

ปัจจัยทำนaylorการคูลำเนลของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด

นางนฤมล ทองมี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

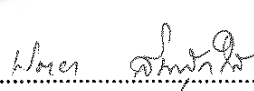
ปัจจัยทำนายนการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด


นางสาวนฤณมถ ทองมี
ผู้วิจัย


ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมพร รตินทร,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปิยนันท์ ลิ้มเรืองรอง,
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

ปัจจัยทำนายนการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

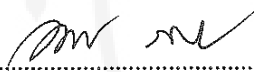
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ชั้นสูง)

วันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2557



นางสาวนาฏนฤมล ทองมี

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมพร รติณธร,

Ph.D. (Nursing)

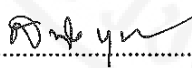
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา สินสุกใส,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล,

พย.ด.

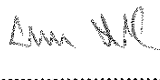
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปิยนันท์ ลิ้มเรืองรอง,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

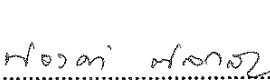


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอมพร รตินธร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด จนวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิตยา สีนสุกใส ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล กรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี รวมทั้งพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์คนัย ธีวันดา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย และนายแพทย์ประสิทธิ์ สัจพงษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ที่ให้โอกาสผู้วิจัยในการลาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และกราบขอบพระคุณคุณคุณมุลี แสนใจ หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจและแสดงความห่วงใยแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณแม่พ่อสวาสดี – คุณแม่จินตนา ทองมี และสมาชิกครอบครัวทองมี สำหรับความรัก ความห่วงใยและกำลังใจที่ให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่กรุณาอบรมสั่งสอนและถ่ายทอดวิชาความรู้ ขอขอบพระคุณญาติ พี่น้อง และเพื่อนสนิททุกคน รวมทั้งทุกท่านที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้วิจัยสามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ จนสำเร็จการศึกษา

นาฏนฤมล ทองมี

ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด

FACTORS PREDICTING CONTRACEPTION IN FIRST-TIME ADOLESCENT MOTHERS DURING POSTPARTUM PERIOD

นาฏนฤมล ทองมี 5236539 NSAM/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: เอ็มพร รตินธร, Ph.D. (NURSING), ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study) เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ในการทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกจำนวน 122 ราย ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด แบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ และแบบสัมภาษณ์การคุมกำเนิด 6 สัปดาห์หลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โดยการทดสอบสถิติทดสอบที (t - test) การทดสอบแมนน์-วิทนี (Mann-Withney) และการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอดได้ ($p > .05$) นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการคุมกำเนิดน้อย และทราบเพียงการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเท่านั้น แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.6) มีการคุมกำเนิดเมื่อมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ โดยมีมารดาเป็นผู้ตัดสินใจ

จากผลการวิจัย จึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดแก่วัยรุ่นตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และให้ในช่วงแรกหลังคลอด และมารดาวัยรุ่นควรได้รับการส่งเสริมให้มาตรวจหลังคลอดทุกรายนอกจากนี้ มารดาของวัยรุ่นควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง เพื่อช่วยเหลือให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : มารดาวัยรุ่น/ การคุมกำเนิดหลังคลอด/ปัจจัยทำนาย

FACTORS PREDICTING CONTRACEPTION IN FIRST-TIME ADOLESCENT MOTHERS DURING POSTPARTUM PERIOD

NARDNARUMON THONGMEE 5236539 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: AMEPORN RATINTHORN, Ph.D. (NURSING),
PIYANUN LIMREANGRONG, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study was a descriptive study which aimed at investigating the predictive power of factors including incomes, knowledge of contraception, attitudes toward contraception, and perceived support from significant persons to predict contraception in first-time adolescent mothers in the postpartum period. The study participants consisted of 122 first-time adolescent mothers at Sappasitprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province. Data were collected by means of the demographic questionnaire, the knowledge of contraception questionnaire, the attitudes toward contraception questionnaire, the perceived support from significant persons questionnaire, and the six-week postpartum interview questionnaire. Data were analyzed using the t-test, Mann-Whitney U test, and Logistics Regression Analysis.

The study findings revealed that the factors of incomes, knowledge of contraception, attitudes toward contraception, and perceived support from significant persons could not predict contraception in first-time adolescent mothers in the postpartum period ($p > 0.05$). Moreover, it also found that adolescent mothers in this study had low levels of contraceptive knowledge and know only about using oral contraception pills, but most adolescent mothers (83.6%) accepted contraception when they came for 6 weeks postpartum check-ups, with the decision being made by their mothers.

Based on such findings, it is recommended that contraceptive knowledge should be provided to adolescents at junior high school level and again in the early postpartum period and all adolescent mothers should be encouraged to come for postpartum follow-ups. In addition, the adolescents' mothers should be equipped with the correct knowledge of contraception to ensure effective and continued use of contraception in adolescent mothers.

KEY WORDS : ADOLESCENT MOTHERS / POSTPARTUM CONTRACEPTIVE USE /
PREDICTING FACTORS

107 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	9
วัตถุประสงค์การวิจัย	10
สมมติฐานการวิจัย	10
กรอบแนวคิดการวิจัย	10
นิยามตัวแปร	12
ขอบเขตการวิจัย	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	14
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	14
อุบัติการณ์การตั้งครรภ์	15
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น	16
ผลจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อมารดา ทารก สังคมและเศรษฐกิจ	17
การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น	23
ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น	23
การคุมกำเนิด	28

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิด	29
อายุของมารดาวัยรุ่น	29
รายได้ของครอบครัว	30
ความรู้เกี่ยวกับคุมกำเนิด	30
ทัศนคติต่อการคุมกำเนิด	31
ประสบการณ์ในการคุมกำเนิด	33
การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	37
สถานที่เก็บข้อมูล	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	44
การวิเคราะห์ข้อมูล	45
บทที่ 4 ผลการวิจัย	46
บทที่ 5 การอภิปรายผล	55
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	60
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	63
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	75
บรรณานุกรม	89
ภาคผนวก	96
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	97

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	98
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย	103
ภาคผนวก ง เอกสารเข้ารับฟังบรรยายหัวข้อเรื่อง “จริยธรรมการวิจัย ในคน”	106
ประวัติผู้วิจัย	107

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 ลักษณะประชากร	47
4.2 ข้อมูลด้านการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์	49
4.3 การคุมกำเนิดหลังคลอด	50
4.4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอดระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิด โดยการทดสอบสถิติทดสอบที (t-test)	51
4.5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านรายได้ และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอดระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิด โดยการทดสอบสถิติทดสอบแมนน์-วิทนี (Mann - Whitney)	52
4.6 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับคุมกำเนิด ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอด	53
4.7 ผลการติดตามการคุมกำเนิดเมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด	54

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

หน้า

12



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ในปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น เป็นปัญหาที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศทั่วโลก เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร พบอัตราการตั้งครรภ์ 41 ราย และ 27 ราย ต่อ สตรีวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 – 19 ปี จำนวน 1,000 ราย ตามลำดับ ส่วนกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างเช่น กลุ่มประเทศในทวีปแอฟริกา พบอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่น สูงถึง 229 ราย สำหรับกลุ่มประเทศตะวันออกกลางพบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากที่สุด ในประเทศโอมาน 122 ราย กลุ่มประเทศในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก พบอัตราการตั้งครรภ์ที่สูงที่สุด ในประเทศบังกลาเทศ และอินเดียในอัตรา 115 ราย และ 107 ราย ตามลำดับ (Bearinger, Sieving, Ferguson, & Sharma, 2007) สำหรับสถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทย จากข้อมูลการแจ้งเกิดของสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย พบว่า มีอัตราการตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.92 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 15.55 ในปี พ.ศ. 2551 และเมื่อแยกสำรวจและทำการเก็บข้อมูลเป็นรายจังหวัดในปี พ.ศ. 2552 พบว่าอัตราการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี สูงสุดในประเทศไทย คือที่จังหวัดชัยนาท ในอัตราร้อยละ 23.0 รองลงมา คือ จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดนครสวรรค์ ที่อัตราร้อยละ 22.5 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2552b) สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี พบอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดในสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 17.85 (ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี, 2553) ซึ่งมีอัตราที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ที่กำหนดเป้าหมายของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไว้ไม่เกินร้อยละ 10 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในปัจจุบัน มีอายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยลง อยู่ที่อายุเฉลี่ย 12.5 ปี สำหรับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ในกลุ่มวัยรุ่นชายพบการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 55.8 และวิธีหลั่งภายนอก ร้อยละ 3.2 ส่วนกลุ่มวัยรุ่นสตรี พบ การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด เพียงร้อยละ 9.4 เท่านั้น (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2551) ซึ่งถือว่า

พฤติกรรมการคุมกำเนิดยังอยู่ในอัตราที่น้อย และวัยรุ่นยังเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้วัยรุ่นมีโอกาสในการตั้งครรภ์ได้ง่าย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในมารดาวัยรุ่น มีอยู่หลายปัจจัย แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยใหญ่ๆ ได้แก่ ปัจจัยแวดล้อมส่วนบุคคล ปัจจัยแวดล้อมด้านครอบครัว และปัจจัยแวดล้อมด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ ปัจจัยที่หนึ่ง ปัจจัยแวดล้อมส่วนบุคคล เช่น การที่วัยรุ่นมีการเจริญเติบโตท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรม มีการเปิดกว้างของข้อมูลข่าวสาร ทำให้เข้าถึงข้อมูลหรือสื่อที่เกี่ยวกับเพศได้ง่าย แต่วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงทำให้มีความเสี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (กำแหง จาตุรจินดา และคณะ, 2545) และวัยรุ่นบางรายยังมีการใช้สารเสพติด (Substance abuse) ไม่ว่าจะเป็นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการใช้นิโคตินประเภทต่างๆ ทำให้ขาดสติในการยับยั้งชั่งใจ เป็นผลให้ความเสี่ยงในการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น และยังพบว่า วัยรุ่นบางส่วนมีการตั้งครรภ์จากการถูกระงับทางเพศอีกด้วย (Ehlers, 2003; Yildirim, Inal, & Tinar, 2005; กำแหง จาตุรจินดา และคณะ, 2545) ปัจจัยที่สอง ปัจจัยแวดล้อมด้านครอบครัว พบว่า เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญ โดยพบว่า วัยรุ่นที่ขาดการดูแลเอาใจใส่ ถูกทอดทิ้ง (Neglect or poor family relationship) มีประวัติการเลี้ยงดูที่ไม่ดี พ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่มีเวลา หรือวัยรุ่นไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ จะมีโอกาสตั้งครรภ์ได้มากกว่า (Boardman, Allsworth, Phipps, & Lapane, 2006; Manlove, Ikramullah, Mincieli, Holcombe, & Danish, 2009) และยังพบอีกว่าวัยรุ่นที่เคยหรืออาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีมารดา พี่สาว น้องสาว ญาติ หรือบุคคลที่มีประวัติตั้งครรภ์ในขณะที่เป็นวัยรุ่นมาก่อน จะมีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นทั่วไป (East, Reyes, & Horn, 2007) สำหรับปัจจัยที่สาม ปัจจัยแวดล้อมด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า โดยส่วนใหญ่ของการตั้งครรภ์จะเกิดขึ้นในกลุ่มสตรีวัยรุ่นที่สำเร็จการศึกษาตามเกณฑ์ขั้นต่ำของระบบการศึกษา อยู่นอกระบบการศึกษา หรือทำงาน เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจ ความยากจน ทำให้มีความจำเป็นต้องทำงานเพื่อหารายได้ (Belzer, Sanchez, Olson, Jacobs, & Tucker, 2005; Chopra, 2010; East, et al., 2007) ซึ่งอาจทำให้ไม่มีเวลา หรืออาจเข้าไม่ถึงระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิด ทำให้ไม่มีความรู้และไม่ให้ความสำคัญกับการคุมกำเนิด (De Fátima Rato Padin, et al., 2009; Gilliam, Warden, & Tapia, 2004)

การตั้งครรภ์และการคลอดในมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในขณะที่มีความไม่พร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ โดยเฉพาะการเจริญเติบโตของร่างกายที่ยังเติบโตไม่เต็มที่ จึงทำให้มีผลกระทบมากมายทั้งต่อตัวมารดาวัยรุ่นและทารก หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลลัพธ์ที่ไม่ดี ทั้งในระยะตั้งครรภ์ เช่น ปัญหาน้ำหนักตัวที่เพิ่มน้อยของมารดาวัยรุ่นระหว่างการ

ตั้งครรภ์ ปัญหาความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive disorder in pregnancy) พบว่าสตรีวัยรุ่นมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีวัยผู้ใหญ่ (Mahavarkar, Madhu, & Mule, 2008) โดยเฉพาะกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี (Kumar, Singh, Basu, Pandey, & Bhargava, 2007) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มักมีภาวะขาดแคลเซียม โปรตีน วิตามิน และธาตุเหล็ก ซึ่งการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์จะทำให้มีภาวะโลหิตจางมากขึ้น (Mahavarkar, et al., 2008; กำแพง จาตุรจินดา และคณะ, 2545) และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังมีความเสี่ยงที่จะคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) มากกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี จะมีความเสี่ยงในการคลอดบุตรก่อนอายุครรภ์ครบกำหนดในระดับรุนแรง (อายุครรภ์ 24-32 สัปดาห์ (very preterm delivery)) (Smith & Pell, 2001) และยังพบปัญหาการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted diseases - STD) เนื่องจากสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ได้ตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กำแพง จาตุรจินดา และคณะ, 2545) ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ไม่สม่ำเสมอ (Levine, Aaron, & Foster, 2006) และการตัดสินใจใช้ถุงยางอนามัยเป็นการตัดสินใจจากฝ่ายชายเป็นหลัก อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อยในมารดาวัยรุ่นคือการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) การติดเชื้อหูดหงอนไก่ (Condylomata) และ Trichomoniasis หรือบางรายมีการติดเชื้อ HPV, Chlamydia, และโรคหนองใน (Gonorrhea) (Yildirim, et al., 2005)

ด้วยเหตุผลที่สตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และบุตรในครรภ์เกิดจากการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ จึงอาจทำให้มีปัญหาทางจิตใจ มีความเครียด ความกังวล จากการที่กลัวถูกตำหนิ หรือเป็นที่อับอายของครอบครัวและญาติ เนื่องจากทัศนคติทางสังคม หรือวัฒนธรรมยังไม่ยอมรับ นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นอาจต้องกังวลเรื่องความไม่รับผิดชอบจากฝ่ายชายอีกด้วย ส่วนระยะคลอด จะพบว่ามารดาวัยรุ่นมักมีอัตราการผ่าตัดคลอดมากกว่าวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ทารกในครรภ์มีภาวะ Fetal distress (Mukhopadhyay, Chaudhuri, & Paul, 2010; Yildirim, et al., 2005) สำหรับอัตราการผ่าตัดการช่วยคลอดด้วยวิธีสุญญากาศ (Vacuum) และคีม (Forceps) ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นมีอัตราการผ่าตัดการช่วยคลอดมากกว่าวัยผู้ใหญ่เช่นเดียวกัน และมีผลทำให้ระดับของการนิคขาดของแผ่นฝีเย็บมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นที่ระดับ 3 ถึง 4 (Aytan, Tapisiz, Tuncay, & Avsar, 2005; Williams & Chames, 2006) สำหรับระยะหลังคลอดนั้น มารดาวัยรุ่นหลังคลอดบางรายมักประสบปัญหาด้านจิตใจ จากการต้องปรับตัวกับบทบาทใหม่ทั้งภายในครอบครัวของตนเอง และครอบครัวของฝ่ายชาย หรือต้องปรับบทบาทจากการเป็นวัยรุ่นทั่วไป มาปรับบทบาทการเป็นมารดาที่ต้องเลี้ยงบุตร ด้วยบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้มารดาวัยรุ่นมีความเครียดสูง มีอารมณ์รุนแรงหรือซึมเศร้า (Stevens-Simon, Kelly, & Kulick, 2001)

สำหรับผลกระทบจากการตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อทารก จะพบว่าทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นนั้น จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ การคลอดก่อนอายุครรภ์ครบกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย (Gilbert, Jandial, Field, Bigelow, & Danielsen, 2004; Mukhopadhyay, et al., 2010; Smith & Pell, 2001; Yildirim, et al., 2005) ซึ่งการคลอดก่อนอายุครรภ์ครบกำหนดนั้น ยังส่งผลทำให้อัตราการตายปริกำเนิดของทารกจากสาเหตุการขาดออกซิเจน หรือมีภาวะ Respiratory distress syndrome สูงเพิ่มขึ้นอีกด้วย (Kumar, et al., 2007) และทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นจะมีอัตราการเกิด birth asphyxia มากกว่าทารกที่เกิดจากมารดาผู้ใหญ่เช่นกัน ซึ่งสาเหตุดังกล่าวเป็นผลให้อัตราการตายปริกำเนิดของทารกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย (Mukhopadhyay, et al., 2010) นอกจากนี้ ยังพบทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นจะมีความผิดปกติหรือมีความพิการแต่กำเนิดในอัตราที่มากกว่าทารกที่เกิดจากมารดาผู้ใหญ่ โดยเฉพาะความพิการที่อวัยวะหลัก เช่น ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Yildirim, et al., 2005) สำหรับปัญหาระยะยาวที่พบในทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น คือ พัฒนาการด้านการเรียนรู้ (Cognitive) ถ้าช้ากว่า ระดับความสามารถในการอ่านค่อนข้างต่ำ และเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นเด็กเหล่านี้มีโอกาสเรียนซ้ำชั้น หรือล้มเหลวในการศึกษาได้มากกว่า และมีความเสี่ยงสูงในการที่จะเกี่ยวข้อง กับอาชญากรรม มีพฤติกรรมดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือเพิ่มความเสี่ยงรุนแรงขึ้น จนกระทั่งมีการใช้ยาเสพติด (Horgan & Kenny, 2007)

นอกจากผลกระทบต่อมารดาและทารกแล้ว การตั้งครรภ์วัยรุ่นยังมีผลกระทบต่อสังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดจากความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ไม่ได้ตั้งใจในการตั้งครรภ์ (Peyman & Oakley, 2009; Yee & Simon, 2010; Yildirim, et al., 2005) ทำให้มารดาวัยรุ่นบางรายเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์โดยทั้งวิธีที่ถูกต้องกฎหมายและผิดกฎหมาย (Aruda, McCabe, Burke, & Litty, 2008; Yildirim, et al., 2005) ซึ่งพบว่ามีมารดาวัยรุ่นจำนวนไม่น้อยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการทำหัตถการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีที่ผิดกฎหมาย เช่น มีการตกเลือดและ/หรือมีการติดเชื้อหลังการทำหัตถการยุติการตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุให้อัตราการเสียชีวิตของมารดาวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น หรือทำให้ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน สูญเสียเงินในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก (Onakewhor & Gharoro, 2008) ส่วนมารดาวัยรุ่นที่เลือกตั้งครรภ์ต่อมีความจำเป็นต้องลาออกจากสถานศึกษา ทำให้มีระดับการศึกษาต่ำ ส่งผลให้ทางเลือกในการประกอบอาชีพมีจำกัด ทำให้ได้รับค่าแรงต่ำ ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย ซึ่งบางรายต้องรอคอยหรือขอความช่วยเหลือจากทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน (Herrman, 2006) และมารดาวัยรุ่นกลุ่มนี้มักมีความเครียด หรือมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูง อาจส่งผลทำให้เด็กไม่ได้รับการดูแล

เอาใจใส่อย่างเหมาะสม มีโอกาสที่จะถูกทำร้ายร่างกายและถูกทอดทิ้ง ขาดความรัก ความอบอุ่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ และการเจริญเติบโตที่ไม่มีคุณภาพ (Stevens-Simon, et al., 2001) ทำให้รัฐหรือองค์กรเอกชนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กดังกล่าว ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศในระยะยาวต่อไป

นอกจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เป็นปัญหาสำคัญแล้ว ในปัจจุบันยังพบว่า การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นถือเป็นปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ยุติการตั้งครรภ์ในครรภ์แรก หรือมารดาวัยรุ่นหลังคลอด บางรายอาจจะมีการตั้งครรภ์ซ้ำอีก ภายในระยะเวลา 1-2 ปี (Falk, Östlund, Magnuson, Schollin, & Nilsson, 2006) ซึ่งมีผลกระทบหลายประการ เช่น การยุติการตั้งครรภ์ การคลอดบุตรก่อนกำหนดและ การคลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อย การทำร้ายร่างกายบุตร และการสูญเสียโอกาสในการกลับเข้ารับการศึกษา การตัดสินใจทำแท้งเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งวัยรุ่นส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่ารบกวนการเรียน หรือการทำงาน ไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูบุตร มีความยุ่งยากในด้านการเงิน และส่วนใหญ่ที่ยังไม่ได้แต่งงานมักมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคู่รักหรือสามี ทำให้เกรงว่าจะเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว (Finer, Frohworth, Dauphinee, Singh, & Moore, 2005) การคลอดบุตรก่อนกำหนดและการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งแรกกับการตั้งครรภ์ครั้งที่สอง พบว่า การตั้งครรภ์ครั้งที่สองจะมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าครรภ์แรก ร้อยละ 15 และอัตราการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า ร้อยละ 12 (Partington, Steber, Blair, & Cisler, 2009) และในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีรายได้ต่ำ จะมีความเสี่ยงในการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยเพิ่มเป็นสองเท่า การทำร้ายร่างกายบุตร เนื่องจากการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผน (Raneri & Wiemann, 2007) จึงทำให้มารดามีภาวะเครียด และซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ตลอดการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด (Yee & Simon, 2010; Yildirim, et al., 2005) เนื่องมาจากการที่ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางการเงิน จากการที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือได้รับค่าแรงน้อย เพราะมีระดับการศึกษาต่ำ (De Fátima Rato Padin, et al., 2009) รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในครอบครัว ไม่พร้อมที่จะดูแลบุตร ดังนั้น บางรายอาจไม่ต้องการบุตร ไม่สนใจ ทำร้ายร่างกาย ทอดทิ้ง หรือมอบให้ผู้อื่นเลี้ยงดู ซึ่งมีผลให้บุตรขาดความอบอุ่น หรือมีพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมตามวัย (Stevens-Simon, et al., 2001) สำหรับประเด็นของการสูญเสียโอกาสในการกลับเข้ารับการศึกษา มารดาวัยรุ่นบางรายอาจมีการวางแผนที่จะกลับเข้าเรียนต่อ ภายหลังจากการหยุดเรียนหรือออกจากสถานศึกษา เนื่องจากต้องรับบทบาทการเป็นมารดา ต้องดูแล และเลี้ยงดูบุตรจากการตั้งครรภ์ครั้งแรก เมื่อมีการตั้งครรภ์ซ้ำเกิดขึ้น มารดาวัยรุ่นจึงต้องใช้เวลาในการดูแลทั้งบุตรคนแรกและคนถัดมา ทำให้ไม่สามารถกลับไปศึกษาต่อ (De Fátima Rato Padin, et al., 2009) การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น อาจมีทั้งกลุ่มที่วางแผนที่จะมีบุตรคนถัดไป และ

กลุ่มที่ไม่ได้วางแผนหรือตั้งใจในการตั้งครรถ้า (Herrman, 2006; Lemay, Cashman, Elfenbein, & Felice, 2007) ซึ่งสาเหตุสำคัญ คือ การไม่ได้คุมกำเนิดภายหลังคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด และการเข้ารับบริการวางแผนครอบครัวของสตรีหรือมารดาวัยรุ่น พบว่า พฤติกรรมการคุมกำเนิด ของสตรีหรือมารดาวัยรุ่น สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ กลุ่มที่ไม่ใช้วิธีใดๆ ในการคุมกำเนิด กลุ่มที่คุมกำเนิดแต่ไม่มีความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิด และกลุ่มที่คุมกำเนิดและมีความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิด มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มที่หนึ่ง กลุ่มที่ไม่ใช้วิธีใดๆ ในการคุมกำเนิด พบมากในสตรีหรือมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อย และบางรายไม่คุมกำเนิด เนื่องจากคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงในการตั้งครรถ้า หรือมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ไม่เพียงพอ (Herrman, 2007; Lemay, et al., 2007) หรือคิดว่าการคุมกำเนิดไม่มีประโยชน์ต่อตนเอง หรือกลัวในการเข้ารับบริการการคุมกำเนิด (Ehlers, 2003) กลุ่มที่สอง กลุ่มที่คุมกำเนิดแต่ไม่มีความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิด กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่คุมกำเนิดโดยใช้กลไกการควบคุมแบบธรรมชาติ เช่น การหลั่งภายนอก การนับระยะปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งเหตุผลหลักมาจากกลัวอาการข้างเคียงจากการใช้ฮอร์โมน เช่น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีเลือดออกกระปริบกระปรอย (Gilliam, Davis, Neustadt, & Levey, 2009) หรือเป็นกลุ่มที่คุมกำเนิดโดยใช้ฮอร์โมน เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือยาฉีดคุมกำเนิด แต่ไม่มีความต่อเนื่อง ซึ่งจะพบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับชนิด และวิธีการต่างๆ ในการคุมกำเนิด แต่ก็ยังไม่ยอมรับหรือเห็นประโยชน์ของการคุมกำเนิดเท่าที่ควร และยังพบว่า บางส่วนใช้ยาคุมกำเนิดผิดวิธี หรือใช้เพื่อวัตถุประสงค์อย่างอื่น เช่น เพื่อเลื่อนการมีประจำเดือน รักษาสิว หรือมีการเปลี่ยนวิธีการคุมกำเนิดบ่อย จากการที่ไม่พึงพอใจในวิธีคุมกำเนิดนั้นๆ หรือกลัวอาการแทรกซ้อน อาการข้างเคียงของการคุมกำเนิด ซึ่งทำให้การคุมกำเนิดเป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่อง ไม่มีประสิทธิภาพ (Cheung & Free, 2005) และบางส่วนให้เหตุผลว่า ไม่สะดวกในการเดินทางหรือไม่มีความเป็นส่วนตัวเนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก ต้องใช้เวลานานในการรอใช้บริการ (Ehlers, 2003) สำหรับกลุ่มที่สาม กลุ่มที่คุมกำเนิดและมีความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิด ในกลุ่มนี้จะไม่ค่อยพบปัญหาการตั้งครรถ้าไม่พึงประสงค์ หรือพบในอัตราที่น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ เหตุผลหลักในการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องนี้ มาจากความต้องการที่จะป้องกันการตั้งครรถ้า หรือตั้งครรถ้าเมื่อมีความพร้อม จึงให้ความสำคัญกับการคุมกำเนิด นอกจากนี้ มารดาวัยรุ่นที่เริ่มต้นคุมกำเนิดอย่างรวดเร็ว ภายใน 1 – 16 สัปดาห์หลังคลอดจะมีการตั้งครรถ้าต่ำกว่ากลุ่มที่เข้ารับบริการวางแผนครอบครัว หรือเริ่มต้นคุมกำเนิดช้า (Coard, Nitz, & Felice, 2000) และยังพบว่า ประเภทหรือชนิดของการคุมกำเนิดก็มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการตั้งครรถ้า คือ มารดาวัยรุ่นที่มีการคุมกำเนิดโดย

ไม่ใช่ฮอร์โมนที่ออกฤทธิ์คุมกำเนิดระยะยาว (long acting) จะมีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำมากกว่า (Raneri & Wiemann, 2007)

จะเห็นได้ว่าการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการที่สตรีวัยรุ่นและมารดาวัยรุ่นจะตัดสินใจคุมกำเนิดหรือไม่นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่หลายปัจจัย ได้แก่ ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ประสบการณ์ในการคุมกำเนิด และปัจจัยด้านรายได้ มีรายละเอียดดังนี้ ปัจจัยที่หนึ่ง ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นในด้านที่ดีหรือไม่ดีต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น เช่น การคุมกำเนิดเป็นประโยชน์ต่อตนเองหรือไม่ (Bryant, 2009; Myo-Myo-Mon & Liebsuetrakul, 2009) ซึ่งในมารดาวัยรุ่นที่ไม่เห็นความสำคัญในการคุมกำเนิด ไม่เห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อตน และคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงในการตั้งครรภ์ก็จะไม่มีการคุมกำเนิด หรือคุมกำเนิดไม่ต่อเนื่อง (Gilliam, et al., 2004) ส่งผลให้มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำได้ในที่สุด ปัจจัยที่สอง การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ การที่มารดาวัยรุ่นจะตัดสินใจคุมกำเนิดด้วยวิธีใดๆนั้น จะเกิดจากการที่มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ ว่า มารดาวัยรุ่นจะได้รับการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ หรือบุคคลที่สตรีและมารดาวัยรุ่นให้ความไว้วางใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มารดา บิดา ผู้ปกครอง หรือคู่รัก/สามีให้การสนับสนุน ยินยอม ผลักดันและช่วยเหลือให้มีการคุมกำเนิด จะช่วยให้มารดาวัยรุ่นตัดสินใจ และมีความมั่นใจในการคุมกำเนิดมากขึ้น ซึ่งทำให้อัตราการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องของมารดาวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นด้วย (Lemay, et al., 2007; Myo-Myo-Mon & Liebsuetrakul, 2009; Yee & Simon, 2010) ปัจจัยที่สาม ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด มารดาวัยรุ่นจะคุมกำเนิดหรือไม่นั้นส่วนหนึ่งจะอาศัยความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดมาช่วยในการตัดสินใจ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มารดาวัยรุ่นบางรายที่ไม่มีการคุมกำเนิดเลย มีสาเหตุมาจากการที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทั้งชนิด วิธีของการคุมกำเนิด หรือบางรายเลือกคุมกำเนิดอย่างไม่ถูกวิธีหรือใช้วิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การขยับยั้งการหลั่ง หรือการหลั่งข้างนอก (Herrman, 2007; Lemay, et al., 2007) ซึ่งสาเหตุของการไม่มีความรู้นี้ มีหลายสาเหตุ เช่น ในสังคมชาวละตินจะคิดว่าการคุมกำเนิดเป็นเรื่องที่ไม่จำเป็น จึงทำให้ขาดข้อมูลและความรู้ในการคุมกำเนิด และยังพบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของเพื่อน มารดา พี่สาวหรือน้องสาว มากกว่าคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ และบางรายยอมรับหรือปฏิเสธ วิธีการคุมกำเนิดบนพื้นฐานความคิดเห็นและประสบการณ์ของเครือข่ายทางสังคมอีกด้วย ถึงแม้ว่าบางข้อมูลที่ได้จากเครือข่ายทางสังคมจะถูกต้อง แต่บางครั้งมารดาหลังคลอดอาจได้รับ ข้อมูลหรือเกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการคุมกำเนิดก็เป็นได้ ปัจจัยที่สี่ ประสบการณ์ในการคุมกำเนิด มารดาวัยรุ่นอาจตัดสินใจและเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง โดยอาศัยประสบการณ์การคุมกำเนิดที่ผ่านมาของ

มารดาวัยรุ่นเอง (Yee & Simon, 2010) ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ประสบความสำเร็จในการคุมกำเนิด จะพบว่า มารดาวัยรุ่นมีความตั้งใจ และมีความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิด แม้จะมีอาการข้างเคียงจากการคุมกำเนิดก็ตาม สำหรับกลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จ จะพบว่าไม่มีความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิด เช่น ลืมรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่ตรงเวลา ซึ่งทำให้ระดับฮอร์โมนในร่างกายไม่สม่ำเสมอ ทำให้ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดลดลง (Lemay, et al., 2007) ความไม่พึงพอใจต่ออาการข้างเคียงของฮอร์โมน โดยเฉพาะการที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีเลือดออกกระปริดกระปรอย และมีอาการคลื่นไส้ เป็นเหตุที่ทำให้มารดาวัยรุ่นหยุด หรือเปลี่ยนวิธีการคุมกำเนิด (Gilliam, et al., 2004)

นอกจากนี้ ความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ก็มีความสำคัญต่อการตัดสินใจคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นเช่นกัน โดยพบสาเหตุที่ทำให้มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่เข้ารับบริการคุมกำเนิด หรือคุมกำเนิดไม่ต่อเนื่อง คือ บุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ไม่เป็นมิตร บุคลากรมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ ทำให้ใช้เวลาในการรอรับบริการนาน หรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ ความยุ่งยากเมื่อเข้ารับบริการ เช่น การเดินทางไม่สะดวก สถานบริการอยู่ไกล หรือมีค่าใช้จ่ายมากในการเข้ารับบริการในแต่ละครั้ง จะส่งผลให้สตรีหรือมารดาวัยรุ่นตัดสินใจไม่เข้ารับบริการการคุมกำเนิด (Ehlers, 2003; Gilliam, et al., 2004) ปัจจัยที่ห้า รายได้ กลุ่มที่มีรายได้น้อย ทำให้โอกาสที่จะเข้าถึงการบริการเป็นไปอย่างจำกัด หรือรับบริการได้อย่างไม่ต่อเนื่อง ไม่มาตามนัด เหตุผลส่วนใหญ่คือไม่สะดวกในการเดินทาง เนื่องจากเสียค่าใช้จ่ายมาก และเหตุผลรองลงมาคือไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ต้องชำระค่ายาคุมกำเนิดและค่าบริการ จึงทำให้มีการตั้งครรภ์ขึ้นถึงร้อยละ 21.8 – 32.9 (Thurman, Hammond, Brown, & Roddy, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาในการเข้ารับบริการก็มีผลต่อการตัดสินใจคุมกำเนิด มารดาวัยรุ่นบางรายที่มีความจำเป็นต้องทำงานเพื่อหารายได้ ไม่มีเวลาในการเข้ารับบริการคุมกำเนิด ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการที่เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทำให้ไม่มีความรู้หรือไม่ให้ความสำคัญกับการคุมกำเนิด (De Fátima Rato Padin, et al., 2009; Gilliam, et al., 2004)

สำหรับสิทธิการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว หรือคุมกำเนิด ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า สตรีใช้สวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สามารถเข้ารับบริการได้ตามแนวทางของกรมอนามัย หรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย ตามมติของแพทยสภา ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด การใส่ห่วงอนามัย และการทำหมันถาวร แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริการของแต่ละสถานพยาบาลด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) สำหรับสตรีที่ใช้สวัสดิการ

ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ สามารถรับบริการได้เฉพาะยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด (กรมบัญชีกลาง, 2549) ส่วนสตรีที่ใช้สวัสดิการประกันสังคม จะสามารถรับบริการวางแผนครอบครัวได้เพียงวิธีเดียวเท่านั้น คือ ทำหมันถาวร (สำนักงานประกันสังคม, 2552) และหากสตรีต้องการคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นๆ นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ตามระเบียบว่าด้วยสิทธิการรักษาพยาบาลดังกล่าว สตรีต้องชำระค่าบริการเอง ซึ่งอาจถือว่าเป็นข้อจำกัดของสตรีในการเข้ารับบริการวางแผนครอบครัวหรือคุมกำเนิด

การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำ มีสาเหตุหลักมาจากการที่สตรีหรือมารดาวัยรุ่นไม่มีการคุมกำเนิด หรือคุมกำเนิดอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งตัวมารดาวัยรุ่น ทารก หรือแม้แต่สังคมและเศรษฐกิจ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลายปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของสตรีหรือมารดาวัยรุ่น เช่น ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ประสบการณ์ในการคุมกำเนิด และรายได้ ซึ่งแต่ละปัจจัยต่างมีความสำคัญต่อการตัดสินใจของมารดาวัยรุ่นที่จะคุมกำเนิดหรือเข้ารับบริการวางแผนครอบครัวภายหลังคลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ เพื่อที่จะมีความรู้ ความเข้าใจ ในบริบทต่างๆของมารดาวัยรุ่นได้อย่างถูกต้อง สามารถให้การดูแลและส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ วางแผนตั้งครรภ์เมื่อพร้อม รวมทั้งลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ซึ่งส่งผลให้ปัญหาสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจของมารดาวัยรุ่นลดลง นอกจากนี้ การวิจัยในครั้งนี้ ยังสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการให้บริการของทีมสุขภาพในการดูแลมารดาวัยรุ่นให้มีคุณภาพและมีความปลอดภัย รวมทั้งเป็นแนวทางสำหรับการทำวิจัยเกี่ยวกับประเด็นหรือปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องต่อมารดาวัยรุ่น หรือในกลุ่มประชากรอื่นๆต่อไป

คำถามการวิจัย

ปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด ได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอดได้

กรอบแนวคิด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ซึ่งแต่ละปัจจัยต่างมีความสัมพันธ์ในการคุมกำเนิดของสตรีหรือมารดาวัยรุ่น ดังนี้

1. รายได้ แสดงถึง สถานะทางเศรษฐกิจของมารดาวัยรุ่นและสามี โดยส่วนใหญ่จะพบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีรายได้น้อย หรือมีข้อจำกัดในแหล่งรายได้ จะมีอัตราการคุมกำเนิดน้อยกว่า หรือมีการคุมกำเนิดที่ไม่ต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง เนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่ายาและค่าบริการ หรือค่าเดินทาง นอกจากนี้บางรายยังมีความจำเป็นต้องทำงานเพื่อหารายได้ ทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการคุมกำเนิดได้ (Ehlers, 2003)

2. ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด มารดาวัยรุ่นบางรายไม่มีการคุมกำเนิด เนื่องจากไม่มีความรู้หรือมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ไม่เพียงพอ (Herrman, 2007; Lemay, et al., 2007) และจากการขาดความรู้หรือมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ไม่เพียงพอนี้ ยังทำให้มารดาวัยรุ่นเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือ ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ

3. ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของมารดาวัยรุ่นต่อการคุมกำเนิด เมื่อเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเอง มารดาวัยรุ่นก็จะมีการคุมกำเนิด

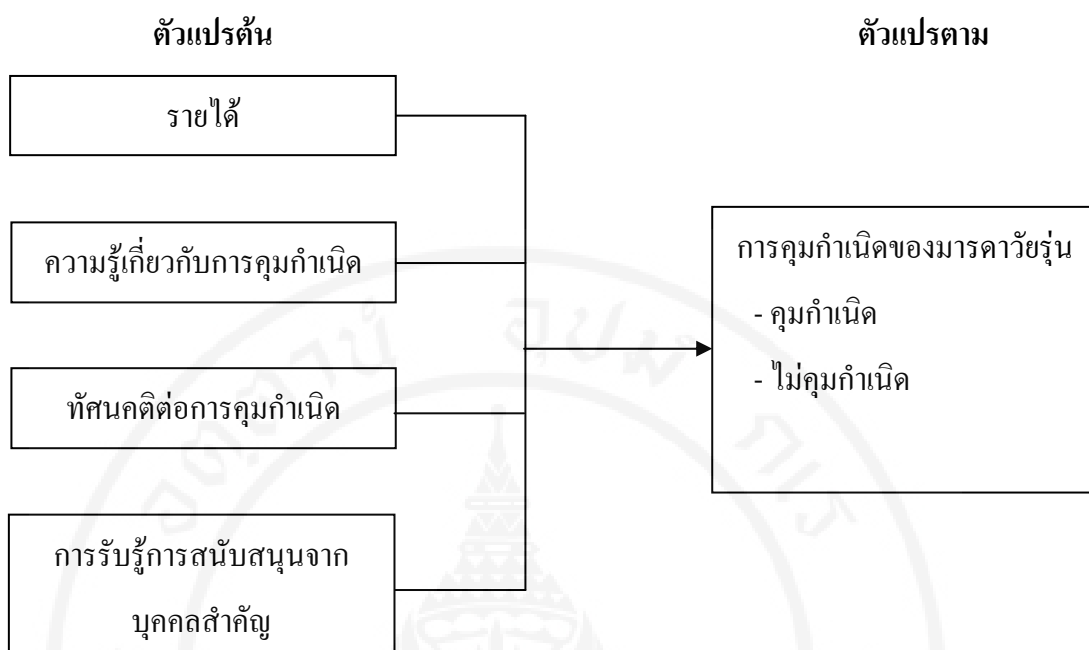
(Bryant, 2009; Myo-Myo-Mon & Liebsuetrakul, 2009) ในทางตรงข้ามเมื่อมารดาวัยรุ่น เห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยแล้วไม่ตั้งครรภ์ เป็นเรื่องตื่นเต้น ทำหาย หรือคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ก็จะทำให้มารดาวัยรุ่นไม่มีการคุมกำเนิด (Gilliam, et al., 2004)

4. การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ แสดงถึงความคิด ความเชื่อ ต่อการได้รับการสนับสนุนบุคคลจากบุคคลสำคัญ ทั้งด้านค่าใช้จ่าย ด้านข้อมูล ให้คำแนะนำในการเลือกวิธีการคุมกำเนิด ช่วยตัดสินใจ หรือยินยอมให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิด เช่น มารดาวัยรุ่นบางรายมีความมั่นใจในการเข้ารับบริการ และมีการคุมกำเนิดที่ต่อเนื่อง เพราะได้รับการยินยอมช่วยเหลือให้กำลังใจจากมารดาสามี (Lemay, et al., 2007; Yee & Simon, 2010) ในทางตรงข้าม พบว่า ส่วนหนึ่งของมารดาวัยรุ่นไม่มีการคุมกำเนิด มีความลังเล หรือมีความล้มเหลวในการคุมกำเนิด จะเกิดจากการที่บุคคลใกล้ชิด ไม่ยินยอม หรือไม่สนับสนุนให้มีการคุมกำเนิด (Ehlers, 2003)

5. ประสบการณ์ในการคุมกำเนิด การที่สตรีหรือมารดาวัยรุ่นจะคุมกำเนิดหรือไม่ ส่วนหนึ่งจะอาศัยประสบการณ์ในการคุมกำเนิดที่ผ่านมาเป็นตัวช่วยในการตัดสินใจ (Yee & Simon, 2010) ซึ่งแบ่งประสบการณ์ออกเป็น 2 ประเภท คือ ประสบการณ์จากการคุมกำเนิดจากวิธีต่างๆ และประสบการณ์ในการเข้ารับบริการในสถานบริการ ซึ่งถ้าสตรีหรือมารดาวัยรุ่นมีประสบการณ์ที่ดี หรือมีความประทับใจต่อการคุมกำเนิด ก็จะมีการคุมกำเนิด (Ehlers, 2003; Gilliam et al., 2004)

6. อายุ พัฒนาการและการเจริญเติบโตด้านร่างกายและจิตใจของวัยรุ่นยังเจริญไม่เต็มที่ จึงอาจทำให้กระบวนการคิด การตัดสินใจยังไม่คงที่ ซึ่งอาจทำให้ดูแลตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร จึงอาจทำให้ตัดสินใจหรือเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสม (Herrman, 2007; Lemay, et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น แต่ผู้วิจัยได้นำมาวิจัยเพียง 4 ปัจจัยเท่านั้น ซึ่งสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามตัวแปร

รายได้ หมายถึง จำนวนรายได้ทั้งหมดที่มารดาวัยรุ่นและสามีได้รับ จากการทำงาน หรือได้รับสนับสนุนจากบิดา มารดา ญาติ ของมารดาวัยรุ่นและสามี

ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด หมายถึง ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแต่ละ ชนิด เช่น วิธีการ ระยะเวลาในการคุมกำเนิด อาการข้างเคียงจากการคุมกำเนิด และข้อห้ามในการ คุมกำเนิดในแต่ละวิธีวิธีนั้นๆ โดยประเมินจากแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดของมารดา วัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ทัศนคติต่อการคุมกำเนิด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของมารดา วัยรุ่น ที่มีต่อการคุมกำเนิด โดยประเมินจากแบบวัดทัศนคติต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ซึ่ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ของมารดาวัยรุ่น เกี่ยวกับการได้รับความยินยอม กำลังใจ ความช่วยเหลือ คำแนะนำ และช่วยตัดสินใจในการ คุมกำเนิด จากบุคคลที่มีความสำคัญต่อมารดาวัยรุ่น เช่น มารดา สามี หรือเพื่อน โดยประเมินจาก

แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การคุมกำเนิด หมายถึง การใช้วิธีป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยวิธีต่างๆ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด การฉีดยา การฝังยา การใส่ห่วงอนามัย การใช้ถุงยางอนามัย ประเมินเมื่อ 6 สัปดาห์ หลังคลอด โดยผลการประเมินแบ่งเป็น ใช้วิธีการคุมกำเนิด หรือไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2556

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ในการประเมินและทำความเข้าใจในปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิด ในการให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ เพื่อส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในการคุมกำเนิดและวางแผนการตั้งครรภ์เมื่อพร้อม
2. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับประเด็นหรือปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องต่อมารดาวัยรุ่น หรือในกลุ่มประชากรอื่นต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีวัยรุ่น ดังต่อไปนี้

1. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2. การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น
3. การคุมกำเนิด
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิด

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (McKinney, et al., 2000) สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

วัยรุ่นระยะต้น (Early Adolescent) หมายถึง วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 11 – 14 ปี พัฒนาการและการเจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของวัยรุ่นในระบายนี้อย่างไม่สมบูรณ์เต็มที่ ทำให้รูปร่างและขนาดของวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ ดังนั้นถ้าวัยรุ่นในระบายนีมีการตั้งครรภ์ อาจทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตไม่เต็มที่จากการที่ตัวมารดาวัยรุ่นเองยังต้องการสารอาหารมาช่วยในการเจริญเติบโต และที่สำคัญจากการที่อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบการเจริญพันธุ์ยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ จึงเป็นสาเหตุให้มารดาวัยรุ่นมีช่องเชิงกรานที่แคบ ซึ่งส่งผลให้มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้น ส่วนทางด้านจิตใจนั้น โดยทั่วไปวัยรุ่นในระบายนีจะขาดความมั่นใจในตนเอง และมีการยึดติดกับภาวะพึ่งพิงผู้อื่น หรือบิดา มารดา อาจส่งผลให้การเลี้ยงดูทารกไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากที่ตัววัยรุ่นเองขาดความมั่นใจในการเลี้ยงดู หรือตัววัยรุ่นเองยังต้องการการดูแลจากผู้อื่นเช่นกัน (McKinney et al., 2000)

วัยรุ่นระยะกลาง (Middle Adolescent) หมายถึง วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 15 – 17 ปี สำหรับวัยรุ่นในระบายนีร่างกายจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนามากขึ้น แต่ยังไม่เต็มที่ วัยรุ่นระยะนี้เริ่มมีความคิดเป็นของตนเอง ให้ความสำคัญกับเพื่อน และมักมีข้อขัดแย้งกับบิดา มารดา เริ่มเข้าสู่การอยาก

รู้ยากลอง และมีอารมณ์ไม่คงที่ ดังนั้น การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในระยะนี้อาจให้ผลลัพธ์ที่ไม่ค่อยดี ซึ่งไม่แตกต่างไปจากวัยรุ่นในระยะตอนต้นเท่าใดนัก สำหรับการเลี้ยงดูบุตรในวัยรุ่นระยะนี้ ทารกมีโอกาสถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกทอดทิ้ง เนื่องจากที่วัยรุ่นมีอารมณ์ไม่คงที่ หรือต้องการใช้เวลาส่วนใหญ่กับเพื่อน หรือตนเองมากกว่า (McKinney et al., 2000)

วัยรุ่นระยะปลาย (Late Adolescent) หมายถึง วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป แต่น้อยกว่า 20 ปี วัยรุ่นในระยะนี้ร่างกายจะมีการเจริญเติบโต และมีพัฒนาการที่สมบูรณ์เต็มที่ เป็นระยะที่ก้าวเข้าสู่ผู้ใหญ่อย่างเต็มตัว และวัยรุ่นในระยะนี้มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคง มีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการวางแผนหรือวางเป้าหมายในชีวิต มีความรับผิดชอบมากขึ้น ดังนั้น ผลลัพธ์ที่ไม่ดีที่เกิดจากการตั้งครรภ์ และการเลี้ยงดูบุตรในระยะนี้จึงมีน้อยกว่าระยะอื่นๆ ที่กล่าวมา (McKinney et al., 2000)

อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทั่วโลกและประเทศไทยต่างให้ความสำคัญ ในปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีอัตราเพิ่มขึ้น และวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีช่วงอายุที่ลดน้อยลง ตัวอย่างอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยคิดจากจำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อสตรีวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 – 19 ปี จำนวน 1,000 ราย แยกตามกลุ่มประเทศ ได้ดังนี้ กลุ่มประเทศอเมริกาเหนือ พบอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นที่ประเทศอเมริกา 41 รายต่อ 1,000 ราย และประเทศแคนาดา 32 รายต่อ 1,000 ราย กลุ่มประเทศละตินอเมริกา พบ ในประเทศนิการากัว 149 รายต่อ 1,000 ราย และประเทศฮอนดูรัส 113 ราย ต่อ 1,000 ราย กลุ่มประเทศในทวีปยุโรปพบในประเทศบัลแกเรีย 40 รายต่อ 1,000 ราย ประเทศโรมาเนีย 34 รายต่อ 1,000 ราย ประเทศอังกฤษ 27 ราย ต่อ 1,000 ราย กลุ่มประเทศแอฟริกาใต้ พบในประเทศไนเจอร์ 199 รายต่อ 1,000 ราย ประเทศมาลี 190 รายต่อ 1,000 ราย กลุ่มประเทศตะวันออกกลาง พบในประเทศโอมาน 122 ราย ต่อ 1,000 ราย กลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก พบในประเทศบังกลาเทศ 115 รายต่อ 1,000 ราย ประเทศอินเดีย 107 ราย ต่อ 1,000 ราย ส่วนอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นในประเทศไทย พบ 43 ราย ต่อ 1,000 ราย (World Health Organization, 2011)

จากข้อมูลการแจ้งเกิดของสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย พบว่า จำนวนการตั้งครรภ์และคลอดของวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากอัตราร้อยละ 13.92 ในปี 2547 เป็นอัตราร้อยละ 15.55 ในปี 2551 สำหรับปี 2552 นั้น เมื่อทำการเก็บข้อมูลแต่ละจังหวัดที่มีอัตราการตั้งครรภ์ และการคลอดบุตรของวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ในประเทศไทย พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการตั้งครรภ์ หรือการคลอดที่สูง 5 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดชัยนาท ร้อยละ 23.0 รองลงมาตามลำดับ คือ

จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 22.5 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ร้อยละ 22.3 และจังหวัดกาญจนบุรี ร้อยละ 22.2 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2552b) ส่วนอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ในจังหวัดอุบลราชธานี พบร้อยละ 17.85 (ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี, 2553) ซึ่งมีอัตราที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ที่กำหนดเป้าหมายของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไว้ไม่เกินร้อยละ 10 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคตอีกด้วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น

1. **ปัจจัยด้านครอบครัว** ครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นสูง โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ซึ่งส่วนใหญ่จะพบว่า ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีความขัดแย้งภายในครอบครัว หรือไม่มีสัมพันธภาพที่ดี เช่น พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่ค่อยมีเวลาอยู่กับวัยรุ่น พ่อแม่ทำงานนอกบ้าน มีปัญหาในการเลี้ยงดู ทอดทิ้งบุตร วัยรุ่นที่มีปัญหาครอบครัวดังกล่าวจะมีอัตราการตั้งครรภ์มากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นและได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว (Boardman, Allsworth, Phipps, & Lapane, 2006; Manlove, Ikramullah, Mincieli, Holcombe, & Danish, 2009) และยังพบอีกว่าวัยรุ่นที่เคยอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีมารดา พี่สาว น้องสาว ญาติ หรือบุคคลอื่น ที่มีประวัติตั้งครรภ์ในขณะที่เป็นวัยรุ่นมาก่อน จะมีแนวโน้มที่จะมีการตั้งครรภ์ในระยะที่เป็นวัยรุ่นสูงกว่า การอยู่ในครอบครัวที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมาก่อน ทำให้วัยรุ่นรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ในขณะที่เป็นวัยรุ่นเป็นเรื่องปกติ เป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนสามารถตั้งครรภ์ได้ (East, Reyes, & Horn, 2007)

2. **ปัจจัยด้านบุคคล** วัยรุ่นจะมีวุฒิภาวะทางร่างกายพร้อมในการเจริญพันธุ์เร็วกว่าวุฒิภาวะทางจิตใจ 4 – 5 ปี การเจริญเติบโตของวัยรุ่น ท่ามกลางสภาพแวดล้อมของการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม การเปิดกว้างของข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ เช่น โทรทัศน์ นิตยสาร อินเทอร์เน็ต ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาและการมีเพศสัมพันธ์เป็นไปอย่างง่ายดาย หากแต่อยู่ในวงจำกัด ขาดการเชื่อมโยงไปยังครอบครัว โรงเรียนหรือชุมชน ซึ่งส่งผลให้เกิดทัศนคติว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นเรื่องยอมรับได้ (กำแหง จาตุรจินดา และคณะ, 2545) นอกจากการเปิดกว้างในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารแล้ว ยังพบวัยรุ่นบางรายมีปัญหาการใช้ยาเสพติด (Substance abuse) ไม่ว่าจะเป็นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการใช้ยาเสพติดประเภทต่างๆ ทำให้ขาดสติในการยับยั้งชั่งใจ เป็นผลให้ความเสี่ยงในการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นได้มากกว่าในวัยรุ่นทั่วไป และยังพบอีกว่า วัยรุ่นบางส่วนมีการตั้งครรภ์จากการถูกระงับทางเพศอีกด้วย

(Ehlers, 2003; Yildirim, Inal, & Tinar, 2005; กำแหง จาตุรจินดา และคณะ, 2545) นอกจากปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตัววัยรุ่นแล้ว บุคคลที่เกี่ยวข้องใกล้ชิดกับวัยรุ่นก็มีความสำคัญ โดยพบว่า วัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุ 13 – 15 ปี เพราะได้รับแรงกดดันจากเพื่อน และเพื่อนชาย เช่น วัยรุ่นบางรายรู้สึกอับอายเพื่อนถ้าตนเองไม่มีเพื่อนชาย หรือต้องมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนชายเพื่อให้เพื่อนชายอยู่กับตนเอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์จากเพื่อนที่อายุมากกว่า โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิด หรือการป้องกันการตั้งครรภ์นั้นวัยรุ่นจะได้รับน้อย หรือไม่ได้รับเลย และวัยรุ่นส่วนใหญ่จะปิดบังไม่ให้ พ่อแม่ หรือผู้ปกครองทราบทำให้ไม่มีการป้องกันและเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น (Ehlers, 2003; Gilliam, Warden, & Tapia, 2004)

3. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยทั่วไปการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จะพบในกลุ่มสตรีวัยรุ่นที่สำเร็จการศึกษาตามเกณฑ์ขั้นต่ำของระบบการศึกษา หรืออยู่นอกระบบการศึกษา หรือทำงานแล้ว เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจ ความยากจน หรือปัญหาครอบครัว ครอบครัวแตกแยก ทำให้วัยรุ่นต้องหนีออกจากบ้าน ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นในกลุ่มที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความยากจน หรือมีระดับการศึกษาน้อยจะมีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เร็วและมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือระดับการศึกษาที่ดีกว่า (Belzer, Sanchez, Olson, Jacobs, & Tucker, 2005; Chopra, 2010; East et al., 2007) ซึ่งสาเหตุอาจมาจากการที่ไม่มีเวลา หรืออาจเข้าไม่ถึงระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิด ทำให้ไม่มีความรู้และไม่ให้ความสำคัญกับการคุมกำเนิด (De Fátima Rato Padin et al., 2009; Gilliam et al., 2004) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอีกด้วย เช่น ในรายที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ สม่ำเสมอ หรือปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาอย่างเคร่งครัดจะมีอัตราการตั้งครรภ์ในขณะเป็นวัยรุ่นน้อยกว่าในรายที่ไม่ร่วมกิจกรรม หรือไม่ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0005$) (Strayhorn & Strayhorn, 2009)

ผลจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อมารดา ทารก สังคมและเศรษฐกิจ

1. ผลจากการตั้งครรภ์ต่อมารดา

จากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่ เกิดขึ้นในขณะที่มีความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ โดยเฉพาะการเจริญเติบโตของร่างกายของตัววัยรุ่นที่ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และวัยรุ่นยังเป็นผู้ที่ให้ความสนใจต่อตนเองเป็นอันดับแรก วุฒิภาวะด้านอารมณ์ความรู้สึก และความคิดยังน้อย ทำให้ไม่พร้อมที่จะมีบุตร หรือดูแลบุตรได้ดีเท่าที่ควร ดังนั้นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงมักมีปัญหา มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลลัพธ์ที่ไม่ดีจากการตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่า

เมื่อเปรียบเทียบกับการตั้งครรภ์ในมารดาวัยผู้ใหญ่ ซึ่งปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยแบ่งออกเป็นระยะๆ ได้ดังนี้

ระยะตั้งครรภ์

1. ปัญหาการหยุดเจริญเติบโตของร่างกาย เมื่อวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ ร่างกายจะผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ epiphyseal plate หยุดเจริญเติบโต ความสูงของมารดาวัยรุ่นไม่เพิ่มขึ้น ทำให้มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่รูปร่างเล็ก (กำแหง จาตุรจินดา และคณะ, 2545) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปในช่วงอายุที่เท่ากันยังพบอีกว่า ปริมาณของกล้ามเนื้อ ปริมาณของไขมันในร่างกาย และน้ำหนักตัวของวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์จะน้อยกว่ากลุ่มวัยรุ่นทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ (Rah et al., 2008)

2. ปัญหาความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive disorder in pregnancy) พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (Mahavarkar, Madhu, & Mule, 2008) และการศึกษาของ Kumar, Singh, Basu, Pandey, & Bhargava, (2007) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ Retrospective case control ในช่วงระยะเวลา 5 ปี ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 17 ปี หรือน้อยกว่า และกลุ่ม 18-19 ปี จากนั้นทำการเปรียบเทียบอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 17 ปีหรือต่ำกว่า มีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive disorder in pregnancy , Pre-eclampsia และ eclampsia) มากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 18-19 ปี ในอัตราร้อยละ 11.4 ต่อ ร้อยละ 2.2 ร้อยละ 4.3 ต่อ ร้อยละ 0.6 และ ร้อยละ 4.9 ต่อ ร้อยละ 0.6 ตามลำดับ ซึ่งจากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่ามารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ในขณะที่มีอายุน้อยเท่าใด ความเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ก็เพิ่มมากขึ้นเท่านั้น

3. ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีรูปร่างเล็ก เนื่องจากส่วนสูงไม่มีการเพิ่มขึ้น ปริมาณของกล้ามเนื้อ ปริมาณของไขมันในร่างกาย และน้ำหนักตัวจะน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปในช่วงอายุที่เท่ากัน (Rah et al., 2008) และเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาวัยผู้ใหญ่ยังพบว่า มารดาวัยรุ่นจะมีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์น้อยกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่อีกด้วย นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มักมีภาวะขาดแคลเซียม โปรตีน วิตามิน และธาตุเหล็ก การขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์จะทำให้เกิดภาวะโลหิตจางมากขึ้น (Mahavarkar et al., 2008; กำแหง จาตุรจินดา และคณะ, 2545) และจากการศึกษาของ Thato, Rachukul, and Sopajaree, (2007) ซึ่งทำการเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางระหว่างกลุ่ม

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ พบ ภาวะโลหิตจางในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ นอกจากนี้ในการศึกษาของ Mukhopadhyay, Chaudhuri, and Paul, (2010) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับประทานยา 100 iron folic acid เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในระหว่างการตั้งครรภ์ พบ ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มมารดาวัยรุ่นรับประทานยาน้อยกว่ากลุ่มมารดาผู้ใหญ่ในสัดส่วนร้อยละ 40 ต่อร้อยละ 49.1

4. ปัญหาการคลอดก่อนกำหนด (Preterm delivery) มารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงที่จะคลอดก่อนอายุครรภ์ครบกำหนด (น้อยกว่า 37 สัปดาห์) มากกว่ามารดาผู้ใหญ่ ในสัดส่วนร้อยละ 27.7 ต่อร้อยละ 13.1 (Mukhopadhyay, Chaudhuri, & Paul, 2010) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างช่วงอายุภายในกลุ่มมารดาวัยรุ่น จะพบว่ากลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี จะมีความเสี่ยงในการคลอดบุตรก่อนอายุครรภ์ครบกำหนดในระดับรุนแรง ที่อายุครรภ์ 24-32 สัปดาห์ (very preterm delivery) และในระดับปานกลาง ที่อายุครรภ์ 33 สัปดาห์ขึ้นไป (moderate preterm delivery) มากกว่ากลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ตามลำดับ (Smith & Pell, 2001) ดังนั้น จะเห็นได้ว่ายิ่งมารดาวัยรุ่นมีอายุน้อยเท่าใด ความเสี่ยงในการคลอดก่อนอายุครรภ์ครบกำหนดยิ่งมีมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Khashan, Baker, & Kenny, 2010; Smith & Pell, 2001) ทั้งนี้ในการคลอดก่อนอายุครรภ์ครบกำหนด ยังส่งผลทำให้อัตราการตายปริกำเนิดของทารกจากสาเหตุการขาดออกซิเจน หรือมีภาวะ respiratory distress syndrome สูงเพิ่มขึ้นอีกด้วย (Kumar, Singh, Basu, Pandey, & Bhargava, 2007)

5. ปัญหาการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted diseases :STD) สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ได้ตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กำแพง จาตุรจินดา และคณะ, 2545) และไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ไม่สม่ำเสมอ (Levine, Aaron, & Foster, 2006) ซึ่งการตัดสินใจใช้ถุงยางอนามัยเป็นการตัดสินใจจากฝ่ายชายเป็นส่วนใหญ่ และนอกจากนี้ยังมีเหตุผลมากมายในการปฏิเสธการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เช่น ไม่สะดวกในการใช้งาน ไม่เป็นธรรมชาติขัดขวางการมีเพศสัมพันธ์ ถุงยางอนามัยแตกฉีกขาดหรือหลุดได้ง่าย และเหตุผลที่พบได้บ่อยที่สุดในวัยรุ่นทั่วไป คือ ไร้ความเชื่อใจ เชื่อใจ คิดว่าเพื่อนชายตนเองปลอดภัย และไม่ได้คำนึงถึงโอกาสที่จะติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Skinner et al., 2009) จากการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นในประเทศไทย พบอัตราการใช้ถุงยางอนามัย เพียงร้อยละ 55.8 ในการป้องกันการตั้งครรภ์และการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2552a) ส่วนอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อยในมารดาวัยรุ่น คือ การติดเชื้อเอชไอวี (HIV) การติดเชื้อหูดหงอนไก่ (Condylomata) และ trichomoniasis จากการศึกษา

เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในมารดาวัยรุ่นชาวเตอร์กีส ประเทศตุรกี พบว่า มีความผิดปกติของเซลล์ที่ปากมดลูก และยังพบอีกว่ามารดาวัยรุ่นบางรายมีการติดเชื้อ HPV, Chlamydia, และโรคหนองใน (Gonorrhea) (Yildirim et al., 2005)

6. ปัญหาการเสียชีวิตของมารดาวัยรุ่น การเสียชีวิตของสตรีวัยรุ่นที่พบได้บ่อยที่สุดคือ การเสียชีวิตจากการยุติการตั้งครรภ์อย่างผิดกฎหมาย ด้วยเหตุผลที่สตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการตั้งครรภ์นอกสมรส และบุตรในครรภ์เกิดจากความไม่ตั้งใจ นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นยังมีความวิตกกังวล มีความเครียด ความกังวล ซึ่งส่วนมากแล้วถูกดำเนิน เป็นที่อับอายของครอบครัวและญาติ เนื่องจากทัศนคติทางสังคม หรือวัฒนธรรมยังไม่ยอมรับ และมารดาวัยรุ่นยังต้องกังวลเรื่องความรับผิดชอบของเพื่อนชายในการดูแลมารดาวัยรุ่นและบุตรในครรภ์ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และอาจก่อให้เกิดการทำร้ายร่างกายตนเอง นอกจากนี้ มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่จะเข้ารับบริการฝากครรภ์ช้า อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อเข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก อยู่ที่ 28.2 สัปดาห์ ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ หรือไม่รับบริการฝากครรภ์ (Yildirim et al., 2005) และจากการศึกษาของ Mukhopadhyay, et al., (2010) ซึ่งเป็นการศึกษา แบบ cross – sectional โดยทำการเปรียบเทียบลักษณะประชากรและผลลัพธ์จากการคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกับมารดาผู้ใหญ่ครรภ์แรกที่มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศอินเดีย พบว่า กลุ่มมารดาที่รับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ อย่างน้อย 3 ครั้ง เป็นกลุ่มมารดาผู้ใหญ่มากกว่ากลุ่มมารดาวัยรุ่น ในอัตราร้อยละ 72.9 ต่อร้อยละ 68.6 และยังพบอีกว่า มารดาผู้ใหญ่เข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักครบ 2 เข็มมากกว่ามารดาวัยรุ่นร้อยละ 78.86 ต่อร้อยละ 74.29 จากการที่มารดาวัยรุ่นเข้ารับบริการฝากครรภ์ช้า ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ หรือไม่ฝากครรภ์เลย ไม่ได้รับคำแนะนำในการดูแลและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ (Yildirim et al., 2005)

ระยะคลอด

จากการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการคลอดของมารดาวัยรุ่นโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มมารดาผู้ใหญ่ พบว่า มารดาวัยรุ่นมีอัตราการคลอดปกติทางช่องคลอดมากกว่าผู้ใหญ่ ในสัดส่วนร้อยละ 65.7 และร้อยละ 61.4 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุอาจมาจากการที่มารดาวัยรุ่นมีการคลอดทารกตัวเล็กมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ และเมื่อทำการศึกษาดังกล่าวถึงวิธีการทำหัตถการช่วยคลอด โดยเปรียบเทียบระหว่างมารดาวัยรุ่นและมารดาผู้ใหญ่ ไม่พบความแตกต่างของอัตราการคลอดด้วยวิธีการผ่าตัด (Caesarean section) อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสาเหตุหลักของการผ่าตัดคลอดของทั้งสองกลุ่ม คือ ทารกในครรภ์มีภาวะ Fetal distress ร้อยละ 60 ภาวะ CPD ร้อยละ 22.8 (Mukhopadhyay et al., 2010) แต่เมื่อศึกษาเชิงลึกจะพบว่า ในมารดาวัยรุ่นจะมีอัตราการผ่าตัดคลอดจากภาวะ Fetal distress และ

Pre-eclampsia มากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ (Mukhopadhyay et al., 2010; Yildirim et al., 2005) และพบมารดาวัยรุ่นร้อยละ 34 ได้รับการทำหัตถการช่วยคลอดด้วยวิธีสุญญากาศ (Vacuum) และกิ๊ม (Forceps) (Mukhopadhyay et al., 2010) ซึ่งส่งผลให้ระดับของการฉีกขาดของเพลฟีเย็บในมารดาวัยรุ่นมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นที่ระดับ 3 ถึงระดับ 4 (3^{rd} – 4^{th} degree tear) (Aytan, Tapisiz, Tuncay, & Avsar, 2005; Williams & Chames, 2006)

ระยะหลังคลอด

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่มักประสบปัญหาด้านจิตใจ จากการที่ต้องเผชิญความรู้สึกผิด อยู่กับการถูกตำหนิจากสังคม เพราะคิดว่าการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเอง นอกจากนั้น มารดาวัยรุ่นยังต้องปรับตัวกับบทบาทใหม่ทั้งภายในครอบครัวของตนเองและครอบครัวของฝ่ายชาย ซึ่งครอบครัวมีทั้งที่ให้การสนับสนุนหรือขัดขวางการใช้ชีวิตคู่ จากการศึกษาของ DeVito, (2010) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์บทบาทความเป็นมารดาในมารดาวัยรุ่นใน ระยะ 4 – 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า มารดาวัยรุ่นมีความยุ่งยากในการปรับบทบาท หรือจัดความขัดแย้งภายในตนเองในด้านการเปลี่ยนแปลงจากวัยรุ่นธรรมดาสู่การเป็นมารดา จากเมื่อก่อนให้ความสำคัญ สนใจตนเองเป็นอันดับแรก เมื่อหลังคลอดต้องเปลี่ยนมาสนใจและเลี้ยงดูบุตรแทน ทั้งๆที่มีความรู้หรือประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกไม่เพียงพอ จึงทำให้มารดาวัยรุ่นสับสน และบางครั้งอาจรู้สึกโดดเดี่ยว หรือถูกทอดทิ้งจากสังคมและเพื่อน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของบทบาทดังกล่าว นอกจากนี้ การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นยังส่งผลทำให้มารดาวัยรุ่นสูญเสียโอกาสในการศึกษา สูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพที่ดี และต้องเริ่มทำงานเมื่ออายุยังน้อย มารดาวัยรุ่นบางรายจำเป็นต้องรีบทำงาน เพื่อหารายได้เข้าสู่ครอบครัว ด้วยภาระหน้าที่ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นนี้ ทำให้มารดาวัยรุ่นมีความเครียดสูง มีอารมณ์รุนแรงหรือมีอาการซึมเศร้า ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มารดาวัยรุ่นไม่ให้ความสนใจ ไม่ดูแล ไม่เลี้ยงดู หรืออาจกระทำความรุนแรงทางร่างกายหรือจิตใจต่อบุตร (Stevens-Simon, Kelly, & Kulick, 2001) นอกจากนี้ มารดาวัยรุ่นบางรายยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการ การเจริญเติบโตและพฤติกรรมของบุตร อาจเป็นเพราะมารดาวัยรุ่นมักสนใจแต่ตนเองมากกว่าบุตร ซึ่งการที่บุคลิกภาพขัดแย้งกันนี้อาจส่งผลกระทบต่ออาการเลี้ยงดูบุตรได้ ทำให้เกิดการทอดทิ้งบุตร มอบให้คนอื่นดูแล ส่งผลให้บุตรขาดความอบอุ่นและเป็นปัญหาในระยะยาวต่อไป (กำแพง จาตุรจินดา และคณะ, 2545)

2. ผลจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อการก

ทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่น จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดการตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด จากการศึกษาของ Mukhopadhyay, et al., (2010) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดระหว่างมารดาวัยรุ่นและมารดาผู้ใหญ่ พบว่า อัตราการตายปริกำเนิดของทารกพบในมารดาวัยรุ่นมากกว่าผู้ใหญ่ ในอัตราร้อยละ 5.1 ต่อ ร้อยละ 0.9 อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับอัตราการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย พบในทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นมากกว่าผู้ใหญ่เช่นเดียวกัน โดยค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นอยู่ที่ 2,590 กรัม ส่วนค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวทารกที่คลอดจากมารดาผู้ใหญ่อยู่ที่ 2,720 กรัม และ Mukhopadhyay, et al., (2010) ยังทำการศึกษาเกี่ยวกับ คะแนนแอฟการ์ (Apgar score) ของทารกแรกเกิดที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นในนาทีที่ 5 มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ที่ 8 ± 0.9 คะแนน ซึ่งน้อยกว่าทารกที่คลอดจากมารดาผู้ใหญ่ และพบอัตรา birth asphyxia ในทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่น (ร้อยละ 16.6) ซึ่งสูงกว่าผู้ใหญ่ (ร้อยละ 8.9) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า อัตราการตายปริกำเนิด และการเสียชีวิตภายหลังคลอด 48 ชม. ของทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นมีอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Gilbert, Jandial, Field, Bigelow, & Danielsen, 2004; Mukhopadhyay et al., 2010; Smith & Pell, 2001; Yildirim et al., 2005) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักตัวปกติ และคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด กับกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย หรือคลอดก่อนกำหนด พบว่าทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย หรือคลอดก่อนกำหนดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหาร และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่ายกว่า นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Yildirim, et al., (2005) ยังพบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นจะมีความผิดปกติหรือมีความพิการตั้งแต่กำเนิดในอัตราที่สูง โดยเฉพาะความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งพบได้บ่อยที่สุด

สำหรับปัญหาระยะยาว Horgan and Kenny (2007) ทำการศึกษาพบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นจะมีพัฒนาการเรียนรู้ (Cognitive) ล่าช้า ระดับความสามารถในการอ่านค่อนข้างต่ำ และเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นเด็กเหล่านี้มีโอกาสล้มเหลวในการศึกษามากกว่า และเมื่อไม่ประสบความสำเร็จในการศึกษา จะส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการที่จะเกี่ยวข้องกับอาชญากรรม มีพฤติกรรมดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือเพิ่มความรุนแรงขึ้น จนกระทั่งมีการใช้ยาเสพติด หรือมีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า เด็กที่คลอดจากมารดาที่เป็นวัยรุ่น เมื่อโตขึ้นจะมีความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์เร็ว เกิดการตั้งครรภ์ และกลายเป็นมารดาวัยรุ่นเช่นเดียวกับมารดา มากกว่าเด็กที่เกิดจากมารดาผู้ใหญ่ (กำแพง จาตุรจินดา และคณะ, 2545) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ทำการศึกษา โดยติดตามอาการของทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะ

ความดันโลหิตสูง พบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ จะมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเมื่อเป็นวัยรุ่นมากกว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ (Øglænd, Forman, Romundstad, Nilsen, & Vatten, 2009)

3. ผลจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อสังคม และเศรษฐกิจ

ในปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาสังคมที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ในทุกประเทศทั่วโลกไม่เว้นแม้แต่ในประเทศไทย สาเหตุอาจมาจากการที่วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษา เพื่อหาความรู้เพิ่มเติม และแสวงหาอาชีพที่มั่นคง แต่เมื่อมีการตั้งครรภ์ในระหว่างที่เป็นวัยรุ่นขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการที่ไม่พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ไม่ได้ตั้งใจและไม่ได้วางแผนในการตั้งครรภ์ (Peyman & Oakley, 2009; Yee & Simon, 2010; Yildirim et al., 2005) และมารดาวัยรุ่นบางรายเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์ทั้งวิธีที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย (Aruda, McCabe, Burke, & Litty, 2008; Yildirim et al., 2005) ซึ่งพบว่ามารดาวัยรุ่นจำนวนไม่น้อยมีภาวะแทรกซ้อนหลังการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีที่ผิดกฎหมาย เช่น ตกเลือด ติดเชื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุให้อัตราการเสียชีวิตของมารดาวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น หรือทำให้ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน สูญเสียเงินในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก (Onakewhor & Gharoro, 2008) ซึ่งปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นต่างส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศในระยะยาวต่อไป

การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น

ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วไป เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ยุติการตั้งครรภ์ในครรภ์แรก หรือมารดาวัยรุ่นหลังคลอด บางรายจะมีการตั้งครรภ์ซ้ำขึ้น และการตั้งครรภ์ซ้ำนี้จะเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 1 -2 ปี (Falk, Östlund, Magnuson, Schollin, & Nilsson, 2006) เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการตั้งครรภ์ซ้ำระหว่างกลุ่มมารดาวัยรุ่นและมารดาผู้ใหญ่ พบว่า ระยะเวลาในการตั้งครรภ์ซ้ำของกลุ่มมารดาวัยรุ่นจะสั้นกว่าระยะเวลาในการตั้งครรภ์ซ้ำของกลุ่มมารดาผู้ใหญ่ เฉลี่ย 6 เดือน โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นที่ผ่านการคลอดครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี จะมีการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนอายุ 20 ปี (Akinbami, Schoendorf, & Kiely, 2000)

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น

1. การตัดสินใจทำแท้งเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ จากการศึกษาของ Collier (2009) โดยทำการเก็บข้อมูลอัตราการทำแท้งในประเทศอังกฤษและเวลส์ ระหว่างปี 1991-2007 พบ สัดส่วนการทำแท้งในสตรีที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ทั้งในกลุ่มที่ผ่านการทำแท้งเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในครรภ์แรก และกลุ่มที่ผ่านการคลอดในครรภ์แรก ในอัตราร้อยละ 68 และร้อยละ 42 ตามลำดับ ซึ่งการทำแท้งของทั้งสองกลุ่มมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับกลุ่มที่ผ่านการแท้งในครรภ์แรก ($p < .001$) และกลุ่มที่ผ่านการคลอดในครรภ์แรก ($p < .001$)

2. การคลอดบุตรก่อนกำหนดและการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นนั้น เป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่ามีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ และผลการศึกษาของ Partington, et al. (2009) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (cohort study) ที่ศึกษาถึงผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ซ้ำ ในมารดาวัยรุ่น พบว่า อัตราการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) ระหว่างการตั้งครรภ์แรกและครั้งที่สองไม่มีความแตกต่างกัน แต่เมื่อศึกษาอัตราการคลอดก่อนกำหนด พบว่า การตั้งครรภ์ที่สองมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับ การตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 15 และ ร้อยละ 12 ตามลำดับ) การคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยและคลอดก่อนกำหนดจากการที่มารดาวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ซ้ำ มีความสัมพันธ์กับลักษณะประชากรของมารดาวัยรุ่นในระดับกว้าง ได้แก่ การที่มารดาวัยรุ่นมีอายุ 16 ปี หรือน้อยกว่า มีน้ำหนักตัวเมื่อตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างไม่เพียงพอหรือเหมาะสม มีผลลัพธ์จากการคลอดครั้งก่อนไม่ดี สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ และระยะห่างในการตั้งครรภ์ครั้งแรกและครั้งที่สองน้อยกว่า 18 เดือน นอกจากนี้ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีรายได้ต่ำ จะเพิ่มความเสี่ยงในการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยในการคลอดครั้งที่สอง ทั้งนี้การคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยและการคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักตัวในระหว่างตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ในมารดาวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 16 ปี ยังพบว่า มีอัตราการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย และการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มมากขึ้นด้วย และเมื่อเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวมารดาวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งแรกและครั้งที่สอง พบการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวมารดาวัยรุ่นไม่ตรงตามเกณฑ์ในการตั้งครรภ์ครั้งที่สองมากกว่าการตั้งครรภ์ครั้งแรก โดยสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวมารดาวัยรุ่นในขณะตั้งครรภ์ครั้งแรกและครั้งที่สอง คิดเป็นร้อยละ 61 และร้อยละ 41 ต่อสัดส่วนของมารดาวัยรุ่นที่มีน้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวมารดาวัยรุ่นที่ไม่ตรงตามเกณฑ์นี้มีความสอดคล้องกับการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย

3. การทำร้ายร่างกายบุตร การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่ตั้งครรภ์ซ้ำโดยการวางแผน หรือตั้งใจ และกลุ่มที่ตั้งครรภ์ซ้ำโดยไม่ได้อำนาจแผน ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น (Raneri & Wiemann, 2007) ยังพบว่ามารดาวัยรุ่นในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีภาวะเครียด และภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ตลอดในการตั้งครรภ์จนถึงภายหลังคลอด จากการที่ตั้งครรภ์ซ้ำโดยไม่ได้อำนาจแผน (Yee & Simon, 2010; Yildirim et al., 2005) หรือเพราะความไม่พร้อมในการดูแลบุตรคนถัดมา และการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในครอบครัว เนื่องมาจากที่มารดาวัยรุ่นไม่มีคํ่ายมีแหล่งสนับสนุนทางการเงิน จากการที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือได้รับค่าแรงในอัตราที่น้อย หรือต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำที่มาตรฐานกำหนด เนื่องจากการที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งต่างก็ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (De Fátima Rato Padin et al., 2009) ดังนั้น ทารกที่คลอดออกมาอาจเกิดจากการที่มารดาวัยรุ่นมีความไม่พร้อมในการดูแล หรือบางรายอาจไม่ต้องการบุตร ทำให้มารดาวัยรุ่นไม่ให้ความสนใจ ไม่มีความรักและความผูกพันกับทารก หรืออาจมีการทำร้ายร่างกายบุตร ทอดทิ้ง หนีจาก ดูแลหรือ เลี้ยงดูทารกอย่างไม่เหมาะสม มอบบุตรให้ผู้อื่นเลี้ยงดู ซึ่งมีผลต่อทารกหรือบุตรทำให้ ขาดความอบอุ่น หรือมีพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมตามวัย (Stevens-Simon et al., 2001)

4. การสูญเสียโอกาสในการกลับเข้ารับการศึกษา ในการตั้งครรภ์ครั้งแรกของมารดาวัยรุ่นบางรายต้องหยุดการเรียน หรือออกจากสถานศึกษา เนื่องจากต้องรับบทบาทการเป็นมารดา ต้องดูแล และเลี้ยงดูบุตร หรือเหตุผลหลายๆอย่างทางสังคม ทำให้มารดาวัยรุ่นต้องสูญเสียโอกาสในการเรียน และเมื่อมีการตั้งครรภ์ซ้ำเกิดขึ้น จะทำให้สูญเสียหรือหมดโอกาสในการเรียนต่อ หรือกลับเข้าสู่สถานศึกษาอีกครั้ง จากการที่ต้องดิคด้างในการดูแลทั้งบุตรคนแรกและคนถัดมา ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมีระดับการศึกษาที่ต่ำ ไม่ได้รับว่าจ้างหรือได้รับค่าแรงน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัว เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น แต่ค่าแรงหรือรายได้เท่าเดิม เช่นในการศึกษาของ De Fátima Rato Padin, et al. (2009) ที่เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study ทำการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะประชากรของมารดาวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์หลายครั้งในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศบราซิล พบว่า กลุ่มสตรีทำงานที่เริ่มตั้งครรภ์เมื่อเป็นวัยรุ่นและมีการตั้งครรภ์หลายครั้งจะได้รับเงินเดือนที่น้อยกว่าค่าแรงขั้นต่ำของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ซึ่งส่งผลก่อให้เกิดปัญหาความยากจนขึ้น และเกิดภาวะพึ่งพาบุคคลอื่นๆ หรือการที่ต้องรอคอยความช่วยเหลือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้เกิดผลกระทบตอภาวะเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศในระยะยาวต่อไป

สาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น

จากการทบทวนและศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่วางแผนที่จะมีบุตรคนต่อไป ซึ่งมีอัตราส่วนที่น้อยกว่ากลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มารดาวัยรุ่นไม่ได้วางแผนหรือตั้งใจในการตั้งครรภ์ซ้ำ (Herrman, 2007; Lemay, Cashman, Elfenbein, & Felice, 2007) และเมื่อทำการศึกษาในกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำโดยที่ไม่ได้วางแผนหรือไม่ตั้งใจนี้ พบสาเหตุโดยส่วนใหญ่ดังต่อไปนี้

1. การถูกทำร้ายทางร่างกาย/ทางเพศ จากการศึกษาของ Jacoby, Gorenflo, Black, Wunderlich, and Eyster (1999) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์ซ้ำกับประสบการณ์ถูกทำร้ายและมีความรุนแรงในครอบครัวของมารดาวัยรุ่นที่มีรายได้น้อย พบว่า ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีประสบการณ์การถูกทำร้ายทางร่างกายหรือทางเพศ เป็นบางครั้ง โดยส่วนใหญ่เป็นการถูกทำร้ายทางร่างกาย และรองลงมาคือการถูกทำร้ายทางเพศ ซึ่งเมื่อคิดเป็นสัดส่วนพบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำนั้น ร้อยละ 44 มีประสบการณ์การถูกทำร้ายทางร่างกาย และร้อยละ 26 มีประสบการณ์การถูกดูถูก ว่าร้าย คำทอ หรือใช้คำหยาบคาย ซึ่งรูปแบบการถูกทำร้ายส่วนใหญ่มาจากคู่รักหรือสามีของมารดาวัยรุ่นเอง และผลลัพธ์จากการถูกทำร้ายทางร่างกาย/ทางเพศนี้ ทำให้มารดาวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ซ้ำภายใน 12 และ 18 เดือน หลังจากการตั้งครรภ์ครั้งแรกถึงร้อยละ 43.6 และร้อยละ 63.2 ตามลำดับ และมารดาวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ถูกทำร้ายทางร่างกาย/ทางเพศ ตลอดระยะเวลา 12 เดือนของการวิจัย พบว่ามารดาวัยรุ่นมีโอกาสที่จะเกิดความล้มเหลวในการตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ถูกทำร้ายทางร่างกาย/ทางเพศ โดยร้อยละ 42.3 ของกลุ่มที่มีประสบการณ์ถูกทำร้ายทางร่างกายหรือทางเพศ มีการแท้งเอง หรือจบลงด้วยการยุติการตั้งครรภ์แบบตั้งใจ และ 26 ในระหว่างการวิจัยยังพบว่าร้อยละ 13 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทอดทิ้งหรือไม่สนใจบุตรคนแรก นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Pfitzner, Hoff, & McElligott (2003) ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น พบว่า กลุ่มตั้งครรภ์ซ้ำและกลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ซ้ำ ที่มีประสบการณ์ถูกทำร้ายทางร่างกาย/ทางเพศ จะมีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่สูงอีกด้วย

2. การขาดความรู้และการเข้าถึงการคุมกำเนิด จากการทบทวนและศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดและการเข้ารับบริการวางแผนครอบครัวในมารดาวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำนั้น สามารถแบ่งกลุ่มมารดาวัยรุ่นออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกไม่มีการคุมกำเนิดด้วยวิธีใดๆ เลย เนื่องจากมีความตั้งใจ มีการวางแผน หรือคู่รัก/สามีต้องการมีบุตรคนต่อไป จึงทำให้มารดาวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ซ้ำในครั้งต่อไป ซึ่งกลุ่มนี้มีสัดส่วนที่น้อยที่สุด (Boardman et al., 2006; Raneri & Wiemann, 2007) กลุ่มที่สองไม่มีการคุมกำเนิดเนื่องจากไม่ให้ความสนใจถึงความเป็นไปได้

หรือโอกาสที่จะเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำขึ้น หรือมารดาวัยรุ่นบางรายคิดว่าตนเองจะไม่มีเพศสัมพันธ์กับคู่รัก/สามีอีก จึงไม่มีการยอมรับหรือเห็นประโยชน์ของการคุมกำเนิด (Stevens-Simon, Kelly, Singer, & Nelligan, 1998; Thurman, Hammond, Brown, & Roddy, 2007) ส่วนกลุ่มที่สามเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือกลุ่มที่มีการคุมกำเนิดแต่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีสาเหตุมากมาย เช่น มารดาวัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ไม่เพียงพอ เลือกใช้วิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือคุมกำเนิดไม่ถูกต้อง หรือมีความไม่พึงพอใจในวิธีคุมกำเนิดนั้นๆ มีอาการข้างเคียงเลือดออกกระปริดกระปรอย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน ทำให้มีการเปลี่ยนวิธีการคุมกำเนิดบ่อย หรือมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายหรือเดินทางมารับบริการคุมกำเนิด จึงส่งผลให้การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นเป็นไปอย่างไม่มีอย่างต่อเนื่องและเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำขึ้น (Stevens-Simon et al., 1998; Thurman et al., 2007) ถึงแม้ว่าจะพบมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีความต่อเนื่อง หรือไม่คุมกำเนิดเลย แต่อย่างไรก็ตามยังมีบางงานวิจัยที่พบว่า มีมารดาวัยรุ่นบางรายใช้สองวิธีร่วมกันในการคุมกำเนิด กล่าวคือการใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีคุมกำเนิดอื่นๆ โดยมารดาวัยรุ่นให้เหตุผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์และป้องกันการตั้งครรภ์จากการที่ล้มเหลวในวิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น (Breheny & Stephens, 2004; Harper, Callegari, Raine, Blum, & Darney, 2004) ซึ่งการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นกลุ่มนี้จะมีอัตราที่น้อยกว่ากลุ่มที่มีการคุมกำเนิดเพียงวิธีเดียวหรือไม่คุมกำเนิดเลย นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ Coard, Nitz, & Felice, (2000) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ longitudinal study พบว่า ระยะเวลาในการเริ่มต้นคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำ กล่าวคือ ไม่พบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นที่มีการคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอและเริ่มต้นคุมกำเนิดอย่างรวดเร็วภายใน 1 – 16 สัปดาห์หลังคลอด และยังพบว่า ประสิทธิภาพการคุมกำเนิดและประวัติการล้มเหลวในการตั้งครรภ์ครั้งแรกก็มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน ($p < .05$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Raneri & Wiemann (2007) ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นที่วางแผนจะมีบุตรคนต่อไปภายในระยะเวลา 5 ปี และมีการคุมกำเนิดโดยไม่ใช้ฮอร์โมนที่ออกฤทธิ์ คุมกำเนิดระยะยาว (long acting) ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) สำหรับกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ไม่กลับเข้าศึกษาต่อภายหลัง 3 เดือนหลังคลอด และมีเพื่อนที่เป็นมารดาวัยรุ่นเช่นเดียวกัน จะเพิ่มความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำภายใน 14 เดือน ($p < .01$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเพิ่มเติมยังพบว่า การที่มารดาวัยรุ่นจะตั้งครรภ์ซ้ำภายใน 6 เดือนแรกหลังคลอดหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับชนิดและวิธีการคุมกำเนิด และจากการผลการศึกษาของ Stevens-Simon, Kelly, & Kulick (2001) ซึ่งเป็นแบบ cohort study พบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำภายใน 6 เดือนหลังคลอด จากมารดาวัยรุ่นที่คุมกำเนิด

โดยวิธีฝังยาคุมกำเนิด ฉีดยาคุมกำเนิด รับประทานยาคุมกำเนิด และไม่ใช่วิธีใดๆเลย ในอัตราร้อยละ 0, 4, 14 และ 23 ตามลำดับ ($p = 0.0001$) และอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำเมื่อสิ้นสุด 1 ปีหลังคลอด ร้อยละ 0, 11, 25 และ 38 ตามลำดับ ($p = 0.0001$)

การคุมกำเนิด

การคุมกำเนิด หมายถึง วิธีการใดวิธีการหนึ่งในการป้องกันการตั้งครรภ์ ทั้งชนิดชั่วคราวหรือชนิดถาวร เช่น การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิด การฝังยาคุมกำเนิด การใส่ห่วง หรือทำหมัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ขึ้น ซึ่งการคุมกำเนิดนั้นมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ โดยการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในสตรีและมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดขึ้นโดยไม่ได้อวางแผน (Gilliam et al., 2004; Yee & Simon, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด และการเข้ารับบริการวางแผนครอบครัวของสตรีหรือมารดาวัยรุ่น พบว่า พฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีหรือมารดาวัยรุ่น สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ กลุ่มที่ไม่ใช้วิธีใดๆในการคุมกำเนิดเลย กลุ่มที่คุมกำเนิดแต่ไม่สม่ำเสมอในการคุมกำเนิด และกลุ่มที่คุมกำเนิดและมีความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มแรก กลุ่มที่ไม่ใช้วิธีใดๆในการคุมกำเนิด ซึ่งพบได้มากในสตรีหรือมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อย (Hillman, Negriff, & Dorn, 2010) และยังพบว่า สตรีหรือมารดาวัยรุ่นบางรายให้เหตุผลในการไม่คุมกำเนิด เนื่องจากคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ หรือมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ไม่เพียงพอ (Herrman, 2007; Lemay et al., 2007) หรือคิดว่าการคุมกำเนิดไม่มีประโยชน์ต่อตนเอง หรืออับอายในการเข้ารับบริการการคุมกำเนิด (Wu, 2010) กลุ่มที่สอง กลุ่มที่คุมกำเนิดแต่ไม่มีความต่อเนื่องในการคุมกำเนิด ในกลุ่มนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มที่คุมกำเนิดโดยวิธีธรรมชาติ หรือไม่ใช้ฮอร์โมนในการคุมกำเนิด เช่น การหลั่งภายนอก การใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งเหตุผลหลักมาจากกลัวอาการข้างเคียงจากการใช้ฮอร์โมน เช่น รู้สึกหงุดหงิดง่าย กล้ามเนื้อตึงเครียด (Wu, 2010) นอกจากนี้ ยังให้เหตุผลว่า การใช้ถุงยางอนามัยเป็นความรับผิดชอบของฝ่ายชายเท่านั้น (Brunner, Huber & Ersek, 2011) ส่วนกลุ่มที่มีการคุมกำเนิดโดยใช้ฮอร์โมนแบบไม่ต่อเนื่อง พบได้หลายสาเหตุ โดยเฉพาะความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดที่สตรีหรือมารดาวัยรุ่นยังมีไม่เพียงพอและใช้อย่างไม่ถูกต้อง (Herrman, 2007; Lemay et al., 2007) และจากข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิด พบว่า วิธีการคุมกำเนิดที่สตรีหรือมารดาวัยรุ่นมีความรู้และนิยมใช้มากที่สุดคือการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด (Breheny &

Stephens, 2004) รองลงมาคือ การฉีดยาคุมกำเนิด, การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน, การฝังยาคุมกำเนิด (Breheny & Stephens, 2004; Gilliam et al., 2004) แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้วัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีความรู้เกี่ยวกับชนิด และวิธีการต่างๆ ในการคุมกำเนิด ก็ยังเพิกเฉย และไม่ยอมรับหรือไม่เห็นประโยชน์ของการคุมกำเนิดเท่าที่ควร นอกจากนั้นยังพบว่า บางรายมีการใช้ผิดวิธี หรือมีการใช้ยาคุมกำเนิดเพื่อวัตถุประสงค์อย่างอื่น เช่น เพื่อเลื่อนการมีประจำเดือน หรือเพื่อรักษาสิว เป็นต้น หรือมีการใช้ที่ไม่ต่อเนื่อง มีการเปลี่ยนวิธีการคุมกำเนิดบ่อย จากการที่ไม่พึงพอใจในวิธีคุมกำเนิดนั้นๆ หรือกลัวอาการแทรกซ้อน อาการข้างเคียงของการคุมกำเนิด หรือมารดาวัยรุ่นไม่จริงจัง ไม่ตั้งใจในการคุมกำเนิด ซึ่งทำให้การคุมกำเนิดเป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่อง ไม่มีประสิทธิภาพ (Cheung & Free, 2005) และยังมีมารดาวัยรุ่นบางส่วนให้เหตุผลว่า ไม่มีความสะดวกในการเดินทางหรือไม่มีความเป็นส่วนตัวในการเข้ารับบริการเนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก ต้องใช้เวลานานในการรอรับบริการ (Ehlers, 2003)

สำหรับกลุ่มที่สาม กลุ่มที่คุมกำเนิดและมีความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิด กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีการใช้ฮอร์โมนที่มีการออกฤทธิ์ระยะยาว (Long acting) ในการคุมกำเนิด ในกลุ่มนี้จะไม่ค่อยพบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หรือพบในอัตราที่น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งเหตุผลหลักในการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนอย่างต่อเนื่องนี้ มาจากการที่สตรีหรือมารดาวัยรุ่นให้ความสำคัญกับการคุมกำเนิด และมีความต้องการที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ หรือตั้งครรภ์เมื่อมีความพร้อม (Coard, Nitz, & Felice, 2000; Raneri & Wiemann, 2007)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิด

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดและการเข้ารับบริการวางแผนครอบครัวในกลุ่มสตรีวัยรุ่น และมารดาวัยรุ่น พบว่า มีทั้งกลุ่มที่ให้ความสำคัญ สนใจ ตั้งใจในการคุมกำเนิด และกลุ่มที่ไม่สนใจ เพิกเฉย และปฏิเสธการคุมกำเนิด หรือมีการคุมกำเนิดที่เป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่อง ซึ่งการที่สตรีวัยรุ่นและมารดาวัยรุ่นจะคุมกำเนิดหรือไม่นั้น มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคุมกำเนิดของสตรีและมารดาวัยรุ่นอยู่หลายปัจจัย สามารถแบ่งออกเป็นแต่ละปัจจัย ดังนี้

1. **อายุของมารดาวัยรุ่น** โดยทั่วไปพัฒนาการและการเจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจของวัยรุ่นยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ ทำให้กระบวนการคิด การเรียนรู้ของวัยรุ่น การตัดสินใจ และอารมณ์ไม่คงที่ ซึ่งอาจส่งผลให้วัยรุ่นดูแลตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร ดังการศึกษาของ Herrman (2007) และ Lemay, et al. (2007) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น พบว่า ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยในช่วง 11-12 ปี คิดว่าตนเองยังเด็กเกินไปที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด

และยังเป็นวัยที่ไม่น่าจะเกิดการตั้งครรภ์ จึงทำให้เลือกวิธีที่ไม่เหมาะสม ไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ เช่น การยับยั้งการหลั่ง หรือการหลั่งข้างนอก หรือเลือกที่จะไม่คุมกำเนิดเลย และจากการศึกษาของ Hillman, et al. (2010) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการใช้ฮอร์โมนในการคุมกำเนิดของกลุ่มสตรีและกลุ่มมารดาวัยรุ่น ที่มีอายุ 11 – 13 ปี และ 15 - 17 ปี พบว่า สตรีและมารดาวัยรุ่นที่มีอายุในช่วง 11 - 13 ปี จะมีการใช้ฮอร์โมนในการคุมกำเนิดน้อยกว่ากลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีอายุในช่วง 15 - 17 ปี อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)

2. รายได้ ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีรายได้ของครอบครัวน้อย มีข้อจำกัดในแหล่งรายได้ หรือมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ จะมีโอกาสที่จะเกิดการตั้งครรภ์ได้หลายครั้งกว่ากลุ่มที่มีรายได้มาก หรือกลุ่มที่ไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ (Raneri & Wiemann, 2007) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Thurman, et al., (2007) ที่ทำการศึกษาวัยรุ่นแบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำภายใน 1 ปีหลังคลอด ระหว่างมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เลือกคุมกำเนิดชนิดฉีดคุมกำเนิด ชนิดรับประทานยาคุมกำเนิด และชนิดแผ่นแปะคุมกำเนิด ผู้เข้าร่วมการศึกษากลายเป็นมารดาวัยรุ่น 252 ราย ทำการศึกษาในระยะเวลา 12 เดือน พบว่า มารดาวัยรุ่นทั้งสามกลุ่มเลือกคุมกำเนิด ไม่มาตามนัดและมีการตั้งครรภ์ขึ้นถึงร้อยละ 21.8 – 39.2 ซึ่งมีเหตุผลส่วนใหญ่คือ ไม่สะดวกในการเดินทาง เนื่องจากเสียค่าใช้จ่ายมาก และเหตุผลรองลงมาคือไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ต้องชำระค่ายาคุมกำเนิดและค่าบริการ เนื่องจากมารดาวัยรุ่นที่มีรายได้น้อย ทำให้มีปัญหาในเรื่องของค่าใช้จ่าย

ในการศึกษาระหว่างรายได้กับการคุมกำเนิด ยังพบอีกว่า เวลาในการเข้ารับบริการก็เป็นปัญหาสำคัญ กล่าวคือ มารดาวัยรุ่นที่ไม่มีเวลาในการเข้ารับบริการคุมกำเนิด จะมีสาเหตุสำคัญมาจากความจำเป็นที่ต้องทำงานเพื่อหารายได้ จึงทำให้ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิด ทำให้ไม่มีความรู้หรือไม่ให้ความสำคัญกับการคุมกำเนิด (Berenson & Wiemann, 1997; De Fátima Rato Padin et al., 2009; Gilliam et al., 2004) และส่งผลให้มีอัตราการคุมกำเนิด การเข้ารับบริการวางแผนครอบครัว และมีความพยายามในการคุมกำเนิดน้อย (Gilliam et al., 2004) หรือเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดในระยะสั้น (De Fátima Rato Padin et al., 2009) นอกจากนี้ รายได้ของครอบครัวยังมีความสอดคล้องกับระดับการศึกษาของสตรีหรือมารดาวัยรุ่นเช่นเดียวกัน เนื่องจากครอบครัวมีรายได้น้อย สตรีหรือมารดาวัยรุ่นจึงมีความจำเป็นที่ต้องหยุดเรียน หรือออกจากสถานศึกษามาประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ จึงทำให้สตรีวัยรุ่นมีระดับการศึกษาที่ต่ำ และผลการศึกษาของ Berenson and Wiemann (1997) ยังพบว่า กลุ่มสตรีวัยรุ่นที่มีรายได้ของครอบครัวสูง จะเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่ให้ระยะเวลานาน และมีการกลับเข้าศึกษาในสถานศึกษาหลังคลอดในอัตราที่มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยหรือระดับการศึกษาต่ำ

3. ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด โดยทั่วไปบุคคลจะตัดสินใจกระทำการสิ่งใด ย่อมผ่านการประมวลความรู้ในเรื่องนั้นๆก่อน ว่าเมื่อลงมือกระทำสิ่งใดแล้ว จะได้รับประโยชน์ หรือได้รับอันตรายต่อตนเองหรือไม่ และในกรณีการคุมกำเนิดก็เช่นเดียวกัน สตรีหรือมารดาวัยรุ่นต้องมีความรู้ หรือข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลาในการคุมกำเนิด หรือ อาการข้างเคียงจากการคุมกำเนิด เป็นตัวช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิดให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด จากการศึกษาของ Ehlers (2003) ซึ่งทำการศึกษาเพื่อค้นหาสาเหตุของความล้มเหลวในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น พบว่า ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 250 ราย มีจำนวนมารดาวัยรุ่นถึง 85 ราย ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และในจำนวน 165 รายที่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดนั้น มีเพียง 117 รายเท่านั้น ที่มีการคุมกำเนิดจริง ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Herrman (2007) และ Lemay, et al. (2007) พบว่า สตรีหรือมารดาวัยรุ่นบางรายไม่มีการคุมกำเนิดเลย จากการที่ขาดความรู้หรือมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ไม่เพียงพอ ทั้งชนิด และวิธีของการคุมกำเนิด โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีหรือมารดาวัยรุ่นที่มีอายุในช่วง 11-12 ปี เป็นกลุ่มที่ไม่มีความรู้ หรือมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดน้อยกว่ากลุ่มช่วงอายุอื่น เพราะคิดว่าตนเองยังเด็กเกินไปที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และยังเป็นวัยที่ไม่น่าจะเกิดการตั้งครรภ์ จึงทำให้เลือกวิธีที่ไม่เหมาะสม และไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ เช่น การยับยั้งการหลั่ง การหลั่งข้างนอก หรือเลือกที่จะไม่คุมกำเนิดเลย นอกจากนี้การศึกษาของ Gilliam, et al. (2004) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ focus group study ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคุมหรือไม่คุมกำเนิดในสตรีชาวละตินที่มีรายได้ต่ำ พบว่า สตรีชาวละตินที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดกล่าวถึงประเด็นของการขาดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดว่า ในสังคมของสตรีชาวละตินมีหลายคนบอกว่าคุมกำเนิดเป็นเรื่องที่ไม่จำเป็น จึงเป็นสาเหตุทำให้สตรีชาวละตินขาดความรู้ หรือขาดแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทำให้อัตราการเกิดการตั้งครรภ์ในสตรีและมารดาวัยรุ่นชาวละตินพบได้มากกว่าชาติอื่นๆ

จากการศึกษาของ Yee and Simon (2010) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับแหล่งที่มาของข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด พบว่า สตรีและมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลจากเพื่อน มารดา พี่สาวหรือคนใกล้ชิด ซึ่งจากแหล่งที่มาของข้อมูล และความรู้ดังกล่าว อาจทำให้สตรีและมารดาวัยรุ่นได้รับข้อมูลที่ผิดหรือข้อมูลที่ได้เป็นสิ่งที่แต่งขึ้น ส่งผลให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และมีโอกาสที่จะมีการคุมกำเนิดอย่างผิดวิธี แต่อย่างไรก็ตาม Yee & Simon (2010) ยังศึกษาพบว่า มีสตรีหรือมารดาวัยรุ่นบางรายพิจารณาและมองหาข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การอ่านข้อมูลจากแผ่นพับคำแนะนำ 25 ราย พูดคุยกับแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ 25 ราย ดูโฆษณาทางโทรทัศน์ 8 ราย และใช้อินเทอร์เน็ต 20 ราย ซึ่งมารดาหลังคลอด 15 ราย ให้รายละเอียดเกี่ยวกับ

การได้รับข้อมูลการคุมกำเนิดจากเอกสารกำกับยา แผ่นพับ นิตยสาร ซึ่งสตรีและมารดาวัยรุ่นให้เหตุผลว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้

4. ทักษะต่อการคุมกำเนิด หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นที่มารดาวัยรุ่นมีต่อการคุมกำเนิด ในทางที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการคุมกำเนิด กล่าวคือ เมื่อสตรีหรือมารดาวัยรุ่นมีความรู้สึกและความคิดเห็นที่ดีต่อการคุมกำเนิด หรือคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเองก็จะเลือกคุมกำเนิด (Bryant, 2009; Myo-Myo-Mon & Liebsuetrakul, 2009) สำหรับกลุ่มที่ไม่ให้ความสนใจ เพิกเฉย ไม่เห็นความสำคัญในการคุมกำเนิด ไม่เห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อตน คิดว่าตนเองไม่เสี่ยงในการตั้งครรภ์ หรือเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการคุมกำเนิดแล้ว ไม่มีการตั้งครรภ์เป็นเรื่องท้าทาย และน่าตื่นเต้น ก็จะไม่มีมีการคุมกำเนิด หรือคุมกำเนิดอย่างไม่มีความต่อเนื่อง (Breheny & Stephens, 2004; Gilliam et al., 2004)

จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนที่มีประสิทธิภาพสูงของ Cheung and Free (2005) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มสตรีที่มีอายุระหว่าง 16 – 25 ปี ทั้งกลุ่มที่ยังไม่มีการตั้งครรภ์ กำลังตั้งครรภ์ หรือผ่านการยุติการตั้งครรภ์แล้ว โดยมีรูปแบบการศึกษาเป็นแบบ Qualitative study ผลการศึกษาพบว่า ในสตรีที่เห็นประโยชน์หรือเห็นความสำคัญในการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนประสิทธิภาพสูง หรือมีความต้องการป้องกันการตั้งครรภ์ และมีความต้องการคุมกำเนิดที่แรงกล้า จะมีการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนประสิทธิภาพสูงอย่างต่อเนื่อง จนเมื่อถึงเวลาที่สตรีหรือมารดาวัยรุ่นมีความพร้อมในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป แม้ว่าการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนประสิทธิภาพสูงนั้น จะทำให้สตรีหรือมารดาวัยรุ่นได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียง ซึ่งอาการที่พบบ่อยในการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมน คือ การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีอาการวิงเวียนหรือปวดศีรษะ ก็ตาม ส่วนอีกกลุ่มที่ไม่เห็นประโยชน์ของการใช้ฮอร์โมนประสิทธิภาพสูง ก็จะไม่มีมีการคุมกำเนิดหรือพร้อมที่จะหยุดใช้ฮอร์โมนทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น โดยไม่คำนึงถึงการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งสตรีและมารดาวัยรุ่นให้เหตุผลในการไม่คุมกำเนิดหรือหยุดใช้ฮอร์โมนว่า ฮอร์โมนเป็นสาเหตุให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ เป็นความรู้สึกที่ไม่ถูกต้อง และโดยส่วนใหญ่สตรีหรือมารดาวัยรุ่นจะยุติการใช้ฮอร์โมนในการคุมกำเนิดด้วยตนเอง โดยไม่มีการขอรับคำแนะนำหรือคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ยังมีสตรีหรือมารดาวัยรุ่นบางรายที่เปลี่ยนวิธีการคุมกำเนิดจากการฉีดยาคุมกำเนิดเป็นการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด เนื่องจากคิดว่าประจำเดือนมาไม่ปกติจากการฉีดยาคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิดนั้นเป็นชนิดที่มีฮอร์โมนสูง และจากการศึกษาเพื่อหาสาเหตุของความล้มเหลวในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ของ Ehlers (2003) พบว่า ในด้านทัศนคติต่อการคุมกำเนิดนั้น สาเหตุส่วนใหญ่ที่มารดาวัยรุ่นไม่คุมกำเนิดเกิดจากการกลัวอาการข้างเคียงของยาคุมกำเนิด กลัวน้ำหนักตัวเพิ่ม หรือจะมีผลต่อทารกในครรภ์

ยกตัวอย่างเช่น มารดาวัยรุ่นจำนวน 3 ราย ที่ไม่ใช่ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฉุกเฉิน เนื่องจากกลัวทารกในครรภ์จะมีรูปร่างผิดปกติ และอีก 2 รายไม่คิดว่ายาคุมกำเนิดชนิดฉุกเฉินจะมีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดได้ และยังพบอีกว่า มารดาวัยรุ่นบางรายมีความเชื่อ หรือคิดว่าการคุมกำเนิดด้วยวิธีที่ใช้ฮอร์โมนอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งหรือเป็นสาเหตุให้เกิดพังพืด (fibrosis) ในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ขึ้นได้

นอกจากนี้ การศึกษาของ Lemay, et al. (2007) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและความเชื่อในการคุมและไม่คุมกำเนิด ในระยะก่อนและหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น พบว่า สตรีหรือมารดาวัยรุ่นบางรายมีความคิดว่าการพูดคุยเกี่ยวกับการคุมกำเนิดเป็นเรื่องที่น่าอึดอัดและน่าอับอาย ไม่กล้าที่จะพูดคุย ชักถามมารดา เพื่อน ญาติ เพื่อนชาย และผู้เชี่ยวชาญ หรือกลัวถูกตำหนิ เพราะในบางวัฒนธรรม การมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่เป็นวัยรุ่นเป็นเรื่องที่สังคมยังไม่ให้การยอมรับ ดังนั้น สตรีหรือมารดาวัยรุ่นจึงไม่มีการคุมกำเนิด ส่งผลให้มีโอกาสที่จะเกิดการตั้งครรภ์หรือการตั้งครรภ์ซ้ำได้ในที่สุด

5. ประสบการณ์ในการคุมกำเนิด มารดาวัยรุ่นส่วนหนึ่งจะอาศัยประสบการณ์ในการคุมกำเนิดที่ผ่านมาของตนเอง เป็นตัวช่วยในการพิจารณาคุมกำเนิด หรือเลือกวิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Yee & Simon, 2010) และเมื่อทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การคุมกำเนิดที่ผ่านมาของสตรีหรือมารดาวัยรุ่น จะเห็นได้ว่า สตรีหรือมารดาวัยรุ่นที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการตั้งครรภ์ในครั้งแรกและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำจะใช้วิธีการคุมกำเนิด 2 วิธีร่วมกัน คือ กลุ่มสตรีหรือมารดาวัยรุ่นที่คุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Breheny & Stephens, 2004) สำหรับกลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จในการคุมกำเนิด อุปสรรคที่พบได้บ่อยคือ ความไม่พึงพอใจต่ออาการข้างเคียงของฮอร์โมน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่สตรีและมารดาวัยรุ่นมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีเลือดออกกระปริดกระปรอย ผอมร่าง และมีอาการคลื่นไส้ ภายหลังจากการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้สตรีและมารดาวัยรุ่นหยุดใช้วิธีการคุมกำเนิดนั้นๆทันทีหรือมีการเปลี่ยนวิธีการคุมกำเนิดบ่อยๆ (Gilliam et al., 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังพบว่า ประสบการณ์ในการเข้ารับบริการในคลินิกเป็นเรื่องสำคัญอีกประการหนึ่ง ซึ่งสตรีและมารดาวัยรุ่นปฏิเสธที่จะเข้ารับบริการวางแผนครอบครัวหรือรับบริการคุมกำเนิดนั้น เหตุผลที่พบบ่อยมาจากการที่บุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ไม่เป็นมิตร ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ไม่เพียงพอจากเจ้าหน้าที่ จำนวนเจ้าหน้าที่ในการให้บริการมีน้อย ไม่เพียงพอต่อผู้ใช้บริการที่มีจำนวนมาก ทำให้ใช้เวลาในการรอรับบริการนาน หรือจำนวนผู้รับบริการมีมาก ทำให้ไม่มีความเป็นส่วนตัว กลัวพบคนรู้จัก เพื่อน เพื่อนบ้าน

ภายในคลินิกและบอกให้มารดา หรือเพื่อนชายของกลุ่มสตรีหรือมารดาวัยรุ่นรับรู้ หรือมีความยุ่งยากในการเข้ารับบริการ การเดินทางไม่สะดวก สถานบริการอยู่ไกล หรือมีค่าใช้จ่ายมากในการเข้ารับบริการในแต่ละครั้ง จึงส่งผลให้สตรีหรือมารดาวัยรุ่นตัดสินใจไม่เข้ารับบริการการวางแผนครอบครัวที่คลินิก (Ehlers, 2003; Gilliam et al., 2004) และอีกเหตุผลหนึ่งที่น่าสนใจ คือ สตรีและมารดาวัยรุ่นบางรายที่เข้ารับบริการการคุมกำเนิดที่คลินิกวางแผนครอบครัว หรือสถานพยาบาล มีประสบการณ์การถูกกดดันหรือบังคับให้มีการคุมกำเนิด ซึ่งแต่ละวิธีที่เจ้าหน้าที่เลือกให้และส่วนใหญ่จะเป็นวิธีการฉีดยาคุมกำเนิด (Rickert et al., 2007)

นอกจากนี้ประสบการณ์จากการคุมกำเนิดในแต่ละวิธีก็เป็นส่วนสำคัญในการที่สตรีหรือมารดาวัยรุ่นจะตัดสินใจคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องต่อไป ดังการศึกษาของ Hellerstedt and Story, (1998) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ focus group เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในการคุมกำเนิดภายหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ที่ใช้ยาฉีดคุมกำเนิดในอดีตและปัจจุบันนั้น การตัดสินใจขึ้นอยู่กับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เมื่อเข้ารับบริการฝากครรภ์ และในกลุ่มนี้มีหลายรายที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดก่อนมีการตั้งครรภ์ ซึ่งให้เหตุผลว่า มีความยุ่งยากในการกินยาทุกวัน และมี 4 รายที่กินยาเม็ดแล้วตั้งครรภ์ ผู้ใช้ยาฉีดคุมกำเนิดบางรายรู้สึกถึงอาการข้างเคียงของยา แต่การคุมกำเนิดโดยการฉีดเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดเพราะไม่ต้องกินทุกวัน ซึ่งอาการข้างเคียงที่พบในกลุ่มผู้ใช้ยาฉีดคุมกำเนิดส่วนใหญ่ คือ มีความรู้สึกริษหรือมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีเลือดออกผิดปกติเมื่อมีประจำเดือน และประมาณครึ่งของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ฉีดยาคุมกำเนิดต่อถ้ามีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือน้ำหนักภายหลังคลอดไม่ลดลง และบางรายพูดเกี่ยวกับการฉีดยาคุมกำเนิดว่า ไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจกับการที่มีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอจากการฉีดยาคุมกำเนิด แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีบางรายที่ต้องการคุมกำเนิดด้วยวิธีฉีดยาคุมกำเนิดต่อไป โดยไม่สนใจน้ำหนักที่ขึ้นและให้เหตุผลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่ให้เกิดขึ้นอีก ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ในมารดาวัยรุ่นที่เคยมีประสบการณ์ในการคุมกำเนิด แปลว่ามีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมการคุมกำเนิดนั้นๆ ได้ และมีแนวโน้มที่จะคุมกำเนิดต่อไป

6. การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ การที่มารดาวัยรุ่นจะตัดสินใจคุมหรือไม่คุมกำเนิดนั้น มาจากความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการได้รับความยินยอม กำลังใจ ความช่วยเหลือ คำแนะนำ และช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิด จากบุคคลที่มีความสำคัญต่อมารดาวัยรุ่นในการตัดสินใจคุมกำเนิด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะพบว่า ส่วนหนึ่งจะอาศัยการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญของตน โดยเฉพาะมารดา และสามีที่ให้การสนับสนุน ยินยอม ผลักดัน และช่วยเหลือในการคุมกำเนิด และรวมไปถึงการให้ข้อมูลที่ต้องการเกี่ยวกับการคุมกำเนิด หรือให้คำแนะนำในการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม จะช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีความมั่นใจ สามารถ

ตัดสินใจเข้ารับบริการการคุมกำเนิดได้ง่ายขึ้น และยังส่งผลให้มีอัตราการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องเพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย (Berenson & Wiemann, 1997; Breheny & Stephens, 2004; Lemay et al., 2007; Myo-Myo-Mon & Liebsuetrakul, 2009; Yee & Simon, 2010) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Ehlers (2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับเหตุผลของความล้มเหลวต่อการคุมกำเนิดในกลุ่มมารดาวัยรุ่นของแอฟริกาใต้ พบว่า การที่มารดาวัยรุ่นมีความลังเล หรือไม่ตัดสินใจเข้ารับบริการที่คลินิกวางแผนครอบครัวเพื่อการคุมกำเนิดนั้น มีเหตุผลหลักมาจากการที่คู่รักหรือสามี และมารดาของมารดาวัยรุ่นไม่ยินยอมให้มีการคุมกำเนิด และจากการศึกษาของ Harper, et al. (2004) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบริการคุมกำเนิด รวมทั้งการสนับสนุนจากมารดา คู่รักหรือสามี และเพื่อน รูปแบบของการศึกษาเป็นแบบ prospective cohort study ผลการศึกษาพบว่า สตรีหรือมารดาวัยรุ่นที่มีการคุมกำเนิดนั้น มีมารดารับรู้และให้การสนับสนุนในการเข้ารับบริการคุมกำเนิด ร้อยละ 96 และมีคู่รักหรือสามีรับรู้และให้การสนับสนุนในการเข้ารับบริการคุมกำเนิด ร้อยละ 92 นอกจากนี้บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจคุมกำเนิดของสตรีหรือมารดาวัยรุ่นนั้น ได้แก่ สามี มารดาของมารดาวัยรุ่น และเพื่อนมารดาวัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 22, 13 และ 12 ตามลำดับ ส่วนที่เหลือ ร้อยละ 49 เป็นมารดาวัยรุ่นเองที่จะตัดสินใจคุมหรือไม่คุมกำเนิด นอกจากนี้ Harper, et al. ยังศึกษาถึงอัตราการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องใน 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันเล็กน้อย กล่าวคือ การรับรู้และการสนับสนุนในการเข้ารับบริการคุมกำเนิดในคลินิกจากมารดาของมารดาวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้จากการทบทวนในประเด็นของสิทธิในการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว หรือการคุมกำเนิดตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น พบว่า สตรีที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) นั้น จะสามารถใช้สิทธิในหมวดของค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ ตามแนวทางการวางแผนครอบครัวของกรมอนามัย หรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย ตามมติของแพทยสภา ซึ่งครอบคลุมถึงวิธีการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิด การฝังยาคุมกำเนิด การใส่ห่วง และการทำหมันถาวร ทั้งนี้การบริการคุมกำเนิดดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับค่าบริการของแต่ละสถานพยาบาลที่สตรีนั้นๆ ลงทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันถ้วนหน้า โดยสถานพยาบาลแต่ละแห่งจะได้รับเงินสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการให้บริการในหมวดค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดังกล่าว รายละ 28.69 บาท ต่อการเข้ารับบริการหนึ่งครั้ง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) แต่การให้บริการคุมกำเนิดส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลที่จะจัดสรรวิธีการคุมกำเนิดให้แก่ผู้รับบริการ โดยพิจารณาจากความคุ้มค่าของ

งบประมาณที่สถานบริการนั้นๆได้รับ ซึ่งอาจเป็นวิธีใด วิธีหนึ่ง นอกจากนี้สตรีที่ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลประเภทเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานต้นสังกัด เช่น ข้าราชการ พนักงานราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะสามารถรับบริการวางแผนครอบครัว หรือคุมกำเนิดได้เพียงสองวิธีเท่านั้น คือ การรับยาเม็ดคุมกำเนิด และการฉีดยาคุมกำเนิด ซึ่งสตรีในกลุ่มนี้ต้องเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่เป็นของรัฐบาลเท่านั้น (กรมบัญชีกลาง, 2549) สำหรับสตรีที่ใช้สิทธิรักษาพยาบาลจากประกันสังคม จะสามารถใช้บริการได้เพียงวิธีเดียวเท่านั้น คือ การทำหมันถาวร และต้องเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่บริษัท โรงงาน หน่วยงานหรือนายจ้างของสตรีนั้นๆได้ลงทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลดังกล่าวเท่านั้น (สำนักงานประกันสังคม, 2552) ดังนั้น ในกรณีที่สตรีมีความต้องการคุมกำเนิดวิธีต่างๆนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในระเบียบการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลดังกล่าว สตรีจึงจำเป็นต้องชำระค่าบริการ และค่ายาคุมกำเนิดเองทั้งหมด ซึ่งจะเห็นได้ว่า สิทธิการรักษาพยาบาลอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การเข้ารับบริการการวางแผนครอบครัว หรือการคุมกำเนิดของสตรีมีข้อจำกัด

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญ และมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลกระทบจากการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นที่พบนั้น ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจของสตรีวัยรุ่น หรือทารกเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจในระยะยาวอีกด้วย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการคุมกำเนิดในสตรีและมารดาวัยรุ่น ซึ่งการที่สตรีหรือมารดาวัยรุ่นจะคุมกำเนิด และประสบความสำเร็จในการคุมกำเนิดหรือไม่นั้น มีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องอยู่หลายปัจจัย ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านอายุของมารดาวัยรุ่น รายได้ของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด ประสบการณ์ในการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น โดยเฉพาะ ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด ประสบการณ์ในการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นนี้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study) เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี หลังคลอดบุตรคนแรก ซึ่งพักอาศัยตัวภายในหอผู้ป่วยหลังคลอด ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง
2. ตั้งครรภ์เดี่ยว
3. คลอดทารกเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์
6. มีคู่สมรส

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

- ไม่มี

เกณฑ์การยุติการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Termination criteria)

1. ไม่สามารถติดตามมารดาวัยรุ่นเมื่อ 6 - 8 สัปดาห์หลังคลอดได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากไม่มีการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน และงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป หรือเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึงได้จากการคำนวณอำนาจการทดสอบ และจากการเปิดตารางของโพลิต และเบค (Polit & Beck, 2008) สำหรับการวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic regressions) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญอัลฟา (α) เท่ากับ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพล ขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ ($R^2 = .13$) ตัวแปรทำนาย (Predictor variables) 4 ตัว

มีสูตรดังนี้

$$N = \frac{L (1 - R^2) + u + 1}{R^2}$$

โดย

N หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

L หมายถึง ค่าที่ได้จากการเปิดตารางจากระดับนัยสำคัญ และอำนาจการทดสอบ ที่กำหนด (เปิดตารางได้ค่า $L = 14.3$)

u หมายถึง จำนวนตัวแปรที่ใช้ในการทำนาย (4)

R^2 หมายถึง การประมาณค่าของ effect size (.13)

แทนค่าในสูตรดังนี้

$$\begin{aligned} N &= \frac{14.3 (1 - 0.13) + 4 + 1}{0.13} \\ &= 101.7 \end{aligned}$$

ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 ราย และจากตัวอย่างการวิจัย ที่ผ่านมา ของ แอนนา วงษ์กุลลาบ (2537) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดในสตรีหลังคลอดทั่วไป พบว่า มีอัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 20 ดังนั้น เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด จำนวน 122 ราย

สถานที่เก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เป็นแหล่งศึกษาและฝึกปฏิบัติของแพทย์ พยาบาล โดยมีจำนวนเตียงทั้งหมด 1,000 เตียง เปิดให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป โดยที่หอผู้ป่วยหลังคลอดเป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลมารดา หลังคลอดทั้งปกติ และมีภาวะแทรกซ้อน รวมไปถึงมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งการให้บริการจะรับ มารดาหลังคลอดจากห้องคลอดของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทั้งที่ฝากครรภ์และไม่ฝาก ครรภ์ในโรงพยาบาล หรือไม่มีการฝากครรภ์เลย นอกจากนี้ยังรับผู้ป่วยที่ส่งตัวจากโรงพยาบาล ชุมชน มารดาหลังคลอดทุกรายจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลมารดาหลังคลอดและทารก แรกเกิดทุกราย ในกรณีที่มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะได้รับการดูแล และพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหลังคลอด 2-3 วัน สำหรับมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดที่มี ภาวะแทรกซ้อนจะพักรักษาตัวนานขึ้นแล้วแต่กรณี ซึ่งในระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้น มารดาหลังคลอดจะได้รับความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด การดูแลบุตร การเลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดา รวมทั้งการคุมกำเนิด ซึ่งมารดาหลังคลอดจะสามารถรับบริการการคุมกำเนิด หรือ วางแผนครอบครัวภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน โดยที่เจ้าหน้าที่จะนัดและให้คำแนะนำให้ไปรับ บริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้านพร้อมกับการตรวจหลังคลอดเมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งตาม สถิติของผู้รับบริการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในปี พ.ศ. 2553 พบ อัตราการคลอดของ สตรีวัยรุ่น จำนวน 979 ราย ซึ่งในจำนวนวัยรุ่นที่มารับบริการคลอดนี้มีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มากกว่าหนึ่ง ครั้งจำนวน 132 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13.48 ของอัตราการคลอดของสตรีวัยรุ่นทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ชุด และแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 13 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ และเติมข้อความในช่องว่างที่ตรง กับความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อคำถามประกอบด้วย อายุ อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพทางการศึกษา สิทธิในการรักษาพยาบาล รายได้ ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์การคุมกำเนิดที่ผ่านมา และความตั้งใจในการคุมกำเนิดภายหลัง คลอด 6 สัปดาห์

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ความหมายของการคุมกำเนิด ชนิดของการคุมกำเนิด วิธีใช้ ข้อห้าม และอาการข้างเคียงของการคุมกำเนิดแต่ละชนิด ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Davis, Yarber, Bauserman, Scheer, & Davis, 1998; Peeranunrangsri, 2003; Thwin, 2008) แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนนตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด หรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 20 คะแนน การแปลผล กลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดน้อย และกลุ่มที่ได้คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดมาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการคุมกำเนิด มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Davis, et al., 1998; Peeranunrangsri, 2003; Thwin, 2008) มีค่าสองทาง คือ ข้อความทางบวก 5 ข้อ และข้อความทางลบ 5 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert scale) 5 อันดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่แน่ใจกับข้อความนั้นๆ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 7, 8, 9

ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6, 10

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากประกอบด้วยคำถามด้านบวกและด้านลบ จึงพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ คือ

	ข้อคำถามด้านบวก (คะแนน)	ข้อคำถามด้านลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างมาก	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	1	5

มีคะแนนรวมอยู่ที่ 10 – 50 คะแนน การแปลผล กลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคุมกำเนิด และกลุ่มที่ได้คะแนนรวมสูง หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิด

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คำถามถึงบุคคลที่มีความสำคัญต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น 1 ข้อ ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ของมารดาวัยรุ่นเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ต่อการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ทั้งด้านค่าใช้จ่ายด้านข้อมูล ให้คำแนะนำในการเลือกวิธีการคุมกำเนิด ช่วยตัดสินใจ หรือยินยอมให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิด มีคำถาม 5 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Myo-Myo-Mon & Liebsuetrakul, 2009; Peeranunrangsri, 2003; Thwin, 2008; Wang & wang, 2005) ข้อคำถามในส่วนที่ 2 มีเกณฑ์การให้คะแนน เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert scale) 4 อันดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
เกณฑ์การให้คะแนน คือ		
เห็นด้วยอย่างมาก	4	คะแนน
เห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	1	คะแนน

การแปลผล ผู้วิจัยคิดคะแนนรวมตั้งแต่ข้อ 2 – 6 พิสัยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1 – 20 คะแนน กลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญที่น้อยหรือไม่ได้รับการสนับสนุน และกลุ่มที่ได้คะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้ที่ตนเองได้รับการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การคุมกำเนิดเมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับการคุมกำเนิด เหตุผลในการคุมหรือไม่คุมกำเนิด บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการคุมและไม่คุมกำเนิดหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

การหาความตรงของเนื้อหา (Contents validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการคุมกำเนิด และแบบสอบถามการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

- | | |
|---|--------|
| 1. สูติแพทย์ | 1 ท่าน |
| 2. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ | 3 ท่าน |
| 3. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการคุมกำเนิด | 1 ท่าน |

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยปรับแก้ตามคำแนะนำและคำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) (Polit & Beck, 2008) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .80, .72 และ .75 ตามลำดับ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยทำการทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ปัญหาและอุปสรรคในการใช้ จากนั้นนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วย KR-20 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้

1.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .70

1.2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการคุมกำเนิด มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70

1.3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82

จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งหมด เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .72, .74 และ .83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ภายหลังได้หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พร้อมเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
3. ขออนุญาตแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด
4. ภายหลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ผู้วิจัยดำเนินการโดยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด และติดต่อกลุ่มตัวอย่างว่ายินดีจะพบผู้วิจัยหรือไม่
6. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขออนุญาตในการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ เมื่อทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ตามแบบสัมภาษณ์เมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด จากนั้นผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อไว้ในหนังสือยินยอมให้ศึกษาวิจัย และขอหมายเลขโทรศัพท์ของกลุ่มตัวอย่าง และจดบันทึกแยกไว้ในสมุดเป็นเลข ID เพื่อใช้โทรศัพท์ติดตามหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์
7. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 4 ชุด ในหอผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อการคุมกำเนิด และ 4) แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญในการคุมกำเนิด รวมทั้งหมด 49 ข้อ ใช้เวลาตอบทั้งหมดประมาณ 30 นาที

8. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์มารดาวัยรุ่นทางโทรศัพท์ ภายหลังจากคลอด 6 - 8 สัปดาห์ ตามแบบสัมภาษณ์การคุมกำเนิด 6 สัปดาห์หลังคลอด มีข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20 นาที โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกเสียงก่อนทำการสัมภาษณ์ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ประสงค์ให้บันทึกเสียง ผู้วิจัยจะทำการจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แทน ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ เมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด ผู้วิจัยขออนุญาตติดต่อและสัมภาษณ์อีกครั้งภายใน 2 สัปดาห์ โดยสอบถามวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมีความสะดวก จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทำการถอดเทปเพื่อทำการวิเคราะห์ต่อไป

9. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้ทั้งหมด นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามสถิติและการวิเคราะห์เนื้อหาต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการเคารพในสิทธิมนุษยชน โดยโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อพิจารณาความเหมาะสมทางจริยธรรมก่อนทำการศึกษา ผู้วิจัยดำเนินการโดยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างว่ายินดีจะพบผู้วิจัยหรือไม่ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในวันที่ 1-2 หลังคลอด ในห้องที่เป็นสัดส่วน ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างทุกอย่างถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อไว้ในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และในการติดตามการคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่างภายหลังคลอด 6 สัปดาห์นั้น ผู้วิจัยต้องได้รับการอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ ก่อนทำการบันทึกเสียง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ประสงค์ให้บันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แทน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ อายุเมื่อตั้งครรภ์ ครั้งแรก การศึกษา สถานภาพปัจจุบัน สิทธิการรักษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ แบ่งวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1.1 อายุ และอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก รายได้ ความตั้งใจในการคุมกำเนิดภายหลังคลอด 6 สัปดาห์ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 การศึกษา สถานภาพปัจจุบัน สิทธิการรักษา ความเพียงพอของรายได้ ประสิทธิภาพการคุมกำเนิด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของรายได้ คะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะการคุมกำเนิด และการสนับสนุนจากบุคคล ระหว่างกลุ่มที่คุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิดภายหลังคลอด โดยการทดสอบสถิติทดสอบที (t - test) และการทดสอบแมนน์-วิทนี (Mann-Whitney)

3. วิเคราะห์อำนาจทำนายปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

4. วิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอดโดยสรุปเป็นประเด็นหลักและหาความถี่

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study) เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่น ที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 122 ราย ผลการวิจัยจะเสนอในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอด

ส่วนที่ 4 ผลการสรุปเนื้อหาจากแบบสัมภาษณ์เมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะประชากร

1.1 ลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ($\bar{x} = 17.34$, $SD = 1.30$) ซึ่งเมื่อแบ่งตามกลุ่มอายุ พบว่า เป็นมารดาวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-17 ปี จำนวน 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.60 และอายุระหว่าง 18 - 19 ปี จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.40 นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ตั้งครรถ์ขณะที่ยังศึกษาอยู่ จำนวน 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.10 และลาออกจากสถานศึกษาหลังจากการตั้งครรถ์ สูงถึงร้อยละ 42.60 มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 60.70 ในด้านรายได้ พบว่า มารดาวัยรุ่น

และสามีมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 7,700 บาท ในจำนวนนี้ได้รับการสนับสนุนด้านรายได้จากบิดามารดาทั้งของตนเองและของสามี ร้อยละ 86.90 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 45.10 และมีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 30.30 มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ร้อยละ 91.80 สำหรับลักษณะการอยู่อาศัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นแบบครอบครัวขยาย ร้อยละ 88.50 โดยพักอาศัยอยู่กับสามีและครอบครัวตนเอง ถึงร้อยละ 59.00 และครอบครัวสามี ร้อยละ 29.50 นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นรับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนในการคุมกำเนิดจากมารดา ร้อยละ 54.10 รองลงมาคือสามี ร้อยละ 44.30 ดังแสดงในตาราง 4.1

ตาราง 4.1 ลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	จำนวน (n=122)	ร้อยละ 100
อายุ (ปี)		
15 - 17	63	51.60
18 - 19	59	48.40
$\bar{X} = 17.34$, SD = 1.30, min = 15, max = 19		
การทำงาน		
นักเรียน	87	71.30
เรียนต่อ	16	13.10
พักการเรียน	19	15.60
ลาออก	52	42.60
ทำงาน		
ทำงาน	35	28.70
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	15.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	74	60.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	25	20.50
อนุปริญญา/ปวส.	4	3.20

ตาราง 4.1 ลักษณะประชากร (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (n=122)	ร้อยละ 100
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	108	88.50
10,001 บาท ขึ้นไป	14	11.50
$\bar{X} = 7,676.23$, min = 1,000, max = 30,000		
การได้รับการสนับสนุนด้านรายได้จากบิดา - มารดา		
ได้รับ	106	86.90
ไม่ได้รับ	16	13.10
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	30	24.60
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	55	45.10
เพียงพอและเหลือเก็บ	37	30.30
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	112	91.80
สวัสดิการข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	2	1.60
สวัสดิการประกันสังคม	5	4.10
ชำระเงินเอง	3	2.50
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	14	11.50
ครอบครัวขยาย (สามีและครอบครัวของตนเอง)	72	59.00
ครอบครัวขยาย (สามีและครอบครัวของสามี)	36	29.50
บุคคลสำคัญที่จะให้การสนับสนุนการคุมกำเนิด		
มารดา	66	54.10
สามี	54	44.30
เพื่อน	2	1.60

1.2 การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ร้อยละ 59.80 โดยมีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด ร้อยละ 79.50 รองลงมา คือ ยาคุมกำเนิดชนิดฉุกเฉิน และยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 8.20 และสถานบริการที่มารดาวัยรุ่นเข้ารับบริการคุมกำเนิดมากที่สุด คือ ร้านขายยา ร้อยละ 61.60 ดังแสดงในตาราง 4.2

ตาราง 4.2 การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=122)	ร้อยละ 100
การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ (n= 122)		
ไม่เคยคุมกำเนิด	49	40.20
เคยคุมกำเนิด	73	59.80
วิธีการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ (n= 73)		
นั้บระยะปลอดภัย	3	4.10
ยาเม็ดคุมกำเนิด	58	79.50
ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน	6	8.20
ยาฉีดคุมกำเนิด	6	8.20
สถานบริการที่ไปใช้บริการคุมกำเนิด (n= 73)		
โรงพยาบาล	1	1.40
คลินิก	4	5.50
ศูนย์สุขภาพ/สถานอนามัย	23	31.50
ร้านขายยา	45	61.60

1.3 การคุมกำเนิดหลังคลอด

ผลการศึกษาพบว่า มารดาวัยรุ่นเกือบทั้งหมดมีการคุมกำเนิดหลังคลอด จำนวน 102 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.60 และไม่คุมกำเนิด จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.40 และการคุมกำเนิดที่เลือกใช้มากที่สุด คือ ยาฉีดคุมกำเนิด จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.82 รองลงมา คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.34 และการคุมกำเนิดที่มารดาวัยรุ่นเลือกน้อยที่สุด คือ ถุงยางอนามัย จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.84 ดังแสดงในตาราง 4.3

ตาราง 4.3 การคุมกำเนิดหลังคลอด

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=122)	ร้อยละ 100
การคุมกำเนิด 6 สัปดาห์หลังคลอด (n=122)		
คุมกำเนิด	102	83.6
ไม่คุมกำเนิด	20	16.4
วิธีการคุมกำเนิดเมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด (n =102)		
ยาฉีดคุมกำเนิด	59	57.82
ยาเม็ดคุมกำเนิด	34	33.34
ถุงยางอนามัย	9	8.84

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะต่อการคุมกำเนิด และการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญกับการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่คุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิด ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีการคุมกำเนิดมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 7.91 คะแนน (SD = 3.58) กลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ไม่คุมกำเนิดมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 8.35 คะแนน (SD = 3.04) และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดระหว่างกลุ่มที่คุมกำเนิดกับกลุ่มที่ไม่คุมกำเนิด โดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t = .51, p = .61$) ดังแสดงในตาราง 4.4

2.2 ทักษะต่อการคุมกำเนิด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีการคุมกำเนิดหลังคลอด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.58 คะแนน (SD = 3.79) ส่วนกลุ่มที่ไม่คุมกำเนิดหลังคลอด มีค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะต่อการคุมกำเนิด เท่ากับ 31.00 คะแนน (SD = 3.81) และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะ

ต่อการคุมกำเนิดระหว่างกลุ่มที่คุมกำเนิดกับไม่คุมกำเนิด พบว่า คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t = -.62, p = .53$) แสดงในตาราง 4.4

ตาราง 4.4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะต่อการคุมกำเนิด กับการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่คุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิด โดยการทดสอบสถิติทดสอบที (t - test)

ปัจจัย	ไม่คุมกำเนิด(n=20)		คุมกำเนิด(n=102)		t	p - value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด	8.35	3.04	7.91	3.58	.51	.61
ทักษะต่อการคุมกำเนิด	31.00	3.81	31.58	3.79	-.62	.53

$p > .05$

2.3 รายได้

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีการคุมกำเนิดหลังคลอดส่วนใหญ่ มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท จำนวน 89 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.30 และมีรายได้ 10,001 บาท ขึ้นไป จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.70 สำหรับกลุ่มที่ไม่คุมกำเนิดหลังคลอด พบว่า มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.00 และมีรายได้ 10,001 บาท ขึ้นไป จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.00 ดังแสดงในตาราง 4.1 และมารดาวัยรุ่นที่คุมกำเนิดหลังคลอด มีค่าเฉลี่ยของรายได้ อยู่ที่ 7,661.76 บาท (SD = 5061.58) ส่วนมารดาวัยรุ่นที่ไม่คุมกำเนิดหลังคลอด มีค่าเฉลี่ยของรายได้ อยู่ที่ 7,750.00 บาท (SD = 3435.49) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของรายได้ระหว่างกลุ่มที่คุมกำเนิดกับไม่คุมกำเนิด โดยใช้สถิติการทดสอบแมนน์-วิทนี (Mann - Whitney test) พบว่า รายได้เฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($z = -.99, p = .32$) ดังแสดงในตาราง 4.5

2.4 การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ

ผลการศึกษา พบว่า มารดาวัยรุ่นที่คุมกำเนิดหลังคลอดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ เท่ากับ 15.66 คะแนน (SD = 2.18) ส่วนกลุ่มที่ไม่คุมกำเนิดหลังคลอด มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.75 คะแนน (SD = 1.91) เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ระหว่างกลุ่มที่คุมกำเนิดกับไม่คุมกำเนิด โดยใช้สถิติ

การทดสอบแมนน์-วิทนี (Mann - Whitney test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($z = -.62, p = .52$) แสดงในตาราง 4.5

ตาราง 4.5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะต่อการคุมกำเนิด กับ การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่คุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิด โดยการทดสอบแมนน์-วิทนี (Mann-Whitney)

ปัจจัย	Mean Rank		Mann – Whitney U Value	Z	p - value
	ไม่คุมกำเนิด	คุมกำเนิด			
รายได้	7750.00	7661.76	941.00	-.99	.32
การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ	14.75	15.66	1000.00	-.62	.52

$p > .05$

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอด

เมื่อวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะต่อการคุมกำเนิด และการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ กับ การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอด โดยใช้ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอดได้ ($p > .05$) ดังตาราง 4.6

ตาราง 4.6 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะต่อการคุมกำเนิด และการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ กับการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอด

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for EXP(B)	
							Lower	Upper
รายได้	.000	.000	.004	1	.950	1.000	1.000	1.000
ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด	.040	.071	.318	1	.573	.961	.836	1.104
ทักษะต่อการคุมกำเนิด	.025	.067	.143	1	.705	1.026	.900	1.169
การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ	.211	.129	2.676	1	.102	1.235	.959	1.590
Constant	-2.015	2.702	.556	1	.456	.133		

ส่วนที่ 5 ผลการสรุปเนื้อหาจากแบบสัมภาษณ์เมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด

จากการศึกษา ผลการคุมกำเนิดเมื่อมารดาวัยรุ่นครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการเข้ารับบริการตรวจหลังคลอด จำนวน 103 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.00 และไม่ตรวจหลังคลอดมีจำนวนเพียง 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.60 เท่านั้น เมื่อผู้วิจัยทำการศึกษาวิธีการคุมกำเนิด ที่มารดาวัยรุ่นเลือกในการคุมกำเนิด 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า ส่วนใหญ่เลือกใช้ยาฉีดคุมกำเนิด จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.82 รองลงมาคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.34 และมีการคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย เพียง 9 ราย หรือร้อยละ 8.84 เท่านั้น และเมื่อทำการสอบถามถึงบุคคลที่มีส่วนสำคัญ ในการตัดสินใจให้มีการคุมกำเนิดหลังคลอด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมารดาของมารดาวัยรุ่น ร้อยละ 82.1 และเป็นสามีเพียงร้อยละ 17.9 เท่านั้น สำหรับเหตุผลในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นให้เหตุผลในการคุมกำเนิดว่า ตนเองยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรอีกจำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.25 มารดาอยากให้อ่านหนังสืออีกจำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.29 มารดาอยากให้อ่านหนังสืออีกจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.64 สามีอยากให้อ่านหนังสือ และตนเองต้องการกลับเข้าเรียนหนังสืออีกมีจำนวนเท่ากันคือ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.91 สำหรับกลุ่มที่ไม่คุมกำเนิดนั้น มีเหตุผลมาจากการที่มารดาไม่ยินยอมให้คุมกำเนิด เนื่องจากกลัวอาการข้างเคียงจากการใช้ยาคุมกำเนิด จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 ไม่มีคนช่วยดูแลบุตรเมื่อไปรับบริการจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.28 และไม่ได้อยู่บ้านเดียวกับสามี จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.72 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.7

ตาราง 4.7 ผลการติดตามการคุมกำเนิดเมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด

	จำนวน	ร้อยละ 100
การตรวจหลังคลอด (n = 122)		
ตรวจหลังคลอด	103	84.40
ไม่ตรวจหลังคลอด	19	15.60
บุคคลที่มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจคุมกำเนิด (n = 122)		
มารดา	100	82.10
สามี	22	17.90
เหตุผลในการคุมกำเนิด (n = 102)		
ยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรอีก	38	37.25
มารดาต้องการให้กลับเข้าเรียนหนังสือ	36	35.29
มารดาต้องการให้คุมกำเนิด	18	17.64
สามีต้องการให้คุมกำเนิด	5	4.91
ต้องการกลับเข้าเรียนหนังสือ	5	4.91
เหตุผลในการไม่คุมกำเนิด (n = 20)		
มารดาไม่ยินยอมเนื่องจากกลัวอาการข้างเคียงของวิธีคุมกำเนิด	11	50.00
ไม่มีใครช่วยดูแลบุตรเมื่อไปรับบริการ	6	27.28
ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกับสามี	5	22.72

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุไม่เกิน 19 ปี ที่มารับบริการคลอด ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 122 ราย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด แบบสอบถามทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ และแบบสัมภาษณ์การคุมกำเนิด 6 สัปดาห์หลังคลอด นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนตัวแปรที่ทำการศึกษา วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านรายได้ คะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด คะแนนทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และคะแนนการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มที่คุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิด โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) และการทดสอบแมนน์-วิตนีย์ (Mann – Whitney test) วิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ซึ่งได้ผลการศึกษาดังนี้

สมมติฐานการวิจัย รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดได้

จากการศึกษาปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด โดยการใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) พบว่า รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดได้ ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 4.6 ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

รายได้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า รายได้ ซึ่งเป็นรายได้ที่ตัวมารดาวัยรุ่นและสามีได้รับ ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอด ($p = .95$) (ตาราง 4.6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thwin (2008) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี ชาวพม่าที่อพยพเข้ามาทำงานในจังหวัดตาก ประเทศไทย พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการคุมกำเนิดของสตรีชาวพม่า ($p = .23$) แต่มีความแตกต่างจากงานวิจัยของ Brückner, Martin and Bearman (2004) ที่พบว่า ปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการคุมกำเนิด โดยกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีรายได้น้อยจะมีการคุมกำเนิดน้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้มาก เนื่องจากค่าใช้จ่าย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเข้าบริการการคุมกำเนิด Berenson and Wiemann (1997) แต่ในงานวิจัยนี้พบว่า รายได้ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดในระยะหลังคลอด ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากปัจจัยโดยตรงที่ทำให้มารดาวัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิด คือ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเรื่องการคุมกำเนิด โดยครอบครัวของมารดาวัยรุ่น แทนที่จะเป็นรายได้โดยตรงของมารดาวัยรุ่นหรือสามี ซึ่งเห็นได้จากข้อมูลพบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการตั้งครรภ์ขณะที่ยังอยู่ในวัยเรียนถึงร้อยละ 71.30 (ตาราง 4.1) และต้องออกจากการศึกษาภายหลังการทราบว่ามีการตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 42.60 (ตาราง 4.1) มารดาวัยรุ่นยังไม่มีรายได้ของตนเอง และต้องได้รับแหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่ายทางการเงินจากครอบครัวเดิมของตนเองและสามีถึงร้อยละ 91.83 นอกจากนี้ ยังพบว่า มารดาวัยรุ่นเป็นผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ในการเข้ารับบริการตรวจและคุมกำเนิดหลังคลอด ร้อยละ 91.80 ดังนั้น ปัจจัยด้านรายได้จึงอาจไม่ใช่ตัวกำหนดการคุมกำเนิดหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น

ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับคุมกำเนิด ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด ($p = .57$) (ตาราง 4.6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Wang and Wang (2005) และ Thwin (2008) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการคุมกำเนิด แต่ผลการวิจัยนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ Copra and Dhaliwal (2010) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า การที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่คุมกำเนิดส่วนใหญ่มีสาเหตุ

มาจากการที่ไม่มีความรู้หรือมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทั้งชนิด และวิธีการใช้ที่ไม่เพียงพอ (Ehler, 2003; Herrman, 2007; Lemay, et al., 2007)

การที่ปัจจัยด้านความรู้ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดนั้น อาจเนื่องมาจากความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในช่วงแรกหลังคลอด เป็นความรู้ที่มารดาวัยรุ่นมีก่อนที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจในการคุมกำเนิด เป็นที่สังเกตว่าในการศึกษานี้ มารดาวัยรุ่นทั้งกลุ่มที่ไม่คุมกำเนิดและคุมกำเนิด มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดน้อย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 8.35 และ 7.91 คะแนน ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับยาเม็ดคุมกำเนิดแต่การใช้ยังไม่ถูกต้อง นอกจากนี้เนื่องจากปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ จึงมีนโยบายให้ต้องมีการส่งเสริมการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่ทำให้นุเคราะห์ทางการแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดหลังคลอดทุกราย เมื่อมารดาวัยรุ่นมารับบริการตรวจหลังคลอด จะได้รับความรู้และการส่งเสริมให้มีการคุมกำเนิด ดังนั้น การได้รับความรู้ในช่วงที่เข้ามารับการตรวจหลังคลอดอาจมีส่วนสำคัญที่ทำให้มารดาวัยรุ่นตัดสินใจคุมกำเนิด จะเห็นได้ว่า ในงานวิจัยนี้ มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.40) กลับมารับบริการตรวจหลังคลอด และพบว่า การมาตรวจหลังคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคุมกำเนิดหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การให้ความรู้หรือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับคุมกำเนิดในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจหลังคลอดช่วยให้มีการตัดสินใจคุมกำเนิดหลังคลอดมากขึ้น และการมาตรวจหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการคุมกำเนิดหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง และการเลือกวิธีการคุมกำเนิดชนิดออกฤทธิ์ระยะปานกลางถึงระยะยาวอีกด้วย (Wilson, Fowler & Koo, 2013)

ทัศนคติต่อการคุมกำเนิด

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ทัศนคติต่อการคุมกำเนิด ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด ($p = .70$) (ตาราง 4.6) ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด ดังการศึกษาของ Brückner, Martin and Bearman (2004) และ Lemay, et al. (2007) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อการคุมกำเนิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการคุมกำเนิด ($p < .01$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคุมกำเนิด เช่น คิดว่าการคุมกำเนิดเป็นภาระ หรือการพุดคุยเกี่ยวกับการคุมกำเนิดกับสามี มารดา หรือบุคคลอื่น เป็นเรื่อง

น่าอาย ก็จะไม่คุมกำเนิด แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang and Wang (2005) และ Thwin (2008) พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการคุมกำเนิดไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการคุมกำเนิด

ในการศึกษานี้ การที่ปัจจัยด้านทัศนคติไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อาจเนื่องมาจากทัศนคติของมารดาวัยรุ่นอาจมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรในระหว่างหลังคลอด 6 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างอาจจะเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูบุตรมากขึ้น ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการคุมกำเนิด (Herrman, 2006) มีการคุมกำเนิดภายหลังจากคลอด หรือเปลี่ยนมาใช้ในการคุมกำเนิดด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น เนื่องจากเห็นถึงความยุ่งยากในการเลี้ยงดูบุตร (Spear, 2004) นอกจากนี้ การที่ทัศนคติของมารดาวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงไป อาจมาจากการที่มารดาวัยรุ่น เริ่มมีการวางแผนเป้าหมายอนาคต ภายหลังจากบุตรคลอดแล้ว เช่น ต้องการที่จะกลับไปเรียนต่อ ดังเห็นได้จากเหตุผลในการคุมกำเนิด คือ ยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรคนต่อไป (ร้อยละ 37.25) และอยากกลับเข้าศึกษาต่อ (ร้อยละ 40.20) จึงทำให้เห็นถึงความสำคัญของการคุมกำเนิด ซึ่งประเด็นดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับศึกษาเชิงคุณภาพของ Spear (2004) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดหลังคลอด เนื่องจากต้องการที่จะกลับเข้าศึกษาต่อ เพื่อโอกาสในการประกอบอาชีพและการมีรายได้ เพราะไม่ต้องการให้ตนเองและบุตรมีความยากลำบากในอนาคต

การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด ($p = .10$) (ตาราง 4.6) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของ Mon and Liebsuetrakul (2009) และ Thwin (2008) ที่พบว่า การพูดคุยระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับคู่สมรสเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การได้รับการสนับสนุนและความยินยอมจากคู่สมรส มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนจากมารดาหรือผู้ปกครองจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือประสบความสำเร็จในการคุมกำเนิด (Breheny & Stephens, 2004) และการศึกษาเชิงคุณภาพที่ผ่านมาของ Yee & Simon (2010) พบว่า การตัดสินใจคุมกำเนิดหรือการตัดสินใจวิธีในการคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับคนใกล้ชิด เช่น มารดา พี่สาว เพื่อน หรือคู่รัก และการศึกษาของ Harper, et al. (2004) พบว่า การสนับสนุนจากมารดาของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการคุมกำเนิดและการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องในระยะ 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นการสอบถามถึงการสนับสนุนของบุคคลสำคัญ หลังจากมีการคุมกำเนิดแล้ว แตกต่างจากงานวิจัยนี้ ซึ่งการประเมินการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญนี้อาจเป็นเพียงความเข้าใจของตัวมารดาวัยรุ่นที่มีต่อบุคคลสำคัญในระยะแรกหลังคลอด ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะมีการตัดสินใจคุมกำเนิดจริง ซึ่งจากการสอบถามในช่วงหลังคลอด 6 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ตัดสินใจคุมกำเนิดหลังคลอดด้วยตนเอง แต่เป็นมารดาและสามี เป็นผู้ตัดสินใจ นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ จะพักอาศัยอยู่กับสามีและครอบครัว ตนเอง หรืออาศัยอยู่กับสามีและครอบครัวของสามี ซึ่งมารดาของกลุ่มตัวอย่างหรือของสามี อาจมีส่วนในการช่วยเหลือบุตร ทำให้รู้สึกเป็นภาระ มีความยุ่งยากมากขึ้น จึงมีการผลักดันให้ มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดหลังคลอดมากขึ้น เพื่อเว้นระยะห่างของการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป (Berenson & Wiemann, 1997)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคุมกำเนิดในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ไม่ได้มาจากปัจจัยในตัวมารดาวัยรุ่นในช่วงแรกหลังคลอด ซึ่งได้แก่ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ แต่อาจเป็นผลจากปัจจัยภายนอก ทั้งในระดับสังคม เช่น ระบบบริการที่มีนโยบายส่งเสริมให้มารดา วัยรุ่นมีการคุมกำเนิดหลังคลอดทุกราย และในระดับครอบครัวที่มารดาและสามีของมารดาวัยรุ่น ต้องการให้คุมกำเนิด และเนื่องจากมารดาวัยรุ่นเริ่มตระหนักถึงเป้าหมายในอนาคตภายหลังจากการ คลอดบุตรแล้ว ที่ต้องการกลับไปศึกษาต่อ ต้องการเว้นช่วงการมีบุตร ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการคุมกำเนิด และมีการเลือกวิธีที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อเทียบกับอัตราการคุมกำเนิดก่อน การตั้งครรภ์ นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มีการคุมกำเนิดหลังคลอดเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 83.60) อาจมีผลทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย และการคุมกำเนิดหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นได้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study) เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ในการทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี ที่มีบุตรคนแรก ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 122 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยมี 2 ประเภท คือ แบบสอบถามประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด แบบสอบถามทักษะต่อการคุมกำเนิด และแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ และแบบสัมภาษณ์การคุมกำเนิดเมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้จากบุคคลสำคัญ ในครั้งแรกขณะที่กลุ่มตัวอย่างพักรักษาตัวหลังคลอด ในหอผู้ป่วยหลังคลอด และทำการติดตามสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการคุมกำเนิดหลังคลอด 6 สัปดาห์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อันได้วิเคราะห์ โดยข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ รายได้ ความตั้งใจในการคุมกำเนิดภายหลังคลอดด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถานภาพทางการศึกษา ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ระหว่างกลุ่มคุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิดด้วยการทดสอบค่าที (t-test) และ การทดสอบแมนน์-วิทนี (Mann-Whitney test) วิเคราะห์ความสามารถของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะต่อการคุมกำเนิด การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ในการทำนายการคุมกำเนิดหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) และวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสัมภาษณ์โดยสรุปประเด็นหลักและหาความถี่ (Contents analysis)

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดมีอายุระหว่าง 15-19 ปี เฉลี่ย 17.34 ปี (S.D. = 1.30) มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการตั้งครรภ์ในขณะที่ยังศึกษาอยู่ ร้อยละ 71.30 และลาออกจากสถานศึกษา ภายหลังตั้งครรภ์ ร้อยละ 42.60 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 60.70 รายได้เฉลี่ย ต่อเดือนประมาณ 7,700 บาท โดยได้รับการสนับสนุนด้านรายได้จากบิดามารดาทั้งของตนเองและสามี ร้อยละ 86.90 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ และมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ร้อยละ 91.80

สำหรับการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่ามารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 59.80 โดยส่วนใหญ่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 79.50 และสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการคุมกำเนิดมากที่สุดคือ ร้านขายยา ร้อยละ 61.60

การคุมกำเนิดหลังคลอด พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิดหลังคลอด ถึงร้อยละ 84.4 โดยเลือกใช้ยาฉีดคุมกำเนิดมากที่สุด ร้อยละ 57.82 และมีมารดาเป็นบุคคลสำคัญ ในการตัดสินใจคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ร้อยละ 82.10 เหตุผลหลักที่มารดาวัยรุ่นคุมกำเนิดหลังคลอดคือ ยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรอีก ร้อยละ 37.25 สำหรับกลุ่มที่ไม่คุมกำเนิดหลังคลอดมีเหตุผลมาจากการที่มารดาไม่ยินยอมให้คุมกำเนิด เนื่องจากกลัวอาการข้างเคียงจากการคุมกำเนิด ร้อยละ 50.00

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายได้ คะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญกับการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอดระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิด ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) และเมื่อหาความสามารถในการทำนายของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด กับการคุมกำเนิดหลังคลอด และการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ พบว่า ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอดได้ ($p > .05$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ มารดาวัยรุ่นเป็นกลุ่มประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวัฒนธรรมที่วัยรุ่นยังมีความเชื่อฟัง หรือทำตามคำแนะนำของผู้ใหญ่ ซึ่งอาจแตกต่างจากกลุ่มประชากรในภาคอื่น
2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น ระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดเท่านั้น จึงไม่สามารถอ้างอิงถึงการคุมกำเนิดในระยะยาวของกลุ่มตัวอย่างได้

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลเดียว และเป็นบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดน้อย ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้ด้านการคุมกำเนิดแก่วัยรุ่น โดยเริ่มตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และให้อีกครั้งทันทีหลังคลอด นอกจากนี้ ยังควรมีการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีการตรวจหลังคลอดทุกราย
2. เนื่องจากพบว่า มารดาของมารดาวัยรุ่นเป็นผู้ตัดสินใจในการคุมกำเนิด ดังนั้นควรส่งเสริมให้มารดาของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง เพื่อให้มารดาเข้าไปมีส่วนร่วมและช่วยเหลือให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ
3. มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิดหลังคลอด แต่การคุมกำเนิดหลังคลอดยังเป็นการคุมกำเนิดระยะสั้น เนื่องจากข้อจำกัดด้านสิทธิรักษาพยาบาล ซึ่งอาจมีการคุมกำเนิดที่ไม่ต่อเนื่องหรือเลิกคุมกำเนิดได้ง่าย ดังนั้น ควรมีการติดตาม และส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง

ด้านการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มประชากรชนบท มีการตั้งครุภในขณะที่เป็นนักเรียน อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย และมีวัฒนธรรมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ยังเชื่อฟังผู้ใหญ่ ซึ่งอาจแตกต่างจากกลุ่มประชากรในภาคอื่นๆ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหลายโรงพยาบาล และจากภูมิภาคอื่นๆ เพื่อให้มีมารดาวัยรุ่นที่ถูกเลือกเข้ามาทำการศึกษาทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ทำให้ข้อมูลมีความหลากหลาย
2. การวิจัยครั้งนี้ เป็นเพียงการศึกษาการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดเท่านั้น ควรมีการศึกษาการคุมกำเนิดหลังคลอดในระยะยาวกว่า 6 สัปดาห์ ต่อไป
3. การวิจัยครั้งนี้ มารดาวัยรุ่นเกือบทั้งหมดมีการคุมกำเนิดหลังคลอด จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ดังนั้น การวิจัยในครั้งต่อไป ควรเป็นแบบ Case control study เพื่อให้มีสัดส่วนของกลุ่มที่คุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิดที่มีขนาดใกล้เคียงกัน

ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด

FACTORS PREDICTING CONTRACEPTION IN FIRST-TIME ADOLESCENT MOTHERS DURING POSTPARTUM PERIOD.

นาฏนฤมล ทองมี 5236539 NSAM/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: เอ็มพร รตินธร, Ph.D. (NURSING), ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ในปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น เป็นปัญหาที่ทั้งต่างประเทศและประเทศไทยให้ความสำคัญ ในทวีปอเมริกาและทวีปยุโรป เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ พบ อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่ 41 ราย และ 27 ราย ต่อสตรีวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 – 19 ปี จำนวน 1,000 ราย ในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก พบการตั้งครรภ์สูงที่สุดในประเทศบังกลาเทศ และ อินเดีย 115 ราย และ 107 ราย ต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 ราย (Bearinger, Sieving, Ferguson, & Sharma, 2007) ในประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย พบว่า อัตราการคลอดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.92 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 15.55 ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) กำหนดอัตราของการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นไว้ไม่เกินร้อยละ 10 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดขึ้นในขณะที่ร่างกาย และจิตใจไม่มีความพร้อม จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งตัวมารดาวัยรุ่นและทารก ในระยะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง (Mahavarkar, et al., 2008; กำแพง จาตุรจินดา และคณะ, 2545) นอกจากนี้ ยังมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive disorder in pregnancy) มากกว่าวัยรุ่นผู้ใหญ่ (Mahavarkar, Madhu, & Mule, 2008) โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปีจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะความ

ดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์(Kumar, Singh, Basu, Pandey, & Bhargava, 2007) และมีความเสี่ยงในการคลอดบุตรก่อนกำหนดในระดับรุนแรง (อายุครรภ์ 24-32 สัปดาห์(very preterm delivery)) ในระยะคลอด มารดาวัยรุ่นจะมีอัตราการผ่าตัดคลอดมากกว่าวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากทารกในครรภ์มีภาวะ Fetal distress (Mukhopadhyay, Chaudhuri, & Paul, 2010; Yildirim, et al., 2005) ในระยะหลังคลอด การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นวัยรุ่นมาเป็นมารดาที่ต้องเลี้ยงดูบุตร อาจมีภาวะเครียดหรือซึมเศร้า ส่งผลให้ไม่สนใจ หรืออาจทำร้ายบุตร (Stevens-Simon, Kelly, & Kulick, 2001) ผลกระทบต่อทารก พบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในทุกระยะ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย (Gilbert, Jandial, Field, Bigelow, & Danielsen, 2004; Mukhopadhyay, et al., 2010; Smith & Pell, 2001; Yildirim, et al., 2005) ทำให้อัตราการตายปริกำเนิดของทารกเพิ่มขึ้น (Kumar, et al., 2007) และอาจเกิดความพิการ โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลางและระบบหัวใจและหลอดเลือด ในอัตราที่มากกว่าทารกที่คลอดจากมารดาผู้ใหญ่ (Yildirim, et al., 2005) นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นยังเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากสตรีวัยรุ่นที่ยุติการตั้งครรภ์หรือมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก อาจตั้งครรภ์ซ้ำในระยะเวลา 1-2 ปี (Falk, Östlund, Magnuson, Schollin, & Nilsson, 2006) โดยพบว่าการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยเพิ่มขึ้นจากครรภ์แรกเป็นสองเท่า (Partington, Steber, Blair, & Cisler, 2009) การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผน จึงทำให้มีภาวะเครียด (Raneri & Wiemann, 2007) และซึมเศร้ามากขึ้น (Yee & Simon, 2010; Yildirim, et al., 2005) ซึ่งการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดได้แก่ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ โดยพบว่า กลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีรายได้น้อยจะมีการคุมกำเนิดและมีอัตราการกลับเข้าศึกษาในสถานศึกษาน้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้มาก เนื่องจากมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย (Berenson & Wiemann, 1997) สำหรับความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด พบว่า มารดาวัยรุ่นบางรายไม่คุมกำเนิดเนื่องจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด หรือขาดข้อมูลเกี่ยวกับคุมกำเนิด ทำให้วัยรุ่นเลือกคุมกำเนิดไม่ถูกวิธี หรือใช้วิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Herrman, 2007; Lemay, et al., 2007) นอกจากนี้ ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อการคุมกำเนิด ก็มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด กล่าวคือ หากวัยรุ่นคิดว่าการคุมกำเนิดเป็นประโยชน์ต่อตนเองก็จะมีการคุมกำเนิด (Bryant, 2009; Myo-Myo-Mon & Liebsuetrakul, 2009) แต่หากวัยรุ่นคิดว่าการคุมกำเนิดไม่ประโยชน์ มีความยุ่งยาก ก็จะไม่วางแผนคุมกำเนิด หรือคุมกำเนิดอย่างไม่ต่อเนื่อง (Gilliam, et al., 2004)

ปัจจัยสุดท้ายที่มีผลต่อการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น คือ การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ การตัดสินใจคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ว่าตนเองจะได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่มีความสำคัญ ได้แก่ มารดาหรือสามี ซึ่งทำให้อัตราการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องของมารดาวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นด้วย

ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลเพื่อวางแผนให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำต่อไป

คำถามการวิจัย

ปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด ได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ในการทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด

กรอบแนวคิด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด ดังนี้ รายได้ มารดาวัยรุ่นที่มีรายได้น้อยจะมีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านรายได้ ทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการคุมกำเนิดได้ (Raneri & Wiemann, 2007; Thurman, et al., 2007) ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด มารดาวัยรุ่นที่ไม่มีความรู้หรือมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ไม่เพียงพอจะไม่คุมกำเนิด หรือเลือกคุมกำเนิดวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ehlers, 2003; Herrman, 2007; Lemay, et al., 2007) ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด เมื่อมารดาวัยรุ่นรู้สึกหรือคิดว่าการคุมกำเนิดเป็นประโยชน์ต่อตนเอง มารดาวัยรุ่นก็จะคุมกำเนิด (Bryant, 2009; Myo-Myo-Mon & Liebsuetrakul, 2009) แต่ถ้ามารดาวัยรุ่นคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ มารดาวัยรุ่นก็จะไม่คุมกำเนิด (Gilliam, et al., 2004) สำหรับการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ การที่มารดาวัยรุ่นรับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนและการยินยอมให้คุมกำเนิดจากบุคคลที่มีความสำคัญ จะทำให้มีความมั่นใจและคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง (Lemay, et al., 2007; Yee & Simon, 2010)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study) เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของ ปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี หลังคลอดบุตรคนแรก ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง มารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตรคนแรก พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ช่วงเวลาในการศึกษาดังแต่เดือน ตุลาคม 2555 ถึง เดือน เมษายน 2556 มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและทารกแรกเกิดมีประวัติสุขภาพแข็งแรง ตั้งครรภ์เดี่ยว คลอดอายุครรภ์ครบกำหนด มีคู่มรส อ่านและเขียนภาษาไทยได้ สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการไม่มีการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน และงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปหรือเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้น การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงได้จากการคำนวณอำนาจการทดสอบ และจากการเปิดตารางของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2008) สำหรับการวิเคราะห์สถิติถดถอย (Logistic regressions) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญอัลฟา (α) เท่ากับ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพล ขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ ($R^2 = .13$) ตัวแปรทำนาย (Predictor variables) 4 ตัว ดังนี้

$$N = \frac{14.3 (1 - 0.13) + 4 + 1}{0.13} = 101.7$$

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 122 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด และแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย อายุ อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพทางการศึกษา สิทธิในการรักษาพยาบาล รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว การคุมกำเนิดที่ผ่านมา และความตั้งใจในการคุมกำเนิดภายหลังคลอด 6 สัปดาห์

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด เป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ความหมายของการคุมกำเนิด ชนิดของการคุมกำเนิด วิธีใช้ ข้อห้าม และอาการข้างเคียงของการคุมกำเนิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Davis, Yarber, Bauserman, Scheer, & Davis, 1998; Peeranunrangsri, 2003; Thwin, 2008) แต่ละข้อมีคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนนตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 20 คะแนน

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการคุมกำเนิด มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Davis, et al., 1998; Peeranunrangsri, 2003; Thwin,

2008) มีข้อความทางบวก 5 ข้อ ทางลบ 5 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 อันดับ โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 10 – 50 คะแนน

4. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ เป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คำถามถึงบุคคลที่มีความสำคัญต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น 1 ข้อ ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ของมารดาวัยรุ่นเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนหรือการยินยอมให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดจากบุคคลที่มีความสำคัญ มีคำถาม 5 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Myo-Myo-Mon & Liebsuetrakul, 2009; Peeranunrangsri, 2003; Thwin, 2008; Wang & wang, 2005) เกณฑ์การให้คะแนน เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 อันดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1 – 20 คะแนน

5. แบบสัมภาษณ์การคุมกำเนิดเมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับการคุมกำเนิด เหตุผลและบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการคุมและไม่คุมกำเนิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

หาคุณภาพของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ดังนี้ หาความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .80, .72 และ .75 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ซึ่งแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .70 และแบบสอบถามทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .70 และ .82

จากนั้น ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .70, .72 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. IRB-NS2012/130.0106) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี (024/2555)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้รับทราบ

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และติดต่อกลุ่มตัวอย่างว่ายินดีจะพบผู้วิจัยหรือไม่ เมื่อผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการทำวิจัยแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย กรณีที่ผู้วิจัยอายุน้อยกว่า 18 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมก่อน จากนั้นผู้วิจัยจึงอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจ โดยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาที และผู้วิจัยขอหมายเลขโทรศัพท์ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อติดตามการคุมกำเนิดหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ โดยสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์การคุมกำเนิดเมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด ใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที และเมื่อผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ 122 ราย จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบเท่ากับ .05 และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก การศึกษา สถานภาพปัจจุบัน สิทธิการรักษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายได้ คะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการสนับสนุนจากบุคคล ระหว่างกลุ่มที่คุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิดหลังคลอด โดยการทดสอบสถิติทดสอบที (t - test) และการทดสอบแมนน์-วิทนี (Mann-Whitney test)

3. วิเคราะห์ความสามารถของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคติต่อการคุมกำเนิด และการสนับสนุนจากบุคคลในการทำนายนการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)
4. วิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสัมภาษณ์เมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด โดยสรุปเป็นประเด็นหลักและหาความถี่

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ($\bar{X} = 17.34$, $SD = 1.30$) ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-17 ปี (ร้อยละ 51.60) มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 60.70) ตั้งครรภ์ขณะที่ยังศึกษาอยู่ (ร้อยละ 73.10) และลาออกภายหลังจากตั้งครรภ์ (ร้อยละ 42.60) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 7,700 บาท ซึ่งในจำนวนนี้ได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดาทั้งของตนเองและของสามี ร้อยละ 86.90 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 45.10) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 91.80) การอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบครอบครัวขยาย (ร้อยละ 88.50) โดยพักอาศัยอยู่กับสามีและครอบครัวตนเอง (ร้อยละ 59.00) มีการรับรู้การสนับสนุนจากมารดาและสามีในการคุมกำเนิด (ร้อยละ 54.10 และร้อยละ 44.30 ตามลำดับ)

การคุมกำเนิด พบว่า มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 59.80 โดยเลือกยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด (ร้อยละ 79.50) และสถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการมากที่สุดคือร้านขายยา (ร้อยละ 61.60) สำหรับการคุมกำเนิดหลังคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีการคุมกำเนิดหลังคลอด ร้อยละ 83.60 โดยเลือกยาฉีดคุมกำเนิดมากที่สุด (ร้อยละ 57.82) และเข้ารับบริการตรวจหลังคลอดมากถึงร้อยละ 84.40 โดยมีมารดาเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องการคุมกำเนิด ร้อยละ 82.10 เหตุผล ในการคุมกำเนิดหลังคลอด คือ ไม่พร้อมที่จะมีบุตรคนต่อไป ร้อยละ 37.25 ต้องการกลับเข้าศึกษาต่อ ร้อยละ 40.20 และมารดาและสามีต้องการให้คุมกำเนิด 22.55 มีเหตุผลที่ไม่คุมกำเนิดเนื่องจากมารดาไม่ยินยอมให้คุมกำเนิด เพราะกลัวอาการข้างเคียงจากฮอร์โมน ร้อยละ 50.00 ไม่มีใครช่วยดูแลบุตร ร้อยละ 27.28 และไม่ได้พักอาศัยอยู่กับสามี ร้อยละ 22.72

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายได้ คะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคติต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ พบว่า กลุ่มที่คุมกำเนิดมีค่าเฉลี่ยของรายได้ 7,661.76 บาท ($SD = 5061.58$) ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด 7.91 คะแนน ($SD = 3.58$) ทักษะคติต่อ

การคุมกำเนิด 31.58 คะแนน ($SD = 3.79$) การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ 15.66 คะแนน ($SD = 2.18$) สำหรับกลุ่มไม่คุมกำเนิดมีค่าเฉลี่ยรายได้ 7,750.00 บาท ($SD = 3435.49$) ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด 8.35 คะแนน ($SD = 3.04$) ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด 31.00 คะแนน ($SD = 3.81$) การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ 14.75 คะแนน ($SD = 1.91$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของรายได้ การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ระหว่างกลุ่มที่คุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิด ด้วยสถิติการทดสอบแมนน์-วิทนี (Mann-Whitney test) พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($z = -.99, p = .32; z = -.62, p = .52$) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด ด้วยสถิติการทดสอบที (t-test) ก็ไม่มีความแตกต่างกัน ($t = .51, p = .61; t = -.62, p = .53$)

ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยด้านรายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) พบว่า ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอดได้ ($p > .05$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอด ($p > .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thwin (2008) และ Wang and Wang (2005) ที่พบว่า รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการคุมกำเนิด แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bruckner, Martin & Bearman (2004) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด โดยกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีรายได้น้อยจะมีการคุมกำเนิดน้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้มาก และทักษะคิดก็มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด โดยกลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าการคุมกำเนิดเป็นภาระหรือยุ่งยากก็จะไม่คุมการกำเนิด (Bruckner, Martin & Bearman, 2004; Lemay, et al., 2007) นอกจากนี้ยังแตกต่างจากการศึกษาของ Copra and Dhaliwal (2010) ซึ่งพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด กลุ่มตัวอย่างที่ไม่คุมกำเนิดส่วนใหญ่ไม่มีความรู้หรือมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ไม่เพียงพอ (Ehler, 2003; Herrman, 2007; Lemay, et al., 2007) การที่รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอดได้ อาจมาจากรายได้ที่ประเมินนี้ เป็นรายได้ของมารดาวัยรุ่นและสามีได้รับ แต่จากผลการศึกษา พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่มีรายได้เป็นของ

ตนเอง เนื่องจากตั้งครรภ์ขณะที่ยังเป็นนักเรียน ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายจากบิดามารดาของตนเองหรือของสามี และการเข้ารับบริการคุมกำเนิดและตรวจหลังคลอดมักจะมาจากการที่มารดาวัยรุ่นใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร่วมกับการสนับสนุนจากบิดามารดา สำหรับความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดน้อย และมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเพียงอย่างเดียว เมื่อติดตามข้อมูลหลังคลอด พบว่า มารดาวัยรุ่นมารับบริการตรวจหลังคลอดทุกราย ซึ่งทำให้มีโอกาสมารดาวัยรุ่นได้รับความรู้และได้รับการส่งเสริมให้มีการคุมกำเนิดภายหลังคลอด ตามนโยบายการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดหลังคลอดทุกราย ซึ่งสอดคล้องกับ Wilson, Fowler and Koo (2013) ที่พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในช่วงที่มารดาตรวจหลังคลอดทำให้มารดาวัยรุ่นคุมกำเนิดหลังคลอดมากขึ้น สำหรับทัศนคติต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นนั้น อาจมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากที่มารดาวัยรุ่นมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร ในระหว่าง 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องเผชิญกับความลำบาก จึงอาจมีผลทำให้ทัศนคติเปลี่ยนแปลงไป และการเผชิญความยากลำบากนี้ จึงอาจทำให้มารดาวัยรุ่นเห็นประโยชน์ของการคุมกำเนิดมากขึ้น (Herrman, 2006) และการศึกษาของ Spear (2004) พบว่า มารดาวัยรุ่นคุมกำเนิดมากกว่าก่อนตั้งครรภ์ เนื่องจากมีความลำบากในการเลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้ มารดาวัยรุ่นบางรายเริ่มมีการวางแผนเป้าหมายอนาคต ต้องการที่จะกลับเข้าศึกษาต่อเพื่อโอกาสในการทำงานและการมีรายได้จึงมีการคุมกำเนิดหรือคุมด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Spear, 2004)

ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดหลังคลอด แตกต่างจากการศึกษาของ Mon & Liebsuetrakul (2009) และ Thwin (2008) ที่พบว่า การสนับสนุนและการยินยอมจากคู่สมรส มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นการประเมินการสนับสนุนการคุมกำเนิดภายหลังจากที่มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดแล้ว แตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญในช่วงเวลาหลังคลอดก่อนที่มารดาวัยรุ่นกลับบ้าน และการศึกษาี้ยังพบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวตนเอง หรือครอบครัวของสามี ซึ่งมารดาของมารดาวัยรุ่นหรือมารดาของสามีอาจมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตร ทำให้รู้สึกเป็นภาระ หรือมีความลำบากมากขึ้น จึงมีการผลักดันให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดหลังคลอด ซึ่งจะเห็นว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่จะไม่ได้ตัดสินใจคุมกำเนิดด้วยตนเอง แต่มีมารดาเป็นผู้ตัดสินใจแทน

จากผลการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคุมกำเนิดในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ไม่ได้มาจากปัจจัยในตัวมารดาวัยรุ่นในช่วงแรกหลังคลอด ซึ่งได้แก่ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทัศนคติต่อการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ

แต่อาจมาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น มารดาวัยรุ่นเริ่มวางแผนเป้าหมายในอนาคต โดยต้องการกลับไปศึกษาต่อ ซึ่งเห็นได้จากการเลือกวิธีที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น หรือจากปัจจัยภายนอก ทั้งระดับครอบครัวที่มารดาและสามีของมารดาวัยรุ่นต้องการให้คุมกำเนิด และระดับสังคมที่มีนโยบายการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดหลังคลอดทุกราย

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เป็นกลุ่มประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีวัฒนธรรมที่วัยรุ่นยังมีความเชื่อฟังหรือทำตามคำแนะนำของผู้ใหญ่ ซึ่งอาจแตกต่างจากกลุ่มประชากรในภาคอื่นๆ และเป็นการศึกษาการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น ระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดเท่านั้น จึงไม่สามารถอ้างอิงถึงการคุมกำเนิดในระยะยาวของกลุ่มตัวอย่างได้ นอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเดียว ซึ่งเป็นบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรอื่น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่ได้ครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการพยาบาล

1. มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดน้อย ดังนั้น ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด โดยเริ่มตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และให้อีกครั้งทันทีหลังคลอด นอกจากนี้ ยังควรมีการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีการตรวจหลังคลอดทุกราย
2. เนื่องจากพบว่า มารดาของมารดาวัยรุ่นเป็นผู้ตัดสินใจในการคุมกำเนิด ดังนั้นควรส่งเสริมให้มารดามีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง เพื่อให้มีส่วนร่วมและช่วยเหลือให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ
3. มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิดหลังคลอด แต่ยังเป็นการคุมกำเนิดระยะสั้น เนื่องจากข้อจำกัดด้านสิทธิรักษาพยาบาล ซึ่งอาจทำให้เลิกคุมกำเนิดได้ง่าย ดังนั้น ควรมีการติดตามและส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง

ด้านการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มมารดาวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวัฒนธรรมที่ยังเชื่อฟังผู้ใหญ่ ซึ่งอาจแตกต่างจากกลุ่มประชากรในภาคอื่นๆ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหลายโรงพยาบาลและจากภูมิภาคอื่นๆ เพื่อให้มีความหลากหลายของข้อมูล
2. การวิจัยครั้งนี้ เป็นเพียงการศึกษาการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์เท่านั้น จึงควรมีการศึกษาการคุมกำเนิดหลังคลอดในระยะยาวต่อไป
3. การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีการคุมกำเนิดหลังคลอด จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ดังนั้น ในการศึกษารุ่นต่อไป ควรเป็นรูปแบบการวิจัย Case control study โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่ไม่คุมกำเนิดให้เท่ากับกลุ่มที่คุมกำเนิด

FACTORS PREDICTING CONTRACEPTION IN FIRST-TIME ADOLESCENT MOTHERS DURING POSTPARTUM PERIOD

NARDNARUMON THONGMEE 5236539 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : AMEPORN RATINTHORN, Ph.D.
(NURSING), PIYANUN LIMREANGRONG, Ph.D. (NURSING)**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Study**

At present, problems of adolescent pregnancy are rising in both Thailand and abroad. According to the statistics of incidences of adolescent pregnancy in the United States of America and European countries such as England, the incidence rates of adolescent pregnancy were equal to 41 and 27 cases per 1,000 female adolescents aged between 15 and 19 years old, respectively. (Bearinger, Sieving, Ferguson, & Sharma, 2007). As for Thailand, according to the birth certificates issued by the Household Registration Office, Ministry of Interior, the rates of adolescent pregnancy continued to increase, from 13.92% in 2004 to 15.55% in 2008, which was higher than of the Tenth National Health Development Plan (B.E. 2550-2554) which specified that the goal of adolescent pregnancy should not be higher than 10% (Policy and Strategy Office, Ministry of Public Health, B.E. 2553).

Most of the adolescent pregnancies occur when the adolescents are not physically and psychologically ready, so both the mothers and the infants are susceptible to complications. During pregnancy, pregnant adolescents may develop malnutrition, particularly iron deficiency, which leads to anemia (Mahavarkar et al., 2008; Kamhang Jaturachinda et al., B.E. 2545). In addition, pregnant adolescents are

more likely to develop pregnancy-induced hypertension than pregnant adults (Mahavarkar, Madhu, & Mule, 2008), particularly those who are younger than 17 years of age (Kumar, Singh, Basu, Pandey, & Bhargava, 2007), and they have higher risks of having very preterm delivery (gestational age 24-32 weeks). During delivery, it has been documented the rates of Cesarean sections are higher in pregnant adolescents than in pregnant adults due to fetal distress (Mukhopadhyay, Chaudhuri, & Paul, 2010; Yildirim et al., 2005). Besides, after child delivery, adolescents have to change their role to that of a mother who has to take care of her baby, if they are not ready, they may develop stress or depression, making them neglect or even abuse their own baby (Stevens-Simon, Kelly, & Kulick, 2001). With regard to infants born to adolescent mothers, commonly found complications among these infants include premature birth, low birth weight (Gilbert, Jandial, Field, Bigelow, & Danielsen, 2004; Mukhopadhyay et al., 2010; Smith & Pell, 2001; Yildirim et al., 2005). Therefore, the rate of neonatal deaths is higher (Kumar et al., 2007). Infants born to adolescent mothers may also suffer more from disability, particularly disability of the central nervous system and cardiovascular system when they are compared to those born to adult mothers (Yildirim et al., 2005).

In addition, repeated pregnancy is considered a major problem because pregnant adolescents who have terminated their pregnancy or those who have just given birth to their first child may become pregnant again within one to two years (Falk, Östlund, Magnuson, Schollin, & Nilsson, 2006). It has been found that repeated pregnancy in adolescent mothers doubles the chance of premature birth and low birth weight (Partington, Steber, Blair, & Cisler, 2009). As most of the repeated pregnancies are unplanned, adolescent mothers may be more susceptible to stress (Raneri & Wiemann, 2007) and depression (Yee & Simon, 2010; Yildirim et al., 2005). Repeated pregnancies are caused by lack of postpartum contraception.

A review of literature has shown that factors that are associated with contraception of women or adolescent mothers are income, knowledge of contraception, attitude toward contraception, and perceived support from significant persons. It has been documented that adolescent mothers with a lower income are likely to use less contraception and are less likely to return to school than those who have a higher income due to financial problems (Berenson & Wiemann, 1997).

Regarding knowledge of contraception, it has been found that because adolescent mothers do not have contraceptive knowledge and necessary information, they may not use contraception at all, use incorrect or not effective methods of contraception (Herrman, 2007; Lemay et al., 2007). In addition, attitude toward contraception, which refers to feeling or opinion regarding acceptance or rejection of contraception, is associated with contraceptive use in adolescent mothers. Adolescent mothers who believe that contraception is beneficial for them will use contraceptive methods (Bryant, 2009; Myo-Myo-Mon & Liebsuetrakul, 2009). On the contrary, if adolescents think that contraception is not beneficial or they are not at risk of pregnancy, they will not use contraception or will not use it consistently (Gilliam et al., 2004). At present, the last factor that affects contraception in adolescent mothers is perceived support from significant persons, which has an influence on their decision to use or not use contraception. If adolescent mothers receive support from significant persons such as their mother or husband, they are more likely to consistently use contraception.

Therefore, the researcher was interested in investigating the predictive power of income, knowledge of contraception, attitude toward contraception, and perceived support from significant persons to predict contraception in first-time adolescent mothers in the postpartum period.

Research Objective

The present study aimed at investigating the predictive power of income, knowledge of contraception, attitude toward contraception, and perceived support from significant persons to predict contraception in first-time adolescent mothers in the postpartum period.

Research Hypothesis

The factors of income, knowledge of contraception, attitude toward contraception, and perceived support from significant persons could predict contraception in first-time adolescent mothers in the postpartum period.

Conceptual Framework of the Study

In the present study, the conceptual framework derived from a review of literature which has revealed that the factors of income, knowledge of contraception, attitude toward contraception, and perceived support from significant persons could predict contraception. Adolescent mothers who have a low income are more likely to have repeated pregnancy than those who have a higher income because financial restrictions may prevent them from gaining access to contraception services (Raneri & Wiemann, 2007; Thurman et al., 2007). As for the factor of knowledge of contraception, adolescent mothers who do not have knowledge or have insufficient knowledge will not use contraception or use ineffective contraceptive methods (Ehlers, 2003; Herrman, 2007; Lemay et al., 2007). Moreover, Regarding attitude toward contraception, which refers to adolescent mothers' opinion toward contraception, if adolescent mothers believe that contraction is beneficial for them, they will use contraception (Bryant, 2009; Myo-Myo-Mon & Liebsuetrakul, 2009). In contrast, if adolescent mothers think that they are not at risk of getting pregnant, they will not use contraception (Gilliam et al., 2004). Lastly, perceived support from significant persons plays a role because if adolescent mothers feel that they receive support and permission from significant persons to use contraception, they will be more likely to use contraception (Lemay et al., 2007; Yee & Simon, 2010).

Research Methodology

The present study was descriptive study which aimed at investigating predictive power of income, knowledge of contraception, attitude toward contraception, and perceived support from significant persons to predict contraception in first-time adolescent mothers in the postpartum period.

Population and sample

The population of the study consisted of first-time adolescent mothers who were younger than 20 old and were admitted into the postpartum ward of Sappasittiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province.

The study sample was composed of first-time adolescent mothers who were admitted into the postpartum ward of Sapapasittiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province during the study period, from October 2012 to April, 2013. Both the adolescent mothers and their newborn infants were healthy, the mothers had single birth, the infants were full-term, the mothers were couple, able to read and write in the Thai language, and able to be reached by telephone.

Sample size

It is worth noting that there are no previous studies that are similar to the present study as most of the research studies were conducted with adolescents in general or were conducted abroad. Therefore, the sample size of this study was determined based on the calculation of power of test and based on the table of Polit and Beck (2008). As for logistic regressions, the power of the test equal to 0.80 and set with the significance level (α) equal to 0.05, power, the medium effect size equal to $R^2 = 0.13$, with four predictor variables as follows:

$$N = \frac{14.3 (1 - 0.13) + 4 + 1}{0.13} = 101.7$$

In the present study, data were collected from a total of 102 subjects. Thus, to prevent the problem of subject loss in the present study, 20% of the original sample size was added into the sample size, so the final number of subjects was 122.

Instrumentation

The instruments used to collect data in the present study could be divided into five parts—four questionnaires and one interview questionnaire, which could be explained in detail below.

1. The demographic characteristics questionnaire consisted of 13 closed-ended and open-ended items which elicited data regarding the subjects' demographic characteristics including age, age when first pregnant, marital status, educational background, rights to medical reimbursement, family income, family type, past contraception, and intention to use contraception within six weeks after giving birth.

2. The knowledge of contraception questionnaire was composed of 20 closed-ended items to elicit data regarding meaning of contraception, type of contraception, usage, restrictions, and side effects of contraception. The instrument was developed by the researcher based on a review of related literature and research (Davis, Yarber, Bauseman, Scheer, & Davis, 1998; Peeranunrangsri, 2003; Thwin, 2008). There were three response choices for each item—‘yes,’ ‘no,’ and ‘don’t know.’ As regards scoring, the answer of ‘yes’ was equal to 1 point, while the answers of ‘no’ and ‘don’t know’ were 0 point. Possible total scores ranged from 0 to 20 points.

3. The attitude toward contraception questionnaire comprised 10 closed-ended items which elicited adolescent mothers’ feelings and opinions toward contraception. The questionnaire was constructed by the researcher based on a review of related literature and research (Davis et al., 1998; Peeranunrangsri, 2003; Thwin, 2008). There were five positive items and five negative items, which were arranged in a five-point rating scale. Possible total scores ranged from 10 to 50 points.

4. The perceived support from significant persons questionnaire consisted of 6 closed-ended items. The items were divided into two parts. The first part comprised one item which asked about the significant persons who had an influence on contraception of adolescent mothers. The second part was composed of five items which elicited adolescent mothers’ perception of support or permission of use of contraception from significant persons developed by the researcher based on related literature and research (Myo-Myo-Mon & Liebsuetrakul, 2009; Peeranunrangsri, 2003; Thwin, 2008; Wang & Wang, 2005). The items were arranged in a four-point rating scale. Possible total scores ranged from 1 to 20 points.

5. The postpartum use of contraception interview questionnaire consisted of 5 open-ended items constructed by the researcher based on a review of related literature and research to elicit data regarding use of contraception within six to eight weeks after giving birth including use of contraction, reasons, and persons related to use or no use of contraception.

With regard to validation of the instruments, the knowledge of contraception questionnaire, the attitude toward contraception questionnaire, and the perceived support from significant persons questionnaire were validated to determine

their content validity by a panel of five experts, which was equal to 0.80, 0.72 and 0.75. In terms of reliability, the questionnaires were tried out with ten adolescent mothers who shared similar characteristics with the subjects of the main study. The results showed that KR-20 of the knowledge of contraception questionnaire was equal to 0.70, and Cronbach's alpha of the attitude toward contraception questionnaire and the perceived support from significant others questionnaire were equal to 0.70 and 0.82, respectively.

After data collection was completed, the three questionnaires were validated one more time, and the reliability was equal to 0.70, 0.72, and 0.80, respectively.

Protection of the Rights of Human Subjects

The present study was considered and approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Nursing, Mahidol University (COA No. IRB-NS2012/130.0106) and the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of Sappasittiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province (024/2555).

Data collection

1. After the research proposal had been approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Nursing, Mahidol University, and the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of Sappasittiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province, the researcher met the head nurse and head of the postpartum ward to explain the research objective and data collection procedures.

2. The researcher collected the data by herself by asking the nurses at postpartum ward to select the prospective subjects who met the inclusion criteria and asked if they were willing to meet the researcher. The researcher introduced herself to the prospective subjects and explained the study objectives, data collection procedures,

benefits, and risks of the study. The prospective subjects who agreed to participate in the study were asked to sign the informed consent form to indicate their willingness. In cases they were younger than 18 years old, permission had to be sought from their legal guardian. After that, the researcher explained how to respond to the questionnaires to ensure understanding of the subjects and asked the subjects to respond to questionnaires as truthfully as possible. Data collection took approximately 20 to 30 minutes, and the researcher asked for the subjects' telephone number for a follow-up around six weeks after giving birth to interview them regarding use of contraception in the postpartum period, which lasted about ten to 15 minutes. After data were collected from all 122 subjects, they were prepared for a subsequent analysis.

Data analysis

Data were analyzed using a computer program with the significance level set at 0.05 in the following steps:

1. Data regarding demographic characteristics of the subjects including age, age when first pregnant, educational background, rights to medical reimbursement, and income and sufficiency of income were analyzed in terms of frequency, percentage, mean, and standard deviation.
2. The means of income, knowledge of contraception, attitude toward contraception, and perceived support from significant persons between the subjects who used contraception and who did not use contraception in the postpartum period were analyzed by means of the t-test and Mann-Whitney test.
3. The predicting power of the factors of income, knowledge of contraception, attitude toward contraception, and perceived support from significant persons of first-time adolescent mothers in the postpartum period was analyzed using Logistic Regression Analysis.
4. The qualitative data gathered from the interview at six weeks after giving birth were analyzed by means of content analysis and frequency.

Findings

According to the study findings, the subjects were adolescent mothers who ranged in age from 15 to 19 years ($\bar{x} = 17.34$, $SD = 1.30$), with more than half of them, or 51.60%, were between 15 and 17 years old. Almost two-thirds, or 60.70%, completed early secondary education, and nearly three quarters, or 73.10%, became pregnant while in school. Almost half, or 42.60%, quit school after giving birth. In addition, their mean income was 7,700 baht per month, and most of them, or 86.90%, received financial support from their parents and husband. Almost half of the subjects, or 45.10%, had sufficient income but with no savings, and almost all, or 91.80%, had a universal health coverage scheme. Furthermore, most of the subjects, or 88.50%, lived in an extended family, with 59% living with their husband and their parents. Finally, 54.10% and 44.30% had perceived support from their mother and husband to use contraception.

When considering pregnancy and contraception before pregnancy, it was found that almost two-thirds of them, or 60.70%, were pregnant when they were 15 to 17 years old. As for use of contraception, more than half (59.80%) used contraception before they became pregnant. Finally, 79.50% of the subjects chose to use contraceptive pills, and 61.60% sought services regarding contraception from a pharmacy.

With regard to contraception in the postpartum period, the study findings revealed that most of the subjects, or 83.60%, used contraception. More than half, or 57.82%, used contraceptive injection. Moreover, most of them, or 84.40%, sought postpartum follow-up examinations, and 82.10% had their mother who made the decision about contraception. The reasons for use of contraception varied as 37.25% felt they were not ready to have another child, 40.20% had a desire to return to school, and 22.55% followed the decision of their mother or husband. On the contrary, for those who did not use contraception, half, or 50.00%, were not allowed by their mother to use contraception for fear of side effects of the hormones, 27.28% did not have anybody to help raise the baby, and 22.72% did not live with their husband.

When analyzing the means of income, knowledge, of contraception, attitude toward contraception, and perceived support from significant persons, it was found that the mean income of the subjects who used contraception was equal to

7,661.76 baht (SD = 5061.58), their mean score of knowledge of contraception was 7.91 points (SD = 3.58), their mean score of attitude toward contraception was 31.58 points (SD = 3.79), and the mean score of perceived support from significant persons was equal to 15.66 points (SD = 2.18). On the other hands, for those who did not use contraception, the mean income was equal to 7,750. baht (SD = 3435.49), their mean score of knowledge of contraception was 8.35 points (SD = 3.04), their mean score of attitude toward contraception was 31.00 points (SD = 3.81), and the mean score of perceived support from significant persons was equal to 14.75 points (SD = 1.91). When comparing the means of income and perceived support from significant persons of those who used and who did not use contraception with Mann-Whitney test, it was found that there were no statistically significant differences between the two groups ($z = -0.99, p = 0.32$; $z = -0.62, p = 0.52$). Likewise, when comparing the means of knowledge of contraception and attitude toward contraception of the subjects who used and who did not use contraception with t-test, the results showed that there were no statistically significant differences between the two groups ($t = 0.51, p = 0.61$; $t = -0.62, p = 0.53$).

Finally, when analyzing the predictive power of income, knowledge of contraception, attitude toward contraception, and perceived support from significant persons to predict contraception in first-time adolescent mothers during the postpartum period using the Logistics Regression Analysis, it was found that all four factors could not predict contraception in first-time adolescent mothers during the postpartum period ($p > 0.05$).

Discussion of Findings

The study findings revealed that income, knowledge of contraception, attitude toward contraception, and perceived support from significant persons could not predict contraception in first-time adolescent mothers during the postpartum period ($p > .05$). Such a finding was in congruence with the findings of Thwin (2008) and Wang and Wang (2005) who discovered that income, knowledge of contraception, and attitude toward contraception were not statistically significantly associated with contraception. However, this finding was not consistent with the study of Bruckner,

Martin, & Bearman (2004) who found that income was associated with contraception as mothers with a lower income were less likely to use contraception when compared to those who had a higher income. In addition, it has been reported that there was a relationship between attitude toward contraception and use of contraception because the subjects who believed that contraception was burdensome or difficult would not use contraception (Bruckner, Martin, & Bearman, 2004; Lemay et al., 2007). Also, the finding of the present study did not yield support to the study of Copra and Dhaliwal (2010) who discovered that knowledge of contraception was associated with use of contraception as most of the subjects who did not use contraception did not have knowledge or had insufficient knowledge of contraception (Ehler, 2003; Herrman, 2007; Lemay et al., 2007). It could be explained that income, knowledge of contraception, and attitude toward contraception could not predict contraception in first-time adolescent mothers during the postpartum period because the income assessed in the present study was the income earned by both the adolescent mothers and their husband. In fact, most of the adolescent mothers did not have their own income because they became pregnant while they were still in school and they received financial support from their own parents or their husband. Furthermore, they used the universal health coverage as well as financial support from their parents or husband to seek contraception and postnatal examination services. With regard to knowledge of contraception, most of the adolescent mothers had a low level of knowledge of contraception, and they had only knowledge of use of contraceptive pills as the only means of birth controls. In this study, it was found that all adolescent mothers had postnatal examinations, which meant they had a chance to receive knowledge to promote use of contraception after giving birth. This was in line with the policy to promote birth controls in all first-time adolescent mothers in the postpartum period. Likewise, Wilson, Fowler, and Koo (2013) have reported that reception of knowledge of contraception during postnatal examinations enabled adolescent mothers to use more contraception. As for attitude toward contraception, one plausible explanation for the study finding was that mothers' attitude may change after these mothers had gained experience in childcare during the six-week postpartum period, which could be a difficult time for new mothers. Therefore, their attitude toward contraception may have been changed. It was also possible that encountering

difficulties in childcare during the postpartum period may have made adolescent mothers realize the significance of contraception more (Herrman, 2006). A similar finding has been reported by Spear (2004) who found that adolescent mothers used more contraception than before becoming pregnant due to difficulties in childcare. Moreover, some adolescent mothers began to plan for their future and wanted to go back to school to finish their studies to find a job and earn their living, so they sought a more effective contraceptive method to use (Spear, 2004).

In the present study, it was found that support from significant persons could not predict contraception in first-time adolescent mothers during the postpartum period. Such a finding was contradictory to the findings reported by Mon and Liebsuetrakul (2009) and Thwin (2008) that support and approval of the spouse was related to postpartum contraception with statistical significance. However, such a discrepancy in findings may have resulted from the fact that in these studies support from significant persons was assessed after the adolescent mothers had already begun their contraception. On the other hand, in the present study, adolescent mothers' perceived support from significant persons was assessed when the mothers were still admitted to the hospital after giving birth. In addition, the adolescent mothers in this study mostly lived with their own parents or with the husband's family. Therefore, their mother or mother-in-law may have offered assistance in childcare, which may have made them feel that having to help care for a baby was difficult or burdensome, so they influenced the adolescent mothers to use contraception, as evidenced by the finding that most of the adolescent mothers did not make the decision to use contraception. Instead, it was the mothers who made the decision for them.

According to the study findings, it could be seen that the factors that had an influence on use of contraception during the six-week postpartum period were not personal factors of the adolescent mothers including income, knowledge of contraception, attitude toward contraception, and perceived support from significant persons. On the other hand, they may have come from other factors such as adolescent mothers' plan for their future including their desire to return to school. This became apparent from their selection of a more effective contraceptive method. External factors also played an important role including the family's desire for

adolescent mothers to use contraception and the government's policy to promote contraception in all adolescent mothers in the postpartum period.

Limitations of the Study

The subjects of the present study were adolescent mothers who lived in the northeastern region of the country. According to the local culture, adolescents pay respect to adults and are more likely to follow adults' advice, which may be different from adolescents who live in other regions of the country. Furthermore, the study investigated use of contraception within the six-week postpartum period only. Thus, the study findings could not be generalized to long-term use of contraception of the study sample. Finally, the research setting was one hospital in the northeastern region, whose localized contexts may be different from those of other hospitals, so the generalizability of the study findings may be limited.

Recommendations

Based on the aforementioned study findings, the following recommendations could be made:

For nursing practices

1. Most of the adolescent mothers have a low level of knowledge of contraception. Thus, knowledge of contraception should be disseminated as early on as in early secondary school. Knowledge should also be immediately provided to adolescent mothers in the postpartum period, and all adolescent mothers should be encouraged to seek postnatal examinations after their hospital discharge.
2. The study findings revealed that the mother of adolescent mothers was the significant person who made the decision about contraception. As a result, knowledge of correct contraceptive methods should be disseminated among mothers of adolescent mothers so as to enable them to help their postpartum daughters choose effective contraceptive methods.

3. It was found that most of the adolescent mothers used contraception in the postpartum period, but their contraceptive method was a short-term method due to their rights to medical reimbursements. This may make adolescent mothers easily discontinue their contraception. For this reason, a follow-up is needed to make sure that adolescent mothers continue using contraception.

For nursing research

1. The subjects of the present study were adolescent mothers who lived in the northeastern region of the country who are likely to pay more respect to adults as well as to follow adults' advice, which may be different from adolescents who live in other regions of Thailand. Therefore, studies should be conducted to with the subjects recruited from different hospitals in different regions of the country to shed more light on use of contraception of adolescent mothers during the postpartum period.

2. This study aimed to investigate only the use of contraception of adolescent mothers during the six-week postpartum period. Further research should be carried out to explore long-term use of contraception of adolescent mothers.

3. In this study, almost all of the subjects used contraception during the postpartum period, so statistically significant differences were not found. In the future, a case-control study should be conducted with one group of subjects who did not use contraception to compare the findings between the two groups.

บรรณานุกรม

- กรมบัญชีกลาง. (2549). อัตราค่าบริการสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ. <http://www.cgd.go.th/wps/portal/CGDInfo/MedicalWelfare>. (วันที่สืบค้น 8 ธันวาคม 2554)
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2555). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 20). กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- กำแพง จาตุรจินดา และคณะ. (2545). สถิติศาสตร์รามาชิตี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: เมดิคัลมีเดีย.
- ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี. (2553). ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ของกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2553. <http://hpc7.anamai.moph.go.th/main-.php?filename=data>. (วันที่สืบค้น: 20 พฤศจิกายน 2554)
- สำนักงานประกันสังคม. (2552). สิทธิประโยชน์สำหรับผู้ประกันตน. <http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?lang=th=602&id=112>. (วันที่สืบค้น 8 ธันวาคม 2554)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10. <http://bps.ops.moph.go.th/plan10.htm>. (สืบค้นวันที่ 11 ธันวาคม 2553)
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2552a). การศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน. http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/pregnancy/อัตราการจัดครรภ์.pdf. (สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม 2554)
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2552b). อัตราการจัดครรภ์ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี. http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/pregnancy/อัตราการจัดครรภ์.pdf. (สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม 2554)
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2551). รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. http://rh.anamai.moph.go.th/all_file. (สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม 2554)
- แอนนา วงษ์กุลลาบ. (2537). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดของกลุ่มสตรีหลังคลอด ในโรงพยาบาลรามาชิตี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม.

- Akinbami, L. J., Schoendorf, K. C., & Kiely, J. L. (2000). Risk of preterm birth in multiparous teenagers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(11), 1101-1107.
- Aruda, M. M., McCabe, M., Burke, P., & Litty, C. (2008). Adolescent Pregnancy Diagnosis and Outcomes: A Six-Year Clinical Sample. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 21(1), 17-19.
- Aytan, H., Tapisiz, O. L., Tuncay, G., & Avsar, F. A. (2005). Severe perineal lacerations in nulliparous women and episiotomy type. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 121(1), 46-50.
- Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J., & Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *The Lancet*, 369(9568), 1220-1231.
- Belzer, M., Sanchez, K., Olson, J., Jacobs, A. M., & Tucker, D. (2005). Advance Supply of Emergency Contraception: A Randomized Trial in Adolescent Mothers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 18(5), 347-354.
- Berenson, A. B., & Wiemann, C. M. (1997). Contraceptive use among Adolescent mothers at 6 months postpartum. *Obstetrics & Gynecology*, 89(6), 999-1005.
- Boardman, L. A., Allsworth, J., Phipps, M. G., & Lapane, K. L. (2006). Risk Factors for Unintended Versus Intended Rapid Repeat Pregnancies among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 39(4), 597.e591-597.e598.
- Breheny, M., & Stephens, C. (2004). Barriers to Effective Contraception and Strategies for Overcoming Them Among Adolescent Mothers. *Public Health Nursing*, 21(3), 220-227.
- Brückner, H., Martin, A., & Bearman, P. S. (2004). Ambivalence and Pregnancy: Adolescents' Attitudes, Contraceptive Use and Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(6), 248-257.
- Brunner Huber, L. R., & Ersek, J. L. (2011). Perceptions of Contraceptive Responsibility Among Female College Students: An Exploratory Study. *Annals of Epidemiology*, 21(3), 197-203.
- Bryant, K. D. (2009). Contraceptive use and attitudes among female college students. *ABNF Journal*, 20(1), 12-16.

- Cheung, E., & Free, C. (2005). Factors influencing young women's decision making regarding hormonal contraceptives: a qualitative study. *Contraception*, 71(6), 426-431.
- Chopra, S., & Dhaliwal, L. (2010). Knowledge, attitude and practices of contraception in urban population of North India. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 281(2), 273-277.
- Coard, S. I., Nitz, K., & Felice, M. E. (2000). Repeat pregnancy among urban adolescents: sociodemographic, family, and health factors. *Adolescence*, 35(137), 193-193.
- Collier, J. (2009). The rising proportion of repeat teenage pregnancies in young women presenting for termination of pregnancy from 1991 to 2007. *Contraception*, 79(5), 393-396.
- Davis, C. M., Yarber, W. L., Bauserman, R., Scheer, G., & Davis, S. L. (1998). *Handbook of sexuality-related measures*. Thousand Oaks, California.: SAGE Publications, Inc.
- DeVito, J. (2010). How Adolescent Mothers Feel About Becoming a Parent. *Journal of Perinatal Education*, 19(2), 25-34
- de Fátima Rato Padin, M., de Souza e Silva, R., Chalem, E., Mitsuhiro, S. S., Barros, M. M., Guinsburg, R., et al. (2009). Brief report: A socio-demographic profile of multiparous teenage mothers. *Journal of Adolescence*, 32(3), 715-721.
- East, P. L., Reyes, B. T., & Horn, E. J. (2007). Association Between Adolescent Pregnancy And a Family History of Teenage Births. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(2), 108.
- Ehlers, V. J. (2003). Adolescent mothers' utilization of contraceptive services in South Africa. *International Nursing Review*, 50(4), 229-241.
- Falk, G., Östlund, I., Magnuson, A., Schollin, J., & Nilsson, K. (2006). Teenage mothers -- a high-risk group for new unintended pregnancies. *Contraception*, 74(6), 471-475.
- Finer, L. B., Frohworth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., & Moore, A. M. (2005). Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 37(3), 110-118.
- Gilbert, W. M., Jandial, D., Field, N. T., Bigelow, P., & Danielsen, B. (2004). Birth outcomes in teenage pregnancies. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 16(5), 265-270.

- Gilliam, M. L., Davis, S. D., Neustadt, A. B., & Levey, E. J. (2009). Contraceptive Attitudes among Inner-City African American Female Adolescents: Barriers to Effective Hormonal Contraceptive Use. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 22(2), 97-104.
- Gilliam, M. L., Warden, M. M., & Tapia, B. (2004). Young latinas recall contraceptive use before and after pregnancy: a focus group study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 17(4), 279-287.
- Harper, C., Callegari, L., Raine, T., Blum, M., & Darney, P. (2004). Adolescent Clinic Visits for Contraception: Support from Mothers, Male Partners and Friends. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(1), 20-26.
- Hellerstedt, W. L., & Story, M. (1998). Adolescent satisfaction with postpartum contraception and body weight concerns. *Journal of Adolescent Health*, 22(6), 446-452.
- Herrman, J. W. (2006). The voices of teen mothers the experience of repeat pregnancy. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 31(4), 243-249.
- Herrman, J. W. (2007). Repeat Pregnancy in Adolescence Intensions and Decision Making *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 32(2), 89-94.
- Hillman, J. B., Negriff, S., & Dorn, L. D. (2010). Perceived competence and contraceptive use during adolescence. *Contraception*, 81(3), 249-253.
- Horgan, R. P., & Kenny, L. C. (2007). Review Management of teenage pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 9, 153-158.
- Jacoby, M., Gorenflo, D., Black, E., Wunderlich, C., & Eyler, A. E. (1999). Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 16(4), 318-321.
- Khashan, A., Baker, P., & Kenny, L. (2010). Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(1), 36.
- Kumar, A., Singh, T., Basu, S., Pandey, S., & Bhargava, V. (2007). Outcome of teenage pregnancy. *Indian Journal of Pediatrics*, 74(10), 927-931.

- Lemay, C. A., Cashman, S. B., Elfenbein, D. S., & Felice, M. E. (2007). Adolescent Mothers' Attitudes toward Contraceptive Use before and after Pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(4), 233-240.
- Levine, A. B., Aaron, E., & Foster, J. (2006). Pregnancy in perinatally HIV-infected adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 765-768.
- Mahavarkar, S. H., Madhu, C. K., & Mule, V. D. (2008). A comparative study of teenage pregnancy. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 28(604-607).
- Manlove, J., Ikramullah, E., Mincieli, L., Holcombe, E., & Danish, S. (2009). Trends in Sexual Experience, Contraceptive Use, and Teenage Childbearing: 1992-2002. *Journal of Adolescent Health*, 44(5), 413-423.
- McKinney, E. S., Ashwill, J. W., Murrey, S. S., James, S. R., Gorrie, T. M., & Droke, S. C. (2000). *Maternal-child nursing* (1 ed.). Pennsylvania: A Harcourt Health Sciences Company.
- Mukhopadhyay, P., Chaudhuri, R., & Paul, B. (2010). Hospital-based Perinatal Outcomes and Complications in Teenage Pregnancy in India. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 28(5), 494.
- Myo-Myo-Mon, & Liebsuetrakul, T. (2009). Factors influencing married youth's decisions on contraceptive use in a rural area of Myanmar. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medical and Public Health*, 40(5), 1057-1064.
- Øglænd, B., Forman, M. R., Romundstad, P. R., Nilsen, S. T., & Vatten, L. J. (2009). Blood pressure in early adolescence in the offspring of preeclamptic and normotensive pregnancies. *Journal of Hypertension*, 27(10).
- Onakewhor, J. U., & Gharoro, E. P. (2008). Changing trends in maternal mortality in a developing country. *Nigerian journal of clinical practice*, 11(2), 111-120.
- Partington, S., Steber, D., Blair, K., & Cisler, R. (2009). Second Births to Teenage Mothers: Risk Factors For Low Birth Weight and Preterm Birth. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(2), 101.
- Peeranunrangsri, N. (2003). *Factors associated with the contraceptive use by postpartum women with two or more living children at Amnatcharoen hospital*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

- Peyman, N., & Oakley, D. (2009). Effective contraceptive use: an exploration of theory-based influences. *Health Education Research*, 24(4), 575-585.
- Pfitzner, M. A., Hoff, C., & McElligott, K. (2003). Predictors of Repeat Pregnancy in a Program for Pregnant Teens. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(2), 77-81.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. P. L. (2008). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8 ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rah, J. H., Christian, P., Shamim, A. A., Arju, U. T., LabriQue, A. B., & Rashid, M. (2008). Pregnancy and Lactation Hinder Growth and Nutritional Status of Adolescent Girls in Rural Bangladesh. *The Journal of Nutrition*, 138(8), 1505-1511.
- Raneri, L. G., & Wiemann, C. M. (2007). Social ecological predictors of repeat adolescent pregnancy. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 39(1), 39-47.
- Rickert, V. I., Tiezzi, L., Lipshutz, J., León, J., Vaughan, R. D., & Westhoff, C. (2007). Depo Now: Preventing Unintended Pregnancies among Adolescents and Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, 40(1), 22-28.
- Skinner, S. R., Smith, J., Fenwick, J., Hendriks, J., Fyfe, S., & Kendall, G. (2009). Pregnancy and protection: Perceptions, attitudes and experiences of Australian female adolescents. *Women and Birth*, 22(2), 50-56.
- Smith, G. C. S., & Pell, J. P. (2001). Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: Population based retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 323(7311), 476.
- Spear, H. J. (2004). Personal Narratives of Adolescent Mothers-to-Be: Contraception, Decision Making, and Future Expectations. *Public Health Nursing*, 21(4), 338-346.
- Stevens-Simon, Kelly, Singer, & Nelligan. (1998). Reason for first teen pregnancies predict the rate of subsequent teen conceptions. *Pediatrics*, 101(1).
- Stevens-Simon, Kelly, L., & Kulick, R. (2001). A village would be nice but ...: It takes a long-acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregnancies. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(1), 60-65.
- Strayhorn, J. M., & Strayhorn, J. C. (2009). Religiosity and teen birth rate in the United States. *Reproductive Health*, 6, 14-20.

- Thato, S., Rachukul, S., & Sopajaree, C. Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: A retrospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1158-1164.
- Thurman, A. R., Hammond, N., Brown, H. E., & Roddy, M. E. (2007). Preventing Repeat Teen Pregnancy: Postpartum Depot Medroxyprogesterone Acetate, Oral Contraceptive Pills, or the Patch? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(2), 61-65.
- Thwin, T. (2008). *Factors related to the contraceptive use among married migrant women of reproductive age in Maesot, Tak Province, Thailand*. Mahidol, Bangkok.
- Wang, R.-H., & wang, H.-H. (2005). Prebirth Psychosocial factors as Predictors of Consistency in contraceptive Use Among Taiwanese Adolescent Mothers at 6 months Postpartum. *Public Health Nursing*, 22(4), 271-279.
- Williams, M. K., & Chames, M. C. (2006). Risk factors for the breakdown of perineal laceration repair after vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195(3), 755-759.
- Wilson, E. K., Fowler, C. I., & Koo, H. P. (2013). Postpartum Contraceptive Use Among Adolescent Mothers in Seven States. *Journal of Adolescent Health*, 52(3), 278-283.
- World Health Organization. (2011). *World Health Statistics*.
- Wu, L. (2010). A survey on the knowledge, attitude, and behavior regarding contraception use among pregnant teenagers in Beijing, China. *Clinical Nursing research*, 19(4), 402-415.
- Yee, L., & Simon, M. (2010). The Role of the Social Network in Contraceptive Decision-making Among Young, African American and Latina Women. *Journal of Adolescent Health*, 47(4), 374-380.
- Yildirim, Y., Inal, M. M., & Tinar, S. (2005). Reproductive and Obstetric Characteristics of Adolescent Pregnancies in Turkish Women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 18(4), 249-253.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. รศ.นพ.สุรศักดิ์ อังสุวัฒนา หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นางสมถวิล จันทะโพธิ์ พยาบาลวิชาชีพประจำภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อ.ดร. ฤดี ปุ่งบางกะดี อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อ.ดร. อัจฉรา มาศมัลย์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อ.ดร. ศุภาวดี วายุเหิอด อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของคุณ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด

1. ปัจจุบันคุณมีอายุ ปี
2. คุณตั้งครรถ์ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี
3. การศึกษาขั้นสูงสุดของคุณ
[] ประถมศึกษา
[] มัธยมศึกษาตอนต้น
[] มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.
[] อนุปริญญา หรือ ปวส.

13. คุณตั้งใจที่จะคุมกำเนิดเมื่อ 6 สัปดาห์ภายหลังคลอด

คุ่มกำเนิด
|
|
|
|
|
|
|
|
 ไม่คุ่มกำเนิด

1 2 3 4 5 6 7

ชุดที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่คุณคิดว่าถูกต้องที่สุด

1. การคุมกำเนิดหมายถึงข้อใด

[] การป้องกันการตั้งครรภ์

[] การวางแผนชีวิตว่าจะมีบุตรกี่คน

[] ไม่ทราบ

2. เวลาที่เหมาะสมในการเริ่มต้นกินยาเม็ดคุมกำเนิดแผงแรก คือ

[] ในขณะมีประจำเดือน [] หลังมีเพศสัมพันธ์

[] ไม่ทราบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

20. ภายหลังการใส่ห่วงอนามัย สตรีบางคนอาจมีอาการปวดท้องน้อย หรือปวดหลัง ซึ่งหายได้โดยกินยาแก้ปวดธรรมดา

[] ใช่

[] ไม่ใช่

[] ไม่ทราบ

ชุดที่ 3 ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด

เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่แน่ใจกับข้อความนั้นๆ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย อย่าง มาก	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก
ฉันคิดว่า						
1	การตั้งครรภ์ หรือการมีลูกอีกคนจะทำให้ ชีวิตฉันลำบาก					
2	ไม่จำเป็นต้องคุมกำเนิดเพราะฉัน ไม่มีความ เสี่ยงในการตั้งครรภ์					
						
						
						
						
						
						
						
10	การคุมกำเนิดจะทำให้ทารกมีความผิดปกติ ได้					

ชุดที่ 4 การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ

คำชี้แจง แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับบุคคลที่ให้การสนับสนุนในการคุมกำเนิดของคุณ ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญในด้านต่างๆ โดยรายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม มีดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของคุณ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด

ใครเป็นบุคคลที่มีความสำคัญกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของคุณมากที่สุด

[] มารดาของคุณ

[]สามี

[] เพื่อน

[] อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด

เห็นด้วยอย่างมาก

หมายถึง

เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

เห็นด้วย

หมายถึง

เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วย

หมายถึง

ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

หมายถึง

ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย อย่างมาก	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง มาก
คุณคิดว่า.....					
1	ของคุณคิดว่าเป็นเรื่องที่ดีที่คุณคุมกำเนิด				
2	ของคุณยินยอมให้คุณคุมกำเนิด				
					
					
5	ของคุณจะพามาโรงพยาบาลหรือช่วย ดูแลลูกให้ เมื่อคุณไปรับบริการคุมกำเนิด				

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การคุมกำเนิดหลังคลอด 6 - 8 สัปดาห์

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของคุณในช่องว่างที่กำหนด

1. ขณะนี้คุณคุมกำเนิดหรือไม่

.....

2. กรณีที่คุณคุมกำเนิด คุณคุมกำเนิดด้วยวิธีใด เพราะเหตุใด

.....

.....

.....

3.

4.

5. คุณมีปัญหาในการคุมกำเนิดหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

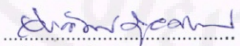
รหัสเอกสารรับรอง 024/2555



เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ในระยะหลังคลอด Factors predicting contraception in first-time adolescent mother during postpartum
ผู้วิจัยหลัก	นางสาวนาฏนฤมล ทองมี และคณะ
หน่วยงาน/สถาบัน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้


 (นพ.จิรวัดน์ มุลศาสตร์)
 ประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์


 (นายแพทย์มนัส กนกศิลป์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง : - 5 ต.ค. 2555

วันหมดอายุของการรับรอง: 4 ต.ค. 2556

เอกสารที่รับรองรวมถึง

1. โครงร่างการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการวิจัยที่จริยธรรมที่จะรวบรวมข้อมูลที่ได้ศึกษาจากโครงการได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบลงภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงก่อนวันหมดอายุ 30 วัน
3. ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาตรงตามระเบียบไว้ในโครงการงานวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เพียงแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมฯ ได้รับรอง (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผนประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมฯ มีสิทธิตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งเมื่อต้องการ
5. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ข้างเคียงร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ภายใน 5 วันทำการ
6. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ
7. ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว จำนวน 1 ฉบับ



สถานที่ติดต่อ: ศูนย์วิจัย รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ต.สรรพสิทธิ ค. ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 045-244973 ต่อ 1395



COA No. IRB-NS2012/130.0106

Documentary Proof of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University

Title of Project: FACTORS PREDICTING CONTRACEPTION IN FIRST-TIME ADOLESCENT MOTHER DURING POSTPARTUM PERIOD.

Project Number: IRB-NS2012/16.3003

Principle Investigator: Nardnarumon Thongmee

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) IRB-NS Submission form version received date 29 May 2012
- 2) Participant Information sheet version date 29 May 2012
- 3) Consent form version date 29 May 2012
- 4) Questionnaire version received date 30 March 2012

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)

Date of Approval: 01 June 2012

Date of Expiration: 31 May 2013

Pornsri Sriussadaporn.

Signature of Chair:

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Fongcum Tilokskulchai

Signature of Dean, Faculty of Nursing

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)

Dean, Faculty of Nursing



COA No. IRB-NS2012/130.0106 (Renewal)

Documentary Proof of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University

Title of Project: FACTORS PREDICTING CONTRACEPTION IN FIRST-TIME ADOLESCENT MOTHER DURING POSTPARTUM PERIOD.

Project Number: IRB-NS2012/16.3003

Principle Investigator: Nardnarumon Thongmee

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) IRB-NS Submission form version received date 29 May 2012
- 2) Participant Information sheet version date 29 May 2012
- 3) Consent form version date 29 May 2012
- 4) Questionnaire version received date 7 February 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): 08 May 2013

Expired date: 07 May 2014

Signature of Chair:

Pornsri Sriussadaporn.

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing

Fongcum Tilokskulchai

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)

Dean, Faculty of Nursing

Office of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University Room 502 Faculty of Nursing, Mahidol University
2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503

ภาคผนวก ง

เอกสารเข้ารับฟังการบรรยายหัวข้อเรื่อง “จริยธรรมการวิจัยในคน”



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอมอบประกาศนียบัตรนี้ เพื่อแสดงว่า

นางสาวนฤมล ทองมี

ได้เข้าอบรมเรื่อง “จริยธรรมการวิจัยในคน”

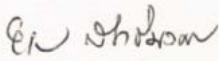
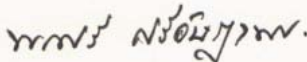
วันศุกร์ที่ 8 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2553

ณ ห้องประชุม มิลฟอร์ดเตอร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอให้นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้เป็นหลักในการปฏิบัติ

เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

 (รองศาสตราจารย์ยาใจ จิตธิมมงคล) ประธานคณะกรรมการบริหาร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	 (รองศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัฐภาพร) วิทยาการ
--	---

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นางสาวนาฏนฤมล ทองมี

วัน เดือน ปีเกิด

29 มิถุนายน พ.ศ. 2521

สถานที่เกิด

จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2545 – 2547

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ที่อยู่ปัจจุบัน

74 หมู่ 2 ตำบล นาคำ

อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี 34250

โทรศัพท์ 089-7179176

E-mail: nard_na@hotmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก

ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี