง (AAS) นำมาหาค่าความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 และแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (MSPSS) นำมาหาค่าความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดวิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ชนิดของการได้รับความรุนแรงจากแบบคัดกรองความรุนแรง (AAS) วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่และร้อยละ

4. คะแนนแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (MSPSS) วิเคราะห์โดยใช้การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. วิเคราะห์อำนาจทำนายของตัวแปรอิสระ ได้แก่ ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคมต่อการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 17.40 ปี (S.D. = 1.43) ส่วนสามีอายุเฉลี่ย 21.83 ปี (S.D. = 4.82) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.4 อยู่ด้วยกันกับสามี เกือบครึ่งหนึ่งร้อยละ 48.3 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3) สามีร้อยละ 45.3 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 12,970.86 บาท/เดือน (S.D.=11,461.83) โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสามมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 60.2 ลักษณะครอบครัวเกินครึ่งหนึ่งเป็นครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ 55 กลุ่มตัวอย่างเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 7.9 โดยเป็นการสูบบุหรี่นานๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 58.3 เคยดื่มสุราร้อยละ 25.8 โดยเป็นการดื่มนานๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 79.5 ส่วนการใช้สารเสพติดพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยใช้สารเสพติดร้อยละ 1.30 โดยเป็นการเสพนานๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 100 ในที่นี้พบว่าการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติดเป็นพฤติกรรมที่พบในช่วงก่อนการตั้งครรภ์ สำหรับอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 15.57 ปี (S.D. = 1.42) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.9 มีจำนวนคู่นอนเพียงคนเดียว กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนคู่นอนมากที่สุด คือ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 กลุ่มตัวอย่างสองในสามเคยใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 76.2 โดยเป็นการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุดร้อยละ 60.9

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 78.8 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ยเท่ากับ 15.85 สัปดาห์ (S.D. = 6.71) โดยอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกอยู่ในช่วง 13-24 สัปดาห์ร้อยละ 48.7 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.6 มีความตั้งใจในการมีบุตร โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 98.7 ยอมรับการตั้งครรภ์ มีเพียงร้อยละ 1.3 ที่รู้สึกเฉยๆ กับการตั้งครรภ์ครั้งนี้

3. ชนิดของการได้รับความรุนแรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก ไม่ว่าจะเป็นทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศร้อยละ 8.6 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสพบร้อยละ 21.2 เมื่อจำแนกตามชนิดของการได้รับความรุนแรง พบความรุนแรงทางกาย

หรือจิตใจในช่วงหนึ่งของชีวิตร้อยละ 17.9 ความรุนแรงทางกายใน 1 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 15.2 ความรุนแรงทางกายขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 7.3 ความรุนแรงทางเพศใน 1 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 6.6 และความรู้สึกหวาดกลัวสามีขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 16.6 ตามลำดับ

4. คะแนนแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (MSPSS) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 67.23 คะแนน (S.D. = 11.47) จำแนกเป็นคะแนนเฉลี่ยด้านครอบครัวเท่ากับ 23.93 คะแนน (S.D. = 4.26) คะแนนเฉลี่ยด้านบุคคลสำคัญเท่ากับ 23.57 คะแนน (S.D. = 4.25) และคะแนนเฉลี่ยด้านเพื่อนเท่ากับ 19.73 คะแนน (S.D. = 1.43)

5. ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression) พบว่า ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสได้ร้อยละ 14.1 โดยการใช้สารเสพติดและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับ ความรุนแรง เช่น ระยะเวลาในการอยู่ร่วมกันระหว่างคู่สมรส สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส บทบาททางเพศ การใช้สารเสพติดของคู่สมรส และการเล่นการพนันของคู่สมรส เป็นต้น
2. ในการคัดกรองความรุนแรงควรใช้แผนภาพร่างกายในการระบุบริเวณที่ได้รับ ความรุนแรงร่วมกับการใช้แบบสอบถามในการคัดกรองความรุนแรงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดขึ้น
3. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับ ความรุนแรงจากคู่สมรส โดยเฉพาะ เพื่อให้ได้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสมากขึ้น ตลอดจนการหาสาเหตุที่แท้จริงของการได้รับความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในจังหวัดทางภาคกลางตอนบน ดังนั้นผลการวิจัยที่ได้ อาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรภาคอื่นได้

ปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรี
ตั้งครรภ์วัยรุ่น

PERSONAL FACTORS AND SOCIAL SUPPORT IN PREDICTING INTIMATE PARTNER
VIOLENCE AMONG PREGNANT ADOLESCENTS

พรรณทิพา บัวคล้าย 5337327 NSAM/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นันทนา ธนาโนวรรณ, Ph.D. (NURSING), นิตยา สิ้นสุกใส
, Ph.D. (NURSING), นพพร ว่องสิริมาศ, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสจัดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ แม้ในช่วงตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่สตรีมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม อีกทั้งยังต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นจึงทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย มากกว่าสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555; Taillieu & Brownridge, 2010) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบความชุกของความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 4-8 (Gazmararian et al., 1996) สอดคล้องกับความชุกของความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ของประเทศไทย ซึ่งพบอยู่ที่ร้อยละ 4 เช่นกัน (นันทนา ธนาโนวรรณ และภัสรา หากุหลาบ, 2549) อย่างไรก็ตามพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่รักหรือสามีสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ เนื่องจากวัยรุ่นมีประสบการณ์และมีความสามารถในการแก้ปัญหาที่น้อยกว่าผู้ใหญ่ (Covington, Justason & Wright, 2001) เห็นได้จากผลการวิจัยของ Covington และคณะ (2001) ที่พบความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ที่ร้อยละ 16.1 ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่พบร้อยละ

11.6 สำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่ามีการวิจัยของครุณีย์ บัวบุญ (2544) เพียงเรื่องเดียวที่ศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยพบความชุกของความรุนแรงอยู่ที่ร้อยละ 16.8

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถจัดกลุ่มได้ 5 กลุ่ม ดังนี้ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก และการใช้สารเสพติด (2) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และเศรษฐกิจของครอบครัว (3) ปัจจัยทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์เร็ว และการมีจำนวนคู่นอนหลายคน (4) ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการตั้งครรภ์โดยไม่ได้อำนาจวางแผนล่วงหน้า และ (5) ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ การไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, วาสนา อิ่มอม และอุษา เลิศศรีสันทัต, 2546; บุญสืบ โสโสม และคณะ, 2550; CDC, 2010a; Gessner & Perham-Hester, 1998; Heaman, 2005; Taillieu & Brownridge, 2010)

ผลการวิจัยส่วนใหญ่สรุปสอดคล้องกันแล้วว่าปัจจัยทั้ง 5 กลุ่มดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สำหรับปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจศึกษามี 5 ปัจจัยคือ ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมีความเกี่ยวข้องกับการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กล่าวคือ เด็กผู้หญิงที่เคยได้รับความรุนแรงในวัยเด็กจะเกิดการเรียนรู้และยอมรับว่าการทำร้ายที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติที่สามารถทำต่อภรรยาได้ (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2546) ตัวอย่างเช่นผลการวิจัยของ Wiemann และคณะ (2000) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กได้รับความรุนแรงทางร่างกายจากคู่มากกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Lindhorst และคณะ (2009) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมักได้รับความรุนแรงจากคู่มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมาก่อน จึงกล่าวได้ว่า ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กอาจเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้

สำหรับการใช้สารเสพติดไม่ว่าจะเป็นการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือการใช้ยาเสพติดชนิดต่างๆ พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงเช่นกัน สตรีวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือตั้งครรภ์โดยไม่ได้อำนาจวางแผนมักมีความเครียดซึ่งนำไปสู่วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการใช้สารเสพติด (เบญจพร ปัญญา, 2553) ซึ่งมีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์

วัยรุ่นขาดการยั้งคิดและการควบคุมตนเอง รวมทั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงอีกด้วย (Kelly, Cheng, Peralez-Dieckmann & Martinez, 2009; Lindhorst et al., 2009) ดังเช่นผลการวิจัยของ Covington และคณะ (2001) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมากมีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงในระดับต่ำกว่าหรือสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรงถึง 3.9 เท่า (RR = 3.9, 95% CI = 1.5-10.3, $p < 0.05$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Karaoglu และคณะ (2005) ที่พบว่า การสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์สามารถทำนายการได้รับความรุนแรงทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศ 1.6 เท่า (OR = 1.64, 95% CI = 1.11-2.42, $p < .01$)

ปัจจัยทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์เร็ว และการมีจำนวนคู่นอนหลายคน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทั้งนี้ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเลียนแบบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากสื่อในรูปแบบต่างๆ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต หนังสือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศในทางที่ผิดศีลธรรม ตลอดจนมีการรับวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมจากต่างประเทศ โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของวัยรุ่นชายหญิงส่งผลทำให้อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดน้อยลง (จปรัฐ ปรีชาพานิช และชาญชัย วันทนาศิริ, 2550) อย่างไรก็ตามวัยรุ่นที่มีอายุน้อยมักจะมีการตัดสินใจและความสามารถในการแก้ปัญหา รวมทั้งทักษะในการต่อรองและปฏิเสธต่ำ (Kelly et al., 2009) จึงทำให้สตรีวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะมีโอกาสได้รับความรุนแรงมากกว่าบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุมากกว่า ดังเช่นผลการวิจัยของ Kellogg, Hoffman และ Taylor (1999) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงทางเพศมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 11.6 ปี ซึ่งน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรงทางเพศซึ่งมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 14.8 ปี นอกจากนี้ การที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีจำนวนคู่นอนหลายคนอาจทำให้มีความขัดแย้งเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากความหึงหวงจนกลายเป็นการใช้ความรุนแรงในเวลาต่อมา (Brady, Tschann, Pasch, Flores & Ozer, 2008) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Sliverman และคณะ (2004) ที่พบว่า สตรีวัยรุ่นที่มีจำนวนคู่นอนมากกว่า 3 คน ภายในเวลา 3 เดือน และมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี ได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 9.8 และหากมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นจะมีโอกาสได้รับความรุนแรงเพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ 17.7

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงส่วนใหญ่มักได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว บิดามารดา ญาติ เพื่อน หรือแหล่งบริการทางสังคมต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Renker (1999) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมักจะได้รับ การสนับสนุนทางสังคมต่ำ โดยเฉพาะจากครอบครัวของตน (Renker, 2002; Wiemann et al, 2000) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ

Wiemann และคณะ (2000) ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงมีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบิดาของทารกในครรภ์น้อยกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .012$) ถึงแม้ว่าการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อจิตใจของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์รวมทุกกลุ่มอายุจึงแยกไม่ได้ว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ผลการวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มาจากต่างประเทศจึงมีข้อจำกัดในแง่ของบริบทสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ส่วนในประเทศไทยพบงานวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพียงเรื่องเดียว (ครุณีย์ บัวบุญ, 2544) ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของความรุนแรงต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในบริบทและวัฒนธรรมของสังคมไทย

ผู้วิจัยเลือกศึกษาในพื้นที่ภาคกลางตอนบนใน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก กำแพงเพชร ตาก จากโรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ความรุนแรงสูง (ร้อยละ 28) อีกทั้งยังไม่มีข้อมูลเฉพาะของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จากข้อมูลของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2553) พบอุบัติการณ์ความรุนแรงต่อสตรีภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 29 ภาคกลาง ร้อยละ 28 ภาคเหนือ ร้อยละ 19 ภาคใต้ ร้อยละ 17 และภาคตะวันออก ร้อยละ 7 ตามลำดับ ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาความรุนแรงเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยปัจจัยส่วนบุคคล (ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน) และการสนับสนุนทางสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก จำนวน 151 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น 2) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 3) ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุของคู่รักหรือสามี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ระดับการศึกษาของคู่รักหรือสามี อาชีพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการใช้วิธีคุมกำเนิด
2. แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การคลอด การแท้ง อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก การวางแผนการตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
3. แบบคัดกรองความรุนแรง (Abuse Assessment Screen: AAS) สร้างโดย McFarlane, Parker, Soeken และ Bullock (1992) ใช้สำหรับคัดกรองความรุนแรงทางร่างกาย ทางจิตใจ และทางเพศ แปลเป็นภาษาไทยโดยนันทนา ธนาโนวรรณ (Thananowan, 2004)
4. แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) สร้างโดย Zimet, Dahlem, Zimet และ Farley (1988) ใช้สำหรับประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม 3 แหล่ง (ได้แก่ บุคคลสำคัญ ครอบครัว และเพื่อน) แปลเป็นภาษาไทยโดยพิทักษ์พล บุญยมาลิก (Boonyamalik, 2005)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามจำนวน 4 ชุดให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะตอบแบบสอบถามในห้องแยกที่จัดไว้ให้กลุ่มตัวอย่างใช้ในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นห้องที่มีความสงบและปลอดภัย ไม่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยนอกจากผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้วิจัยเท่านั้น หากผู้เข้าร่วมการวิจัยแจ้งความประสงค์ให้ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟัง ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามและให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบทีละข้อโดยไม่เร่งรัด ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกคำตอบลงในแบบสอบถามแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 20 นาที หลังจากผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามทั้งหมดเสร็จแล้วให้นำแบบสอบถามมาหย่อนในกล่องกระดาษปิดมิดชิดที่มีช่องสำหรับหย่อนแบบสอบถาม ซึ่งตั้งอยู่ในห้อง จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามในแต่ละวันไปทำการวิเคราะห์ต่อไป ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายจะได้รับแผ่นพับเรื่อง “รีบั้นสีขาว” ซึ่งมีเบอร์โทรศัพท์สถานที่ให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ได้รับความรุนแรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 17.40 ปี สามีอายุเฉลี่ย 21.83 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 89.4 อยู่ด้วยกันกับสามี เกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3) ร้อยละ 48.3 ส่วนสามีร้อยละ 45.3 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 12,970.86 บาท/เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสามมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 60.2 ลักษณะครอบครัวเกินครึ่งหนึ่งเป็นครอบครัวขยายร้อยละ 55 กลุ่มตัวอย่างเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 7.9 เคยดื่มสุราร้อยละ 25.8 เคยใช้สารเสพติดร้อยละ 1.30 ในที่นี้พบว่าการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติดเป็นพฤติกรรมที่พบในช่วงก่อนการตั้งครรภ์ สำหรับอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 15.57 ปี กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีจำนวนคู่นอนเพียงคนเดียวร้อยละ 58.9 มีจำนวนคู่นอนมากที่สุดคือ 8 คน ร้อยละ

0.7 กลุ่มตัวอย่างสองในสามเคยใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งร้อยละ 76.2 โดยเป็นการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุดร้อยละ 60.9

ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 78.8 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ยเท่ากับ 15.85 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 13-24 สัปดาห์ ร้อยละ 48.7 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.6 มีความตั้งใจในการมีบุตร ส่วนใหญ่ร้อยละ 98.7 ยอมรับการตั้งครรภ์ มีเพียงร้อยละ 1.3 ที่รู้สึกเฉยๆ กับการตั้งครรภ์ครั้งนี้

ชนิดของการได้รับความรุนแรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก ร้อยละ 8.6 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสพบร้อยละ 21.2 เมื่อจำแนกตามชนิดของการได้รับความรุนแรง พบความรุนแรงทางกายหรือจิตใจในช่วงหนึ่งของชีวิตร้อยละ 17.9 ความรุนแรงทางกายใน 1 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 15.2 ความรุนแรงทางกายขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 7.3 ความรุนแรงทางเพศใน 1 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 6.6 และความรู้สึกหวาดกลัวสามีขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 16.6

คะแนนแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (MSPSS) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 67.23 คะแนน จำแนกเป็นคะแนนเฉลี่ยด้านครอบครัวเท่ากับ 23.93 คะแนน คะแนนเฉลี่ยด้านบุคคลสำคัญเท่ากับ 23.57 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยด้านเพื่อนเท่ากับ 19.73 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า ประสิทธิภาพได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก ($r = .189, p < .05$) การใช้สารเสพติด ($r = .19, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = -.221, p < .05$) มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และจำนวนคู่นอนไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส

ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression) พบว่า ประสิทธิภาพได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอนและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสได้ร้อยละ 14.1 (Nagelkerke $R^2 = 0.141$) โดยการใช้สารเสพติดและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression) พบว่า ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความผันแปรของการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส ได้ร้อยละ 14.1 ($R^2 = .141, p < .05$) และทำนายการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่นได้ถูกต้องร้อยละ 80.8 (Predictive correct = 80.8%) โดยการใช้สารเสพติดและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด ($\beta = .966, p < .05$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.043, p < .05$) ในขณะที่ประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอนไม่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้สามารถอธิบายได้ดังนี้

การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ($r = .19, p < .05$) กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการใช้สารเสพติดจะได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส รวมทั้งการใช้สารเสพติดสามารถทำนายการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสได้ (OR = 2.628, 95% CI = 1.057- 6.531) กล่าวคือ ถ้าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการใช้สารเสพติดจะเพิ่ม โอกาสได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส 2.628 เท่า สามารถอธิบายได้ว่า สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยจะกดระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้เหตุผล การตัดสินใจ ขาดความอดทน ขาดความยับยั้งชั่งใจ มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว นำมาซึ่งความขัดแย้งและกลายเป็นความรุนแรงตามมา หรืออาจทำให้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากความรุนแรงลดลง (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2549; อาภาภรณ์ เสียงแหลม และคณะ, 2554; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2557) ส่วนบุหรี่ยังมีสารนิโคตินซึ่งออกฤทธิ์คล้ายคลึงกับแอมเฟตามีน และโคเคน โดยสามารถออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกภายหลังสูบบุหรี่ไป 7 วินาที และคงอยู่นาน 2 ชั่วโมงหลังสูบ นิโคตินจะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารโดปามีน (dopamine) ในสมองทำให้รู้สึกมีความสุข เมื่อหมดฤทธิ์นิโคตินจะทำให้ร่างกายขาดสาร โดปามีน (dopamine) เป็นผลทำให้มีอาการหงุดหงิด (ชเนวินทร์ หงษ์หิน, 2557) อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้งกับคู่สมรสได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาของ Yang, Yang, Chou, Yang, Wei และ Lin (2006) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการได้รับความรุนแรงทางกายในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นชาวไต้หวันที่มีอายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 1,143 ราย พบว่า การใช้สารเสพติดสามารถทำนายการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสได้ โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดจะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงเป็น 2.35 เท่า (OR = 2.35, 95% CI =

1.33-4.12) 1.91 เท่า (OR = 1.91, 95% CI = 1.10-3.31) และ 2.67 เท่า (OR = 2.67, 95% CI = 1.19-5.96) ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Li และคณะ (2010) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงเป็น 2.55 เท่า (OR = 2.55, 95% CI = 1.38-4.70) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Viellas และคณะ (2013) พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในช่วงตั้งครรภ์จะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงเป็น 2.41 เท่า (OR = 2.41, 95% CI = 1.48-3.93)

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสทางลบในระดับต่ำ ($r = -.22, p < .05$) กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสส่วนหนึ่งเป็นผลจากการไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสได้ (OR = 0.958, 95% CI = 0.924-0.994) กล่าวคือ ถ้าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยมาตรฐานจะลดโอกาสการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส 0.958 เท่า ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยเฉพาะจากบิดามารดา พี่น้อง ญาติหรือเพื่อนไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษาหรือการให้แหล่งพักพิงจะช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างคู่สมรสได้ ทำให้ลดโอกาสเกิดความรุนแรงลง (อาภาภรณ์ เสี่ยงแหลม และคณะ, 2554) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Stockl และคณะ (2010) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนจะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงเป็น 4.1 เท่า (OR = 4.1, 95% CI = 1.6-10.9) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Chan และคณะ (2012) พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะลดโอกาสการได้รับความรุนแรง 1.41 เท่า (OR = 1.41, 95% CI = 1.05-1.89) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ Viellas และคณะ (2013) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบิดาของทารกในครรภ์จะลดโอกาสการได้รับความรุนแรง 0.32 เท่า (OR = 0.32, 95% CI = 0.19-0.53)

สำหรับประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กไม่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากผลการวิจัยของ Stockl และคณะ (2010) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีประวัติได้รับความรุนแรงในวัยเด็กจะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส 6.7 เท่า (OR = 6.7, 95% CI = 3.0-14.9) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ Makayoto และคณะ (2013) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีประวัติได้รับความรุนแรงในวัยเด็กจะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส 2.27 เท่า (OR = 2.27, 95% CI = 1.05-4.89) ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากตารางที่ 4.1 ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมีเพียง 13 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก ทำให้กลุ่มที่มีประวัติการได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมีการกระจายตัวของข้อมูลน้อย อีกทั้งเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์

ระหว่างประวัติกการ ได้รับความรุนแรงในวัยเด็กกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส (ตารางที่ 4.7) พบว่าประวัติกการ ได้รับความรุนแรงในวัยเด็กมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในระดับต่ำมากจึงทำให้ประวัติกการ ได้รับความรุนแรงในวัยเด็กไม่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสได้

อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยของ Baumgartner, Geary, Tucker และ Wedderburn (2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็ว การได้รับความรุนแรงทางเพศ และการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-17 ปี จำนวน 750 ราย ที่มารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์ในประเทศจาไมกา พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 14 ปี จะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงทางเพศ 0.49 เท่า (OR = 0.49, 95% CI = 0.32-0.75) ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากตารางที่ 4.3 ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 ราย มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุ 15-17 ปี ส่วนอีก 46 ราย มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุ 11-14 ปี และ 18-20 ปี จากข้อมูลจะพบว่าอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกจะอยู่ที่ช่วงอายุ 15-17 ปี มากกว่าช่วงอายุอื่นซึ่งทำให้การกระจายตัวของข้อมูลมีน้อย รวมทั้งเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคู่นอนกับความรุนแรงพบว่าปัจจัยทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์กันจึงทำให้อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่สามารถทำนายความรุนแรงได้

จำนวนคู่นอนไม่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากผลการวิจัยของ Baumgartner, Geary, Tucker และ Wedderburn (2009) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีคู่นอนมากกว่า 2 คน จะเพิ่มโอกาสการได้รับความรุนแรงทางเพศ 3.23 เท่า (OR = 3.23, 95% CI = 1.22-8.56) ทั้งนี้จากตารางที่ 4.3 จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีจำนวนคู่นอนเพียงคนเดียวซึ่งทำให้ข้อมูลมีการกระจายตัวน้อย รวมทั้งจำนวนคู่นอนกับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสไม่มีความสัมพันธ์กัน(ตารางที่ 4.7) จึงทำให้อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสได้

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า ประวัติกการ ได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสได้ร้อยละ 14.1 โดยการใช้สารเสพติด และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสอีก แต่ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา สมมติฐานการวิจัยจึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน ดังนั้นจากผลการวิจัยพยาบาลควรคัดกรองความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์

วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ทุกรายและสืบค้นเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้การดูแลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับความรู้แรง เช่น ระยะเวลาในการอยู่ร่วมกันระหว่างคู่สมรส สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส บทบาททางเพศภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การใช้สารเสพติดของคู่สมรส และการเล่นการพนันของคู่สมรส เป็นต้น
2. ในการคัดกรองความรู้แรงควรใช้แผนภาพร่างกายในการระบุบริเวณที่ได้รับความรู้แรงร่วมกับการใช้แบบสอบถามในการคัดกรองความรู้แรงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดขึ้น
3. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรู้แรงจากคู่สมรส โดยเฉพาะ เพื่อให้ได้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้แรงที่เกิดจากคู่สมรสมากขึ้น ตลอดจนการหาสาเหตุที่แท้จริงของการได้รับความรู้แรงและผลกระทบที่เกิดขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในจังหวัดทางภาคกลางตอนบน ดังนั้น ผลการวิจัยที่ได้อาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรภาคอื่นได้

PERSONAL FACTORS AND SOCIAL SUPPORT IN PREDICTING INTIMATE
PARTNER VIOLENCE AMONG PREGNANT ADOLESCENTS

PANTIPA BUA KHAI 5337327 NSAM/M

M.N.S. (MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NANTHANA THANANOWAN, Ph.D. (NURSING),
NITTAYA SINSUKSAI, Ph.D. (NURSING), NOPPORN VONGSIRIMAS, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Intimate partner violence is a problem commonly encountered among women during the reproductive years and even during pregnancy, perhaps because pregnancy is a time when physical, mental and social changes occur in the women. Consequently, women become more dependent on other people. Thus, pregnant women are at greater risk for abuse than non-pregnant women (Nanthana Thananowan, 2012; Taillieu & Brownridge, 2010). According to the review of foreign literature, abuse in pregnant women occurs at a rate of 4-8% (Gazmararian et al., 1996). This finding concurs with the incidence rate of abuse among pregnant women in Thailand at 4% (Nanthana Thananowan and Passara Hakulaab, 2006). Apparently, the chance for pregnant adolescents to become victims of Intimate partner violence is higher than that of pregnant adults because pregnant adolescents have less experience and problem-solving ability than adults (Covington, Justason & Wright, 2001). According to a study by Covington et al (2001), the rate of incidence for abuse in pregnant adolescents was 16.1% as opposed to 11.6% in pregnant adults. In Thailand, the study of Darunee Buaboon (2001), which is the only study available on abuse in pregnant adolescents, reveals the incidence rate to be 16.8%.

According to the literature review, the factors correlated with abuse in pregnant adolescents could be categorized into the following 5 groups (1) personal factors – such as age, marital status, educational attainment, occupation, income, history of child abuse and substance abuse; (2) family factors – type of family, spousal relationship and family economic status; (3) sexual factors – age at having first sexual intercourse and number of partners; (4) pregnancy factors – number of pregnancies, unwanted pregnancy, unplanned pregnancy, and; (5) psychosocial factors – low social support (Krithaya Achuanijkul, Cheunreuthai Kanchanchitra, Wassana Immaimand & Usa Lertsrisanthad, 2003; Bunseub Sosom et al., 2007; CDC, 2010a; Gessner & Perham-Hester, 1998; Heaman, 2005; Taillieu & Brownridge, 2010).

Most research findings on similar topics agree that the aforementioned factors are encountered in pregnant adolescents who are victims of abuse. In this research, the researcher is interested in studying the following factors: history of child abuse, substance abuse, age at having first sexual intercourse, number of partners and social support. The details are as follows:

History of child abuse is correlated with abuse in pregnant adolescent. Female adolescents with a history of child abuse tend to learn and accept the abuse as normal for husbands to inflict on their wives (Krittaya Achawanitkul et al., 2003). For example, findings of a study by Wiemann et al (2000) found adolescent mothers with a history of child abuse tend to be physically abused by their spouses more than adolescent mothers without a history of child abuse with statistical significance ($p < .001$). Similar findings were revealed by Lindhorst et al (2009) who found pregnant adolescents with a history of child abuse to be more susceptible to spousal abuse than pregnant adolescents without a history of child abuse. Thus, it can be summarized that history of child abuse might be a predicting factor for abuse in pregnant adolescents.

The use of substance abuse such as cigarette smoking, alcoholic drinking or narcotic use, has also been found to be correlated with abuse. Pregnant adolescents with unwanted or unplanned pregnancies tend to develop stress leading to improper methods of problem-solving, especially, substance abuse (Benjapon Panyayong, 2010). Consequently, the aforementioned factors led to the adolescents' inadequate cognition and self-control as well as increased chance for abuse (Kelly, Cheng, Peralez-Dieckmann & Martinez, 2009; Lindhorst et al., 2009). The findings of a study

by Covington et al (2001) revealed that pregnant adolescents with high levels of Intimate partner violence have as much as 3.9 occasions higher alcoholic beverage consumption than pregnant adolescents with low or no high level of Intimate partner violence (RR = 3.9, 95% CI = 1.5 – 10.3, $p < .05$). Similar findings were revealed by Karaoglu et al (2005) who found smoking during pregnancy to be as much as 1.6 occasions more likely to predict all three types of abuse. (OR = 1.64, 95% CI = 1.11-2.42, $p < .01$).

Sexual relationship factors such as early sexual debut or multiple sexual partners also contribute to abuse in pregnant adolescents. In today's rapidly changing Thai society, adolescents' mimic sexually risky behaviors from various types of media such as television, the Internet, books and magazines containing sexual matters that are immoral and accepted in foreign cultures, beliefs and values, particularly concerning the male and female adolescents' premarital sexual practice causing to be younger than in the past (Japarat Preechaapanit and Chanchai Wantanasiri, 2007). However, younger adolescents tend to possess low capacity for decision-making, problem-solving, negotiation and rejection skills (Kelly et al., 2009). Thus, adolescents who have sexual debut at younger ages tend to be abused more than those with sexual debut at older ages. According to the research findings of Kellogg, Hoffman & Taylor (1999), the average age of abused pregnant adolescents sexual debut was 11.6 years old as opposed to 14.8 years for pregnant adolescents who were not abused. Furthermore, multiple sexual partners might increase jealous disputes subsequently developing into abuse (Brady, Tschann, Pasch, Flores & Ozer, 2008). This finding concurred with the findings of Sliverman et al (2004) who found female adolescents with more than three sexual partners within three months and sexual debuts before fifteen years of age to be more susceptible to abuse with chances increasing by 9.8%, and 17.7% with the pregnancy.

For social support, most abused pregnant adolescents received low or no social support from family, parents, relatives, friends or social service facilities. This concurred with the study of Renker (1999) who found abused pregnant adolescents receive rather low social support, especially from families (Renker, 2002; Wiemann et al, 2000). The same was true for the findings of Wiemann et al (2000) who found abused adolescent mothers to have lower degrees of social support from family and

biological fathers of their infants than adolescent mothers who were not abused with statistical significance ($p = .012$). Although the aforementioned literature review found most pregnant adolescents to receive low levels of social support, but social support remained a factor with positive impact on the mental state of pregnant adolescents.

The aforementioned factors are related to abuse in pregnant adolescents. However, few findings were available and those discovered were from studies conducted in pregnant adolescents aged 15 years and old with whom there was no indication about whether the risk factors found in the research were for pregnant adolescents or pregnant adults. Furthermore, the research findings on abuse inflicted in pregnant adolescents were mostly from studies conducted abroad,. Thus, there were limitations concerning differences in social and cultural contexts. In Thailand, only one study was found on abuse in pregnant adolescents (Darunee Buaboon, 2001). The study explored the effects of abuse on pregnancy outcomes. In the present study, the researcher wanted to study the causal factors of abuse inflicted in pregnant adolescents. Hence, the five aforementioned factors were chosen for the study in order to determine whether or not there were correlations and whether or not predict Intimate partner violence of pregnant adolescents in Thai social and cultural contexts.

The researchers chose to study in four hospitals, in three provinces in the North Central part including Phitsanulok, Kamphaengphet and Tak provinces. The four hospitals, include Nareasuan University Hospital, Buaddachinnarat Hospital, Kamphaeng Phet Hospital and SomdetPrachaoTaksinMaharat Hospital. These areas have a high incidences of violence (28%) and there is no reported incidences of violence in pregnant adolescents. The data from Office of Women's Affairs and Family (2010) revealed that the incidences of violence against women in the Northeast was 29%, followed by the Central part 28%, the North part 19%, the South part 17% and the East part 7%, respectively. Therefore, this study aimed to study specifically in pregnant adolescents.

Research Objective

To determine the predictive power of factors contributing to Intimate partner violence in pregnant adolescents, namely personal factors (history of child

abuse, substance abuse, age at having first sexual intercourse, number of partners) and social support.

Research Methodology

The present study was conducted based on a predictive correlational research design. The sample comprised of 151 pregnant adolescents receiving prenatal care at four antenatal clinics in Naresuan University Hospital, Phitsanulok Province, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok Province, Kamphangphet Hospital, Kamphangphet Province and Somdet Prachao Taksin Maharaj Hospital, Tak Province. The Inclusion criteria was as follows: 1) no complications such as diabetes, hypertension and heart disease; 2) ability to listen, speak, read and write Thai well, and 3) parental consent to participate in the research.

Research Instrumentation

The data collection instruments comprised four sets of questionnaires as follows:

1. Demographic data Questionnaire on data such as the ages of the pregnant adolescents, the ages of spouses or partners, marital status, educational attainment of the pregnant adolescents, educational attainment of spouses or partners, the occupations of the pregnant adolescents, average monthly family income, family characteristics, history of child abuse, smoking, alcohol consumption, drug use, age at having first sexual intercourse, number of partners and contraceptive methods used.

2. Pregnancy and Delivery Record on data such as the number of pregnancies, delivery, miscarriage, gestational age at first prenatal care, pregnancy planning and unwanted pregnancy.

3. Abuse Assessment Screen (AAS) created by McFarlane, Parker, Soeken and Bullock (1992) for screening of physical, mental and sexual abuse and translated into Thai by Nanthana Thananowan (2004).

4. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

created by Zimet, Dahlem, Zimet and Farley (1988) and translated into Thai by Pitakpol Boonyamalik (2005) for assessment of three sources of social support (significant acquaintances, family and friends).

Data Collection

If the pregnant adolescents was willing to participate in the study, the researcher handed in four questionnaires for the participants to complete. The participants answered the questionnaires in the room prepared for the sample. It was quiet and safe for the participants to complete the questionnaires. The researcher will read the questionnaire for the participants if they request. The researcher will keep confidential of the data in the locked cupboard. After completion on of all questionnaires, they would be received a brochure "The White Ribbon", which is the phone number of organization working to help women. The questionnaires were dropped in a closed box in the room. Then the researcher thank the participants and gathered the questionnaires each day for further analysis.

Data Analysis

The researcher used data that was verified for accuracy in statistical data analysis through frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and analyzed predicting factors with logistic regression.

Research Findings

In terms of demographic data, the sample group's average age was 17.40 years and the husbands' average was 21.83 years old. Most of the sample group

(89.4%) lived with their husbands; 48.3% of the sample group had early secondary school educational attainments while 45.3% of the husbands had early secondary school educational attainments; 41.1% of the sample group was unemployed. The average monthly income was 12,970.86 baht/month. Nearly two thirds of the sample group (60.2%) had incomes under 10,000 baht/month and 55% of the sample group's families were extended families; 7.9% of the sample group had smoked cigarettes; 25.8% had consumed alcoholic beverages and 1.3% had used drugs. Cigarette smoking, alcoholic beverage drinking and drug use were behaviors found preceding pregnancy. The average age at having first sexual intercourse was 15.57 years; 58.9% of the sample group had one partner. The highest number of partners was 8 (0.7%) and 76.2% had used contraceptive methods and 60.9% of the sample group had used birth control pills.

For data on pregnancy and child birth, 78.8% of the sample group was primiparous with an average of first prenatal care at 15.85; 48.7% of the sample group sought prenatal care at a gestational age 13-24 weeks; 53.6% of the sample group intended to bear their children and 98.7% accepted the pregnancy, while only 1.3% felt indifferent about the pregnancy.

Concerning the types of abuse, 8.6% of the sample group was abused during childhood; 21.2% had been abused by spouses. When categorized by type of abuse, physical or mental abuse during any period of life accounted for 17.9%; physical abuse during the previous year accounted for 15.2%; physical abuse during pregnancy accounted for 7.3%, sexual abuse within the previous year accounted for 6.6% and fear of husband during pregnancy accounted for 16.6%.

Concerning MSPSS scores, the total mean score for social support was 67.23 points in which 23.93 points were the mean score for family with 23.57 points for personal aspects and 19.73 points for friends.

The correlation analysis for all variables using Pearson's product moment correlation indicated that history of child abuse ($r = .189, p < .05$), substance abuse ($r = .19, p < .05$) and social support ($r = -.221, p < .05$) were correlated with intimate partner violence with statistical significance while age at having first sexual intercourse and number of partners were not found to be correlated with intimate partner violence.

In predicting power analysis an abuse in pregnant adolescents using logistic regression, history of child abuse, substance abuse, age at having first sexual intercourse, number of partners and social support were indicated to be capable of predicting intimate partner violence by 14.1% (Nagelkerke $R^2 = 0.141$).

Discussion of Findings

The finding revealed that history of child abuse, substance abuse, age at having first sexual intercourse, number of partners, and social support can discuss the variation of the intimate partner violence of 14.1 ($R^2 = .141$, $p < .05$), and predict intimate partner violence of 80.8% (Predictive correct = 80.8%). Substance abuse and social support can predict intimate partner violence in pregnant adolescents. The statistical significance of substance abuse is a factor with the highest predictive power ($\beta = .966$, $p < .05$), followed by social support ($\beta = -.043$, $p < .05$), while the history of child abuse, age at having first sexual intercourse, number of partners can not predict the intimate partner violence in pregnant adolescents. This results could be explained as follows.

Substance abuse had low positive correlation with intimate partner violence ($r = .19$, $p < .05$). In pregnant adolescents with substance abuse tends to have intimate partner violence. substance abuse was able to predict intimate partner violence 2.628 occasions (OR = 2.628, 95% CI = 1.057 - 6.531). For every standard unit increase in drug use, the chance for pregnant adolescents to be intimate partner violence increased by 2.628 occasions. Drugs and alcoholic beverages had effects on the nerves by suppressing the central nervous system that controls respiratory and conscience functions. The use of drugs or alcoholic beverages would result in psychiatric symptoms, lost of conscience, tolerance, restraint, aggressive and poor decision-making (Umaporn Trangkasombat, 2006; Apon Sianglam et al, 2011; Somsak Tiamkao, 2014). Tobacco contains nicotine, which works similar to amphetamine and cocaine can cause abnormal function of central nervous system on mood and emotion after smoking for 7 seconds and lasted for 2 hours after smoking. Nicotine can stimulate the secretion of dopamine in the brain to feel happy. If there is

no nicotin, the body will lack of dopamine. Therefore, the mood (Chanawin Honkhin, 2014) may swing that make them feel unhappy. This may cause conflict with the spouse. The aforementioned finding concurred with previous research by Yang, Yang, Chou, Wei and Lin (2006) on the risk factors for physical abuse in 1,143 Taiwanese pregnant adolescents aged over 15 years and found substance abuse to be capable of predicting intimate partner violence in that the chance of abuse for pregnant adolescents drinking alcoholic beverages, smoking cigarettes and using drugs to increase by 2.35 occasions (OR = 2.35, 95% CI = 1.33-4.12), 1.91 occasions (OR = 1.91, 95% CI = 1.10-3.31) and 2.67 occasions (OR = 2.67, 95% CI = 1.19-5.96), respectively. The aforementioned finding concurred with the research of Li et al (2010) which found the chance for pregnant adolescents drinking alcoholic beverages to be abused increased by 2.55 occasions (OR = 2.55, 95% CI = 1.38-4.70). The finding also concurred with the research of Viellas et al (2013) who found the chance for pregnant adolescents drinking alcoholic beverages during pregnancy to be 2.41 occasions higher (OR = 2.41, 95% CI = 1.48-3.93).

Social Support had low negative correlation with intimate partner violence in pregnant adolescents ($r = .19, p < .05$). In pregnant adolescents weren't receive social support tends to have intimate partner violence. Social support could predict intimate partner violence (OR = 0.958, 95% CI = 0.924-0.994). If pregnant adolescents received one additional standard unit of social support, the chance for intimate partner violence decreased by 0.958 occasions. This finding could be explained in that pregnant adolescents with social support, especially from parents, siblings, relatives or friends, whether in the form of words of advice or a place of sanctuary, were able to decreased stress between married couples. the chance for intimate partner violence decreased (Apapon Sianlam et al, 2011). This concurred with the findings of Stokl et al (2010) which revealed that the chance for pregnant adolescents with inadequate social support from family and friends to be abused would increase by 4.1 occasions (OR = 4.1, 95% CI = 1.6-10.9). This was similar to the research findings of Chan et al (2012) which found that the chance for abuse occurring in pregnant adolescents receiving social support would decrease by 1.41 occasions (OR = 1.41, 95% CI = 1.05-1.89). Furthermore, the findings of Viellas et al (2013) revealed the chance for abuse occurring in pregnant adolescents receiving social support from the father of

their infants would decrease by 0.32 occasions (OR = 0.32, 95% CI = 0.19-0.53) if the pregnant adolescents received help in terms of advice to solve or relieve the stress occurring between the couples. Providing a sanctuary also reduces the chance for abuse between married couples (Apapon Sianlam et al, 2011).

History of child abuse unable to predict intimate partner violence in pregnant adolescents. This finding disagreed with the findings of Stockle et al (2010) which revealed that the chance for spousal abuse to occur in pregnant adolescents with history of child abuse increased by 6.7 occasions (OR = 6.7, 95% CI = 3.0-14.9). The findings of Makayoto et al (2013) also discovered the chance for spousal abuse to occur in pregnant adolescents with history of child abuse increased by 2.27 occasions (OR = 2.27, 95% CI = 1.05-4.89). This may be explained by Table 4.1 shows that subjects with a history of child abuse with 13 cases showed that most samples had been no history of child abuse. The distribution of information is minimal. Also, when considering the relationship between a history of childhood abuse with violence from a partner. And social support on violence by a partner (Table 4.7), the history of child abuse are related to lower levels of social support, thus making history of child abuse unable to predict intimate partner violence.

Age at having first sexual intercourse unable to predict intimate partner violence in pregnant adolescents. This finding did not concur with the study of Baumgartner, Geary, Tucker and Wedderburn (2009) which was conducted in 750 adolescents receiving prenatal services in Jamaica to study the correlations between early sexual debut, sexual abuse and pregnancy in adolescents aged 15-17 years. According to the study, the chance for pregnant adolescents with sexual debut at ages younger than 14 years old to be abused increased by 0.49 occasions (OR = 0.49, 95%, CI = 0.32 – 0.75). This may be explained by Table 4.3 The results showed that 105 patients had age at having first sexual intercourse 15-17 years, while the other 46 patients had age at having first sexual intercourse 11-14 years and 18-20 years. the data showed that the distribution of the data is minimal because the majority are aged 15-17 years, and considering the relationship between partner violence found that two factors, no relationship was makes that age at having first sexual intercourse was unable to predict intimate partner violence.

Number of partners unable to predict intimate partner violence in pregnant adolescents, This finding differed from the findings of Baumgartner, Geary, Tucker and Wedderburn (2009) which found pregnant adolescents with more than two sexual partners to have 3.23 occasions greater risk for abuse (OR = 3.23, 95%CI = 1.22 – 8.56). According to Table 4.3, it found that more than half. There is only one partner, which makes the distribution less. With consideration of the relationship between partner violence found no association between number of partners, thus making it impossible to predict intimate partner violence.

The results of such research could be concluded that the history of child abuse, substance abuse, age at having first sexual intercourse, number of partners and social support were indicated to be capable of predicting intimate partner violence by 14.1%. Substance abuse and social support to be capable of predicting intimate partner violence in pregnant adolescents be significant. There may be other factors that influence the intimate partner violence, but in this study did not take such factors studied. The hypothesis has been partially support. The results suggest that nurses should screen for intimate partner violence and retrieval of information on substance abuse and social support in pregnant adolescents at antenatal clinic to provide assistance.

Research Recommendations

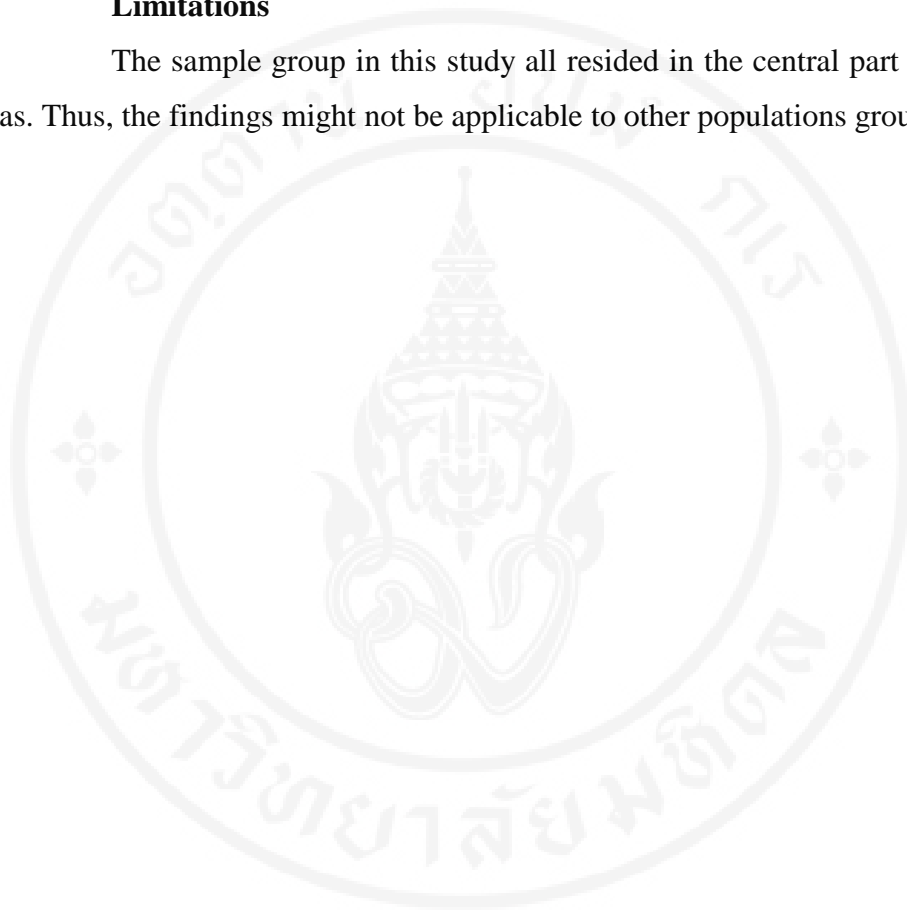
Future Research

1. Future research should be conducted to study additional factors correlated with abuse such as duration of marital relationships, married couple's relationships, gender roles and spouse's drug use and gambling habits.
2. In screening for abuse, physiological diagrams should be used to identify areas of body being abused in combination with the use of questionnaires to obtain more details.

3. Qualitative researches should be conducted with specific focus on abused pregnant adolescents in order to gain knowledge and understanding about spousal abuse and find the real causes of abuse as well as potential impacts.

Limitations

The sample group in this study all resided in the central part of provincial areas. Thus, the findings might not be applicable to other populations groups.



บรรณานุกรม

- กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, วาสนา อิ่มเอม และอุษา เลิศศรีสันทัต. (บรรณาธิการ). (2546). *ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จปรัฐ ปรีชาพานิช และชาญชัย วันทนาศิริ. (2550). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ใน ชาญชัย วันทนาศิริ, วิทยา ถิฐาพันธ์, ปราโมทย์ ไพรสุวรรณ และสุนทร อ้อเผ่าพันธุ์ (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ปริกำเนิด* (หน้า 165-169). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- พีระยุทธ สานุกูล และเพ็ญจิต ธารไพโรธานนท์. (2551). ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6, *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 3(1), 97-102.
- ชวมัย สืบบุญการณ. (2554). ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นในโรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 26(1), 124-138.
- ชเนวินทร์ หงษ์หิน. (2557). *การเลิกบุหรี่โดยใช้ยาช่วย*. Retrieved November 6, 2014, from http://www.pharmacy.cmu.ac.th/dic/newsletter/newpdf/newsletter11_2/vol2.pdf
- ชื่นชม เจริญยุทธ, ประยุกต์ เสรีเสถียร, ปนัดดา ปรียาทฤณ, จิราพร ชีรพัฒนะ และไข่มุก มลितอง. (2543). *การทำร้ายทารุณในครอบครัว: ศึกษาเฉพาะกรณีสตรีถูกทำร้ายโดยคู่สมรสที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดกรุงเทพมหานคร*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และสุภรต์ จรัสสิทธิ์. (2552). ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนแปลงทางสังคมและประชากร. ใน ชาย โพธิสิตา และสุชาดา ทวีสิทธิ์ (บรรณาธิการ), *ประชากรและสังคม 2552* (หน้า 218-223). นครปฐม: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย. (2548). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. Retrieved December 16, 2011, from http://www.rcpsycht.org/cap/book01_10.php
- ดรณีย์ บัวบุญ. (2544). *ผลของการทารุณกรรมด้านร่างกายและจิตใจต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์และสัมพันธภาพมารดาและทารก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นันทนา ธนาโนวรรณ. (2548). ผลของการใช้ระเบียบวิธีวิจัยและจริยธรรมที่แตกต่างในการทำวิจัยเรื่องความรุนแรงต่อสตรี. *วารสารพยาบาล*, 54(2), 73-82.

- นันทนา ชนาโนวรรณ.(2555). *ความรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: วี พรินท์ (1991).
- นันทนา ชนาโนวรรณ และภัสรา หากุหลาบ. (2549). ลักษณะทั่วไป ปัจจัยเสี่ยง และความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในขณะตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 55(1-4), 13-30.
- นันทนา ชนาโนวรรณ และภัสรา หากุหลาบ. (2550). ผลของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์ต่อความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25(1), 47-61.
- นันทนา ชนาโนวรรณ และพวงเพชร เกษรสมุท. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศ และภาวะจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(1), 28-36.
- นันทนา ชนาโนวรรณ, ภัสรา หากุหลาบ และพรทิพย์ ร่องเลื่อน. (2549). ความชุกของการถูกทำร้ายในหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์และผลทางจิตสังคม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 21(2), 31-45.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอเนไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- บุญสืบ โสโสม, สุจินตนา พันธุ์กล้า, ประมวล ทองตะนูนาม, จิระวรรณ อुकคกิมมาพันธุ์ และสุกมาส อติการกุล. (2550). *รายงานการวิจัย เรื่องความรุนแรงในสตรี: การทบทวนความรู้ งานวิจัยในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนนี กระทรวงสาธารณสุข.
- เบญจพร ปัญญาขง. (2553). *การทบทวนองค์ความรู้: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภควดี ศรีประเสริฐ. (2548). *ความรุนแรงในครอบครัว: กรณีการถูกทำร้ายของภรรยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐศาสตร์), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- มาลี เกื้อนพกุล. (2554). Teenage pregnancy. ใน เอกชัย โควาวิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ และ บุญศรี จันทร์รัชชกุล (บรรณาธิการ), *การตั้งครรภ์ในมารดาวัยเสี่ยง* (หน้า 35-49). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.

- มูลนิธิเพื่อนหญิง. (2554). ความหมายของความรุนแรงต่อสตรีจากปรัชญาสาขากล่าวด้วยการขจัดความรุนแรงต่อสตรี โดยองค์การสหประชาชาติ. Retrieved December 17, 2011, from <http://www.friendsofwomen.or.th/index.php?key=Y29udGVudD1jb250ZW50JmlkPTM=>
- รณชัย คงสกนธ์. (2554). ความรุนแรงในครอบครัว. *รามาศิขิตีเวชสาร*, 34(1), 1-2.
- วิชา เวชยันต์ศฤงคาร. (2555). ผลการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นที่คลอดครั้งแรกในโรงพยาบาลบางใหญ่. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 29(2), 82-92.
- แหวดาว พิมลชเรศ. (2555). อุบัติการณ์การตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 29(4), 301-311.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (เล่ม 2) วัยรุ่น-วัยสูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สามลดา.
- ศูนย์ทนายความทั่วไป. (2554). *พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.2550*. Retrieved December 17, 2011, from <http://www.thailandlawyercenter.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=538974034&Ntype=19>
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2553). *สถานะการมีบุตรของวัยรุ่นไทย*. *เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม*. Retrieved November 11, 2011, from http://www.m-society.go.th/content_stat_detial.php?pageid=712
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2556). *สถานการณ์การคลอดบุตรของวัยรุ่นไทยปี 2555*. *เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม*. Retrieved November 3, 2014, from http://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=10430
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2557). *แอลกอฮอล์และระบบประสาท*. Retrieved July 22, 2014 from <http://haamor.com/th/แอลกอฮอล์และระบบประสาท/#article102>
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อวัศดา จันทร์แสนตอ. (2544). *รายงานการวิจัยเรื่อง ความรุนแรงในครอบครัว: มุมมองของผู้หญิง*. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา.
- อภากาศร์ เสียงแหลม, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และนพวรรณ เป็ยชื้อ. (2554). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรีในสังคมไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 38-55.

- อเนก อารีพรค. (2548). *เพศศาสตร์ในสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- อุดม เชาวรินทร์. (2551). การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น. ใน *เขียน ต้นนรินทร์ (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์มารดาและทารก* (หน้า 150-151). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2549). *ความรุนแรงในวัยรุ่นไทย : รายงานการทบทวนองค์ความรู้และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- Audi, C. A., Segall-Corrêa, A. M., Santiago, S. M., Andrade Mda, G., & Pérez-Escamilla, R. (2008). Violence against pregnant women: Prevalence and associated factors. *Journal of Public Health, 42*(5), 877-885.
- Banyard, V. L., Cross, C., & Modecki, K. L. (2006). Interpersonal violence in adolescence: Ecological correlates of self-reported perpetration. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(10), 1314-1332.
- Basile, K. C., Hertz, M. F., & Back, S. E. (2007). *Intimate partner violence and sexual violence victimization assessment instruments for use in healthcare settings: Version 1*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 7-15.
- Baumgartner, J. N., Geary, C. W., Tucker, H., Wedderburn, M. (2009). The influence of early sexual debut and sexual violence on adolescent pregnancy: A matched case-control study in Jamaica. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 35*(1), 21-28.
- Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use*. Doctoral dissertation, Johns Hopkins University, USA.
- Brady, S. S., Tschann, J. M., Pasch, L. A., Flores, E., & Ozer, E. J. (2008). Violence involvement, substance use, and sexual activity among Mexican-American and European-American adolescents. *Journal of Adolescent Health, 43*(3), 285-295.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education, 3*(2)
- Cardoza, E. V. (2005). *Partner violence during pregnancy psychosocial factors and child outcomes in Nicaragua*. Umeå, Sweden: Print & Media.

- Casique, L. C., & Furegato, A. R. F. (2006). Violence against women: Theoretical reflections. *Latin American Journal of Nursing, 14*(6), 950-956.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010a). *Intimate partner violence: Risk and protective factors*. Retrieved November 24, 2011, from <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/intimatepartnerviolence/riskprotectivefactors.html>
- Chan, K. L., Brownridge, D. A., Fong, D. Y. T., Tiwari, A., Leung, W. C., & Ho, P. C. (2012). Violence against pregnant women can increase the risk of child abuse: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect, 36*(4), 275-284.
- Covington, D. L., Justason, B. J., & Wright, L. N. (2001). Severity, manifestations, and consequences of violence among pregnant adolescents. *Journal of Adolescent Health, 28*(1), 55-61.
- Curry, M. N., Perrin, N., & Wall, A. E. (1998). Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology, 92*(4), 530-534.
- Cyr, M., McDuff, P., & Wright, J. (2006). Prevalence and predictors of dating violence among adolescent female victims of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(8), 1000-1017.
- Family Health International. (2008). Early sexual debut, sexual violence, and sexual risk-taking among pregnant adolescents and their peers in Jamaica and Uganda. *Youth Research Working Paper No. 8*. North Carolina: Research Triangle Park.
- Gazmararian, J. A., Lazorick, S., Spitz, A. M., Ballard, T. J., Saltzman, L. E., & Marks, J. S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association, 275*(24), 1915-1920.
- Gessner, B. D., & Perham-Hester, K. A. (1998). Experience of violence among teenage mothers in Alaska. *Journal of Adolescent Health, 22*(5), 383-388.
- Gomez, A. M. (2011). Sexual violence as a predictor of unintended pregnancy, contraceptive use, and unmet need among female youth in Colombia. *Journal of Women's Health, 20*(9), 1349-1356.
- Grauerholz, L. (2000). An ecological approach to understanding sexual revictimization: Linking personal, interpersonal, and sociocultural factors and processes. *Child Maltreatment, 5*(1), 5-17.

- Harner, H. M. (2004). Domestic violence and trauma care in teenage pregnancy: Does paternal age make a difference?. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(3), 312- 319.
- Heaman, M. I. (2005). Relationships between physical abuse during pregnancy and risk factors for preterm birth among women in Manitoba. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(6), 721-731.
- Karaoglu, L., Celbis, O., Ercan, C., Llgar, M., Pehlivan, E., Gunes, G., et al. (2005). Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. *European Journal of Public Health*, 16(2), 149-156.
- Kellogg, N. D., Hoffman, T. J., & Taylor, E. R. (1999). Early sexual experiences among pregnant and parenting adolescents. *Adolescence*, 34(134), 293-301.
- Kelly, P. J., Cheng, A. L., Peralez-Dieckmann, E., & Martinez, E. (2009). Dating violence and girls in the juvenile justice system. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(9), 1536-1551.
- Kulkarni, S. J. (2009). The relational consequences of interpersonal violence (IPV) for adolescent mothers. *Youth & Society*, 41(1), 100-123.
- Lindhorst, T., & Oxford, M. (2008). The long term effects of intimate partner violence on adolescent mothers' depressive symptoms. *Social Science and Medicine*, 66(6), 1322-1333.
- Lindhorst, T., Beadnell, B., Jackson, L. J., Fieland, K., & Lee, A. (2009). Mediating pathways explaining psychosocial functioning and revictimization as sequelae of parental violence among adolescent mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(2), 181-190.
- Li, Q., Kirby, R. S., Sigler, R. T., Hwang, S-S., Lagory, M. E., & Goldenberg, R. L. (2010). A multilevel analysis of individual, household, and neighborhood correlates of intimate partner violence among low-income pregnant women in Jefferson county, Alabama. *American Journal of Public Health*, 100(3), 531-539.
- Makayoto, L. A., Omolo, J., Kamweya, A. M., Harder, V. S., & Mutai, J. (2013). Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. *Mathernal and Child Health Journal*, 17(3), 441-447.

- Manseau, H., Fernet, M., Hébert, M., Collin-Vézina, D., & Blais, M. (2008). Risk factors for dating violence among teenage girls under child protective services. *International Journal of Social Welfare, 17*(3), 236-242.
- Martin, S. L., Clark, K. A., Lynch, S. R., & Kupper, L. L. (1999). Violence in the lives of pregnant teenage women: Associations with multiple substance use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*(3), 425-439.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., & Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *Journal of the American Medical Association, 267*(23), 3176-3178.
- Mylant, M. L., & Mann, C. (2008). Current sexual trauma among high-risk teen mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 21*(3), 164-176.
- Newman, B. S., Campbell, C. (2011). Intimate partner violence among pregnant and parenting Latina adolescents. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(13), 2635-2657.
- Noll, J. G., Shenk, C. E., & Putnam, K. T. (2009). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(4), 366-378.
- Oetzel, J., & Duran, B. (2004). Intimate partner violence in American Indian and/or Alaska Native communities: A social ecological framework of determinants and interventions. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 11*(3), 49-63.
- Peng, C-Y. J., Lee, K. L., & Ingersoll, G. M. (2002). An introduction to logistic regression analysis and reporting. *Journal of Educational Research, 96*(1), 1-14.
- Quinlivan, J. A., & Evans, S. F. (2001). A prospective cohort study of the impact of domestic violence on young teenage pregnancy outcomes. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 14*(1), 17-23.
- Renker, P. R. (1999). Physical abuse, social support, self-care, and pregnancy outcomes of older adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 28*(4), 377-388.
- Renker, P. R. (2002). "Keep a blank face. I need to tell you what has been happening to me." Teens' stories of abuse and violence before and during pregnancy. *American Journal of Maternal Child Nursing, 27*(2), 109-116.

- Saewyc, E. M., Magee, L. L., & Pettingell, S. E. (2004). Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 36*(3), 98-105.
- Saltzman, L. E., Johnson, C. H., Gilbert, B. C., & Goodwin, M. M. (2003). Physical abuse around the time of pregnancy: An examination of prevalence and risk factors in 16 states. *Maternal and Child Health Journal, 7*(1), 31-43.
- Shamu, S., Abrahams, N., Temmerman, M., Musekiwa, A., & Zarowsky, C. (2011). A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: Prevalance and risk factors. *Public Library of Science, 6*(3), 1-9.
- Silverman, J. G., Raj, A., & Clements, K. (2004). Dating violence and associated sexual risk and pregnancy among adolescent girls in the United States. *Pediatrics, 114*(2), e220-e225.
- Srisutham, W. (2003). *The factors related to violence against adolescent wives: Situation analysis in Kanchanaburi province*. Master thesis, Mahidol University, Thailand.
- Stock, J. L., Bell, M. A., Boyer, D. K., & Connell, F. A. (1997). Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives, 29*(5), 200-203.
- Stockl, H., Hertlein, L., Friese, K., & Stockl, D. (2010). Partner, workplace, and stranger abuse during pregnancy in Germany. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 111*(2), 136-139.
- Taft, A. J., & Watson, L. F. (2007). Termination of pregnancy: Associations with partner violence and other factors in a national cohort of young Australian women. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 31*(2), 135-142.
- Taillieu, T. L., & Brownridge, D. A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior, 15*(1), 14-35.
- Thananowan, N. (2005). Intimate partner violence (IPV): An analysis and comparison of feminist theory and social learning theory. *Journal of Nursing Science, 23*(2), 4-14.
- Viellas, E. F., Gama, S. G. N. D., Carvalho, M. L. D., & Pinto, L. W. (2013). Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. *Journal de Pediatria, 89*(1), 83-90.

- Vongsirimas, N. (2009). *The relationship among depressive symptom severity in mothers, gender difference and depressive symptoms in Thai adolescents: The mediating role of life stress, social support, and self-esteem*. Doctoral dissertation, Mahidol University, Thailand.
- Wiemann, C. M., Agurcia, C. A., Berenson, A. B., Volk, R. J., & Rickert, V. I. (2000). Pregnant adolescents: Experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. *Maternal and Child Health Journal, 4*(2), 93-101.
- World Health Organization. (2002). *Definition and typology of violence*. Retrieved July 17, 2011, from <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>
- World Health Organization. (2004). *Adolescent pregnancy*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). *Addressing violence against women and achieving the millennium development goals*. Retrieved August 8, 2012, from http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_FCH_GWH_05.1.pdf
- World Health Organization. (2011a). *Intimate partner violence during pregnancy*. Retrieved August 22, 2012, from http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.35_eng.pdf
- World Health Organization. (2011b). *The Ecological framework*. Retrieved September 8, 2011, from <http://www.who.int/violenceprevention/approach/ecology/en/index.html>
- Yang, M. S., Yang, M. J., Chou, F. H., Yang, H. M., Wei, S. L., & Lin, J. R. (2006). Physical abuse against pregnant aborigines in Taiwan: prevalence and risk factors. *International Journal of Nursing Studies, 43*(2006), 21-27.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41.
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 55*(3-4), 610-617.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แพทย์หญิง พัชระดา อมาตยกุล
สูติแพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. อาจารย์ สุกฤตา ว่องวิทย์การ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลมารดาและทารก มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. นาง อุทุมพร แผลมหลวง
พยาบาลประจำหอผู้ป่วยนอก แผนกสูตินรีเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคน



CERTIFICATE OF APPROVAL

From

Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University

COA No. IRB-NS2013/172.1405 (Renewal)

Title of Project: PERSONAL FACTORS AND SOCIAL SUPPORT IN PREDICTING INTIMATE PARTNER VIOLENCE AMONG PREGNANT ADOLESCENTS

Project Number: IRB-NS2013/08.2002

Principle Investigator: Miss Pantipa Buakhai

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes
1) IRB-NS Submission form version received date 5 July 2013
2) Participant Information sheet version date 5 July 2013
3) Questionnaire version received date 9 May 2013

Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Renewal date(1st): 24 April 2014

Expired date: 23 April 2015

Signature of Chair: *Pornsri Sriussadaporn.*
(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing *Fongcum Tilokakul*
(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)

Dean, Faculty of Nursing

ภาคผนวก ก
หนังสืออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัย

	<p>เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก</p>	<p>49/56</p>
<p>ชื่อโครงการ</p>	<p>ปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความรุนแรงที่เกิดจาก คู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น</p>	
<p>ชื่อหัวหน้าโครงการ</p>	<p>นางสาวพรณทิพา บัวคล้าย</p>	
<p>เลขที่โครงการ/รหัส</p>	<p>-</p>	
<p>สังกัดหน่วยงาน</p>	<p>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล</p>	
<p>การรับรอง</p>	<p>ขอรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวข้างบนนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เมื่อวันที่ 11 ส.ย. 2556</p>	
<p>ลงนาม</p>	<p>(นายแพทย์ธีระ สรรพกิจสมบูรณ์) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์</p> 	



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกำแพงเพชร
 ที่ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๕๖
 เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

สรุปเรื่อง

เนื่องด้วย นางสาวพรรณทิพา บัวคล้าย เป็นนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ในหลักสูตรปริญญาโท สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ จะขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง ๑๒ - ๑๙ ปี ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๕๖ ถึง ๑ มีนาคม ๒๕๕๗ เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ ปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ”

ดังนั้น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกำแพงเพชร เห็นควรอนุญาตยินยอมให้หน่วยงานภายนอกดังกล่าวเข้ามาเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยได้

กฎ / ระเบียบ / ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

เหตุผลประกอบการพิจารณาอนุญาตยินยอมให้เก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือ

๑. อ้างถึงหนังสือคณะกรรมการศิริราชพยาบาล ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/๐๑๗๒ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๕๖ เรื่อง ขออนุญาตอนุเคราะห์ให้นักศึกษามาเก็บข้อมูล
- ๒) การวิจัยเรื่องนี้มีประโยชน์ต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อป้องกันความรุนแรงในระหว่างตั้งครรภ์ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์
- ๓) งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองและพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหิดลแล้วตามสำเนาเอกสารรับรองที่แนบมา

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ผู้วิจัยดังกล่าวเข้าทำการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

(นายสมเพ็ง โชคเฉลิมวงศ์)

นายแพทย์ชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกำแพงเพชร

คำสั่ง/ ข้อคิดเห็น

Copyright by Mahidol University

2 กรกฎาคม 2556

นายพันทะนันท์ วงศ์แสนสี

COA No. 057/2014

IRB No. 334/56



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ	: ปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาวพรณทิพา บัวคล้าย
สังกัดหน่วยงาน	: คณะพยาบาลศาสตร์
วิธีทบทวน	: แบบคณะกรรมการเต็มชุด
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 ธันวาคม 2556
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 ธันวาคม 2556
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 ธันวาคม 2556
4. AF 04-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2557
5. AF 05-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2557
6. โครงการวิจัยฉบับย่อ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 4 มีนาคม 2557
7. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 4 มีนาคม 2557
8. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 ธันวาคม 2556
9. รายละเอียดงบประมาณการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 ธันวาคม 2556
10. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 9 ธันวาคม 2556

ลงนาม


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นววิทย์ ดาดี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร



วันที่รับรอง : 4 มีนาคม 2557

วันหมดอายุ : 4 มีนาคม 2558

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



งานวิจัย คณะแพทยฯ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รับที่ ๑๕๕ วันที่ 24 ก.พ. 2557

เวลา ๒.๕๖ น. ส่งคืน

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะแพทยศาสตร์ สำนักงานเลขานุการคณะฯ งานวิจัย โทร. 7903, 7928

ที่ ศธ 0527.10.01/0391 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2557


เรื่อง การเข้าเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามบันทึกข้อความที่ ศธ 0527.12.01(3)/044 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2557 นางสาวพรณทิพา บัวคล้าย นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นบุคลากรสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมในการทำนวยความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น” โดยมีอาจารย์ รองศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามความทราบแล้วนั้น

อนึ่ง ตามมติที่การประชุมคณะกรรมการบริหารงานวิจัยคลินิก ครั้งที่ 1/2557 และคณะกรรมการดำเนินการส่งเสริมงานวิจัย ครั้งที่ 1/ 2557 ในวันที่ 12 กุมภาพันธ์ เวลา 12.00 - 13.30 น. ณ ห้องประชุมไพจิตร ชั้น 3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ มีมติให้ความอนุเคราะห์เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการศึกษาค้นคว้าต่อไป ทั้งนี้ขอให้แจ้งสรุปผลการศึกษาดังกล่าว กลับมายังคณะแพทยศาสตร์ด้วยจักเป็นพระคุณยิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ดร.สุธาทิพย์ พงษ์เจริญ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

การดำเนินการของคณะพยาบาลศาสตร์

- อนุมัติให้ดำเนินการ
- เก็บสำเนาเอกสาร
- อนุมัติโปรดให้กรรมการ
- อนุมัติแล้ว ๐. ๒๖๖๖๖๖๖๖ มีคำสั่ง

จางาม เจริญ สก/มค/๖๖๖๖๖๖

๐๖/๒๖๖๖๖๖๖๖

๒๖/๖๖๖๖๖๖

๐๖/๒๖๖๖๖๖๖๖

๒๖/๖๖๖๖๖๖



ที่ ตก ๐๐๓๒/ปชธ/๕๗

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
๑๖/๒ ถนนพหลโยธิน อ.เมือง จ.ตาก ๖๓๐๐๐

๑๐ กันยายน ๒๕๕๖

เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูล

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ ศธ ๐๕๒๗.๑๒/๘๔๙ ลงวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึงคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ส่งนางสาวพรรณทิพา บัวคล้าย นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นบุคลากรสังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เข้าเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น” ณ หน่วยงานฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ไม่ขัดข้อง ยินดีให้ นักศึกษา เก็บข้อมูลได้ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวันชัย พินิชกชกร)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ วิชาการในตำแหน่ง


ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โทร.๐ ๕๕๕๑ ๑๐๒๔ ต่อ ๑๐๕๒

โทรสาร.๐ ๕๕๕๑ ๓๐๓๗

ภาคผนวก ง
เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



โรงพยาบาลจิตเวชนคระราชสิมาราชนครินทร์
อำเภอเมืองนคระราชสิมา จังหวัตนคระราชสิมา
๓๐๐๐๐

๒๒ มีนาคม ๒๕๕๕

ที่ สธ ๐๘๑๕ / ๑๒๗๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือที่ สธ ๐๕๑๗.๐๕ / ๐๐๒๕๖ ลงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๕

ตามที่ นางสาวพรรณทิพา บัวคล้าย นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศุภครุภรกร์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชนคระราชสิมาราชนครินทร์ ขอเรียนให้ทราบว่า ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญมาลิก ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวข้างต้น เพื่อการศุภครุภรกร์วิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

เขียน คุณบดี
 เพื่อโปรดทราบ

สำเนาเรื่อง เรียน.....

เรื่องส่ง เด็กสิทธรมลิต


(นายพิทักษ์พล บุญมาลิก)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนคระราชสิมาราชนครินทร์

ทราบและดำเนินการได้


(รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศรีจันทรรัตน์)
รองคณบดีฝ่ายบริหาร
ปฏิบัติหน้าที่แทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
๑๖ มี.ค. ๕๕

สำนักงานผู้อำนวยการ
โทรศัพท์ ๐-๕๔๒๓-๓๙๙๙ ต่อ ๖๕๙๓๐
โทรสาร ๐-๕๔๒๓-๓๙๗๗

เรื่องส่ง สารบรรณตอบ/เก็บ คืนเจ้าของเรื่อง
สำเนา - ภาควิชา.....และอาจารย์.....
- งาน.....

ทลักรุภรกร์งานทต
กรรคร ๒๖/๓/๕๕

27/8/2557

การพิมพ์ข้อความของ Outlook.com

[พิมพ์](#)

[ปิด](#)

จาก: **judith mcfarlane** (jmcfarlanetwu@yahoo.com)

ส่งเมื่อ: 24 มกราคม 2555 12:42:34

ถึง: พรรณทิพา บัวคล้าย (pan_bouy@hotmail.com)

You have my permission. Best of luck with your studies

Judith McFarlane, RN, DrPH, FAAN

Parry Chair in Health Promotion & Disease Prevention

PI - Mother Child Study To Inform Practice & Policy

TWU, 6700 Fannin, Houston, Tx 77030

Tel: 713-794-2138; Fax 713-794-2102; Office: 7422

จาก: **Zimet, Gregory D** (gzimet@iupui.edu)

ส่งเมื่อ: 25 มกราคม 2555 3:14:28

ถึง: '????????' (pan_bouy@hotmail.com)

สิ่งที่แนบมา 3 รายการ

MSPSS refs.doc (40.5 กิโลไบต์) , MSPSS.doc (33.5 กิโลไบต์) , MSPSS - Thai
Jul10,2009.pdf (53.8 กิโลไบต์)

Dear Miss. Pantipa Buakhal,

You have my permission to use my scale, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), in your research. I have attached a copy of the original English version of the scale and a document listing articles that report on the psychometric properties of the MSPSS. Also attached is a Thai translation of the scale. I believe the translation was carried out by Dr. Tinakon Wongpakaran, who is a faculty member at Chiang Mai University (tchanob@med.cmu.ac.th). You may want to check with Dr. Wongpakaran to be certain.

I hope your research goes well.

Best wishes,
Greg Zimet

Gregory D. Zimet, PhD
Professor of Pediatrics & Clinical Psychology
Section of Adolescent Medicine
Indiana University School of Medicine
Health Information & Translational Sciences
410 W. 10th Street, HS 1001
Indianapolis, IN 46202
USA

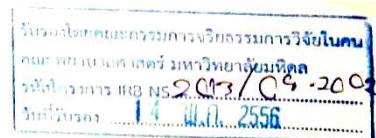
ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม

--	--	--

คำชี้แจง เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด โดยมีข้อคำถามรวมทั้งหมด 38 ข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ชุดที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 15 ข้อ
ชุดที่ 2	แบบสอบถามข้อมูลการตั้งครุภัณฑ์และการคลอด	จำนวน 6 ข้อ
ชุดที่ 3	แบบคัดกรองความรุนแรง	จำนวน 5 ข้อ
ชุดที่ 4	แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ	จำนวน 12 ข้อ



ชุดที่ 1

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความในช่องว่างและใส่เครื่องหมายถูก ✓ ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. ปัจจุบันคุณอายุ _____ ปี

2. คู่รักหรือสามีอายุ _____ ปี

3. สถานภาพสมรส

อยู่ด้วยกัน

แยกกันอยู่

เลิกกันแล้ว

.
. .
. .

ชุดที่ 2

แบบสอบถามข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความในช่องว่างและใส่เครื่องหมายถูก ✓ ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ _____ ครั้ง

2. จำนวนครั้งของการคลอด _____ ครั้ง

3. หากไม่ตั้งใจคุณยอมรับการตั้งครรภ์ครั้งนี้หรือไม่

ยอมรับ

เฉย ๆ

ไม่ต้องการลูก

.
. .
.

ชุดที่ 3

แบบคัดกรองความรุนแรง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมายถูก ✓ ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. คุณเคยถูกคู่รักหรือสามีทำร้ายร่างกายหรือจิตใจมาก่อนหรือไม่
 ใช่ ไม่ใช่
2. ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ก่อน คุณเคยถูกตี ตบ ตะ หรือทำร้ายร่างกายให้ได้รับบาดเจ็บโดยวิธีใด ๆ ก็ตาม โดยคู่รักหรือสามี หรือไม่
 ใช่ ไม่ใช่

ชุดที่ 4

แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของคุณมากที่สุด

- | | | |
|---|---------|---------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยที่สุด |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างมาก |
| 3 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย |
| 4 | หมายถึง | มีความเห็นเป็นกลาง |
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยเล็กน้อย |
| 6 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างมาก |
| 7 | หมายถึง | เห็นด้วยที่สุด |

ข้อความ	1	2	3	4	5	6	7
1. คุณมีคนสำคัญที่คอยให้ความช่วยเหลือ.....							
12. คุณสามารถพบปัญหาของคุณ.....							

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาว พรรณทิพา บัวคล้าย
วัน เดือน ปีเกิด	30 มีนาคม พ.ศ. 2529
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบูรณ์ ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2547-2551
ที่อยู่ปัจจุบัน	85/7 ถนนวชิร ซอยสุริยะศักดิ์ ต.หล่มสัก อ.หล่มสัก จ.เพชรบูรณ์ 67110 โทรศัพท์ 098-343-5519 E-mail: pan_bouy@hotmail.com
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ (ประจำห้องคลอด) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2551-2553 พนักงานมหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอ เมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 พ.ศ. 2553-ปัจจุบัน