

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการ
ตั้งครุฑและการฝากครุฑของสตรีตั้งครุฑวัยรุ่น



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการ
ตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ผู้วิจัย
นางสาวมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิตร

ผู้วิจัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรัสศรี ชีระกุลชัย
Ph. D. (Nursing)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี
D. S.N. (Maternal and Child Nursing)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์ นพ. บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

.....
รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการ
ตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด

วันที่ 1 เดือนเมษายน พ.ศ. 2551

มะลิวรรณ นพินท์กุลวิจิตร

นางสาวมะลิวรรณ นพินท์กุลวิจิตร
ผู้วิจัย

พญ. อังคณา

รองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข หิงคานนท์
ค. ด. (บริหารการศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน
Ph. D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

จันทิมา ขนบดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี
D. S.N. (Maternal and Child Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

จรัสศรี ชีระกุลชัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรัสศรี ชีระกุลชัย
Ph. D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พญ. นพ.

ศาสตราจารย์ นพ. บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พญ. นพ.

ศาสตราจารย์ นพ. รัชตะ รัชตะนาวิน
พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรัสศรี ชีระกุลชัย ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงน้อย สาครรัตนกุล ที่ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข หิงคานนท์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่าง ๆ โดยช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี หัวหน้างาน พยาบาลประจำการในแผนกฝากครรภ์และเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวกและคอยช่วยเหลืออย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณรุ่นพี่/รุ่นน้อง และเพื่อนร่วมสาขาทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจ ให้คำปรึกษาและมอบมิตรภาพที่ดีเยี่ยมมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดาและน้องสาวทั้งสอง ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้กำลังใจและมอบแต่สิ่งที่ดีที่สุดให้ตลอดมา จนกระทั่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

มะลิวรรณ หมั่นแก่วัฒนวิจิตร

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (THE RELATIONSHIPS BETWEEN PERCEPTION OF HEALTH, SOCIAL SUPPORT, ATTITUDE TOWARD PREGNANCY, AND PRENATAL VISITS OF ADOLESCENT PREGNANT WOMEN)

มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิชิต 4837054 RAMN/ M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: จรัสศรี ชีระกุลชัย, Ph.D.(Nursing), จันทิมา ขนบดี, D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 120 ราย ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การหาความสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation) และสถิติ t-test ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .266$, $p < .01$; $r_{pb} = .303$, $p < .01$ และ $r_{pb} = .358$, $p < .01$) และพบว่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.99$, $p < .01$, $t = -3.57$, $p < .01$ และ $t = -4.17$, $p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลในแผนกฝากครรภ์ควรให้ความสำคัญกับการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ภาวะสุขภาพ/ แรงสนับสนุนทางสังคม/ เจตคติต่อการตั้งครรภ์/ การฝากครรภ์

THE RELATIONSHIPS BETWEEN PERCEPTION OF HEALTH, SOCIAL SUPPORT, ATTITUDE TOWARD PREGNANCY, AND PRENATAL VISITS OF ADOLESCENT PREGNANT WOMEN

MALIWAN MUENKLEWKLAICHIT 4837054 RAMN/ M

M.N.S (MATERNITY AND NEWBORN NURSING)

THESIS ADVISORS: JARATSRI THEERAKULCHAI Ph. D. (Nursing),
CHANTIMA KHANOBDEE D. S. N. (Maternal and Child Nursing)

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to examine the relationships between perception of health, social support, attitude toward pregnancy and prenatal visits of adolescent pregnant women. The conceptual framework guiding this study was derived from Becker's health believe model. A purposive sample consisted of 120 adolescent pregnant women who attended the prenatal clinics at Ramathibodi Hospital, Pramongkutklou Hospital, and Rajvithi Hospital. Data were collected from March to June, 2007. Instruments used to collect data were Demographic Data Profile, Perception of Health Questionnaire, Social Support Questionnaire and Attitude toward Pregnancy Questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, Point Biserial Correlation and t-test. The findings revealed that perception of health, social support, and attitude toward pregnancy were significantly associated with prenatal visits. ($r_{pb} = .266, p < .01$; $r_{pb} = .303, p < .01$ and $r_{pb} = .358, p < .01$). The mean scores of perception of health, social support, and attitude toward pregnancy of the subjects who had adequate prenatal visits were different from the subjects who had inadequate prenatal visits. ($t = -2.99, p < .01, t = -3.57, p < .01$ and $t = -4.17, p < .001$)

The findings of this study suggest that health care professionals should assess perception of health, social support, and attitude toward pregnancy of adolescent pregnant women. Additionally, the adolescent pregnant women should be encouraged to have adequate prenatal care and to have efficient self-care during pregnancy.

KEY WORDS: PERCEPTION OF HEALTH/ SOCIAL SUPPORT/ ATTITUDE
TOWARD PREGNANCY/ PRENATAL VISITS

139 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	11
แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพ	15
ปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ	19
การฝากครรภ์	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	41
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	43
บทที่ 4 ผลการวิจัย	44

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 อภิปรายผล	51
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	64
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	68
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	83
บรรณานุกรม	99
ภาคผนวก	108
ประวัติผู้วิจัย	139

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	45
2	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการฝากครรภ์และ การตั้งครรภ์	46
3	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพจำแนก โดยรวมและรายด้าน	47
4	จำนวน ร้อยละ ระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพจำแนกโดยรวมและรายด้าน	47
5	แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	48
6	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเจตคติต่อการตั้งครรภ์จำแนก โดยรวมและรายด้าน	48
7	จำนวน ร้อยละของระดับเจตคติต่อการตั้งครรภ์จำแนกโดยรวมและรายด้าน	49
8	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ครอบคลุมกับการฝากครรภ์ ของกลุ่มตัวอย่าง	49
9	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์	50

สารบัญรูปภาพ

แผนภูมิที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

7



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมทำให้จำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2548 พบอัตราการคลอดบุตรในมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.76, 14.74 และ 11.4 ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548) สถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นสูงกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) ซึ่งกำหนดให้อัตราการคลอดบุตรในมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การตั้งครรภ์วัยรุ่นนับเป็นภาวะเสี่ยงประการหนึ่งที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์เนื่องจากสภาพของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมยังไม่สมบูรณ์เพียงพอ (Stevens-Simon & McAnarney cited in Diclemente, 1996: 317) เมื่อสตรีวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ทำให้ต้องเผชิญกับความเครียด ความขัดแย้งหรือสับสนกับการเปลี่ยนแปลงของบทบาทต่าง ๆ ได้แก่ จากการเป็นภรรยาอย่างเดียวนำสู่การรับบทบาทการเป็นมารดาไปด้วย นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้า จึงขาดการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ บางครั้งเกิดความรู้สึกว่าทารกในครรภ์จะทำให้ตนลำบาก (อุ้นจิตต์ บุญสม, 2540: 25)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลให้เกิดอันตรายต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ แม้ว่าการตั้งครรภ์นั้นจะมีการเตรียมความพร้อมและเป็นการตั้งครรภ์ที่ต้องการ ก็ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมาย เช่น พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 2.4 และภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดร้อยละ 8.9 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ โดยพบเพียงร้อยละ 1.0 และร้อยละ 1.5 (อรัญญา พวงผกา, 2540: 100) นอกจากผลกระทบด้านร่างกายแล้ว ผลกระทบด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ความรู้สึกผิด เสียใจ รู้สึกไร้คุณค่าและรู้สึกสับสนจากการที่ต้องถูกแยกจากสังคมและกลุ่มเพื่อน ทำให้รู้สึกกังวล บางครั้งนึกโกรธทารกในครรภ์ (Castiglia, 1990a: 262-264) นอกจากนี้ยังอาจ

ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ด้วย เช่น คลอดทารกน้ำหนักน้อย ทารกเกิดไว้ชีพ คะแนนสภาพทารกแรกเกิดต่ำและทารกแรกเกิดมีความผิดปกติ เป็นต้น (สุจิตรา ลือทวิสวัสดิ์, 2532: 109-112; อริญญา พวงผกา, 2540: 117-118) และประกอบกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ขาดความรู้และประสบการณ์ ทำให้การดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นอันตรายเพิ่มขึ้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสามารถป้องกันและควบคุมได้ด้วยการดูแลตนเองให้เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ การฝากครรภ์นับว่าเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการฝากครรภ์ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรวมทั้งทารกในครรภ์ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีและได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการฝากครรภ์ที่มีประสิทธิภาพนั้นสตรีตั้งครรภ์จะต้องมาฝากครรภ์ตั้งแต่วัยไตรมาสแรกและได้รับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ แต่จากการศึกษาของลักขณา อมรประกาศ (Amornprakas, 2005: 42) พบว่าอัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น และจากการศึกษาของเกษณี โลกตาทอง (Koktatong, 2002: 87) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่ากลุ่มสตรีวัยผู้ใหญ่อยู่ 3.18 เท่า ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่จะมาฝากครรภ์หรือไม่นั้น คือการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเอง เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ส่วนใหญ่ มีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่ดี (ฐิริยา เพ็ญสุวรรณ, 2540: 54-55) ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ และความรู้สึกรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาพรวมด้านสุขภาพ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคลรวมถึงการยอมรับความเจ็บป่วยนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barriers) และแรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) (Becker, 1974: 83-87)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองที่ดีและเล็งเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มต่าง ๆ อยู่บ้าง ดังเช่นการศึกษาของภาวิณี โภคสินจำรูญ (2538: 73-74) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และการศึกษาของฤดี ปุณบางกะดี (2540: 82) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและ

ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี นอกจากนี้อรุณี พึ่งแพง (2544: 116) ศึกษาพบว่าความรู้และการเห็นถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์และการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ สำหรับด้านการรับรู้อุปสรรคก็พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่รับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำจะมีการดูแลสุขภาพของตนเองดี (ดาริณี สุภาพ, 2542: 126-127) ส่วนแรงจูงใจด้านสุขภาพก็มีรายงานการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีด้วย (ปลื้มจิต โชติกะ, 2544: 51)

นอกจากการรับรู้ภาวะสุขภาพแล้ว พบว่ามีปัจจัยร่วมอื่นๆ อีกที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลรวมถึงการฝากครรภ์ด้วย เช่น ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ เป็นต้น โดยระดับการศึกษาจะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้และความสามารถในการใช้เหตุผลในการเลือกที่จะมาฝากครรภ์หรือไม่ฝากครรภ์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นมักต้องพักการเรียนหรือต้องออกจากโรงเรียนทำให้ระดับความคิดและสติปัญญาไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ตามมา เมื่อสิ่งดังกล่าวขาดการพัฒนาอย่างเหมาะสมก็จะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นขาดการไตร่ตรองและแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ดังเช่นการศึกษาของจรรุวรรณ รวิไพบูลย์ (2532: 54) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ สำหรับรายได้ครอบครัวจะเป็นพื้นฐานในการสนับสนุนเรื่องการฝากครรภ์และการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่เนื่องจากวัยรุ่นต้องยุติการเรียนเมื่อตั้งครรภ์ ทำให้การศึกษาไม่ต่อเนื่องเกิดข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ จึงมีรายได้น้อยทำให้เป็นอุปสรรคในการมาฝากครรภ์ (ดวงพร จินตโนทัยถาวร, 2536: 84) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความช่วยเหลือที่สม่ำเสมอรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับจากบุคคลอื่น ซึ่งความช่วยเหลือนั้นจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ไปสู่เป้าหมายหรือแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ รวมทั้งปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ก็จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ที่ดีตามไปด้วย (ศุภาวดี วายุเหือด, 2536: 78) สำหรับเจตคติต่อการตั้งครรภ์ เป็นสิ่งที่มีผลต่อความรู้สึกรู้สึกคิดและพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ การอบรมเลี้ยงดูและประสบการณ์เฉพาะของบุคคล สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ก็ จะแสดงพฤติกรรมต่อการตั้งครรภ์ไปในทางที่ดี รวมทั้งพยายามดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์เป็นอย่างดี (นิภาวรรณ รัตนานนท์, 2532: 76-77) ด้วยการมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าการฝากครรภ์มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยร่วมมีความสำคัญต่อการ

ตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการฝากครรภ์ที่เหมาะสม ที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นค่อนข้างน้อยและยังไม่ครอบคลุมถึงการฝากครรภ์ รวมทั้งการศึกษาปัจจัยร่วมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์กับการฝากครรภ์ยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำและส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ที่เหมาะสมนำไปสู่การฝากครรภ์แต่เนิ่น ๆ และต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์(Becker, 1974) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker) องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมที่จะปฏิบัติ (readiness to undertake) โดยเฉพาะการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยร่วม (modifying factors) และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรม (likelihood of action) โดยอธิบายว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำหน้าที่ควบคู่กับปัจจัยร่วมในการกระตุ้นให้บุคคลกระตือรือร้นในการปรับเปลี่ยนหรือปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีองค์ประกอบย่อย 5 ประการคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและแรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) คือการที่บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการยอมรับในการวินิจฉัยโรค โอกาสในการกลับเป็นโรคซ้ำและโอกาสเสี่ยงในการที่จะเป็นโรคโดยทั่วไป

สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสร้อยต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ก็จะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เช่น การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง พักผ่อนอย่างเพียงพอและไม่ทำงานหนักเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะคลอดก่อนกำหนด

2. การรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดโรค (perceived severity) เป็นความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษา รวมถึงความรุนแรงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมาจากการได้รับยาและผลกระทบต่องานที่อาจเกิดขึ้นรวมถึง โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับการความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ก็จะทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะพยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีและมาพบแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทันตที่มีควมผิดปกติเกิดขึ้น

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เป็นประโยชน์เพื่อลดการเกิดภาวะคุกคามของโรค สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะมีการดูแลตนเองถูกต้องและมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barriers) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งสิ่งที่ขัดขวางการมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความไม่สะดวกในเรื่องต่าง ๆ เช่น การไม่มีเวลา ปัญหาด้านการเงิน

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) เป็นการรับรู้ด้านอารมณ์และเป็นตัวกระตุ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะนำบุคคลไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ตั้งแต่เนิ่น ๆ และมาตามนัดทุกครั้ง

การรับรู้ภาวะสุขภาพดังกล่าวทำให้บุคคลพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและผลที่คาดว่าจะได้รับว่ามีมากน้อยเพียงใด มีการเปรียบเทียบประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและในขณะที่เดียวกันแรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นตัวกระตุ้นในการแสวงหาความรู้ คำแนะนำและวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเหมาะสม (Becker & Maiman, 1974: 21-25) ซึ่งหากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีย่อมทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยการมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอตามไปด้วย

นอกจากการรับรู้ภาวะสุขภาพแล้ว เบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้กล่าวว่าปัจจัยร่วมก็มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมและกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยปัจจัยร่วมมีอิทธิพลต่อความเชื่อและการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น รายได้ครอบครัว แบบแผนการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ ปัจจัยด้านทัศนคติ เช่น ความพึงพอใจในการมาโรงพยาบาล

เจตคติหรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุน เกี่ยวข้องกับ ประสบการณ์การรักษา แหล่งข้อมูลข่าวสาร ความเป็นกันเองและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ใน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาเลือกปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่น ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์

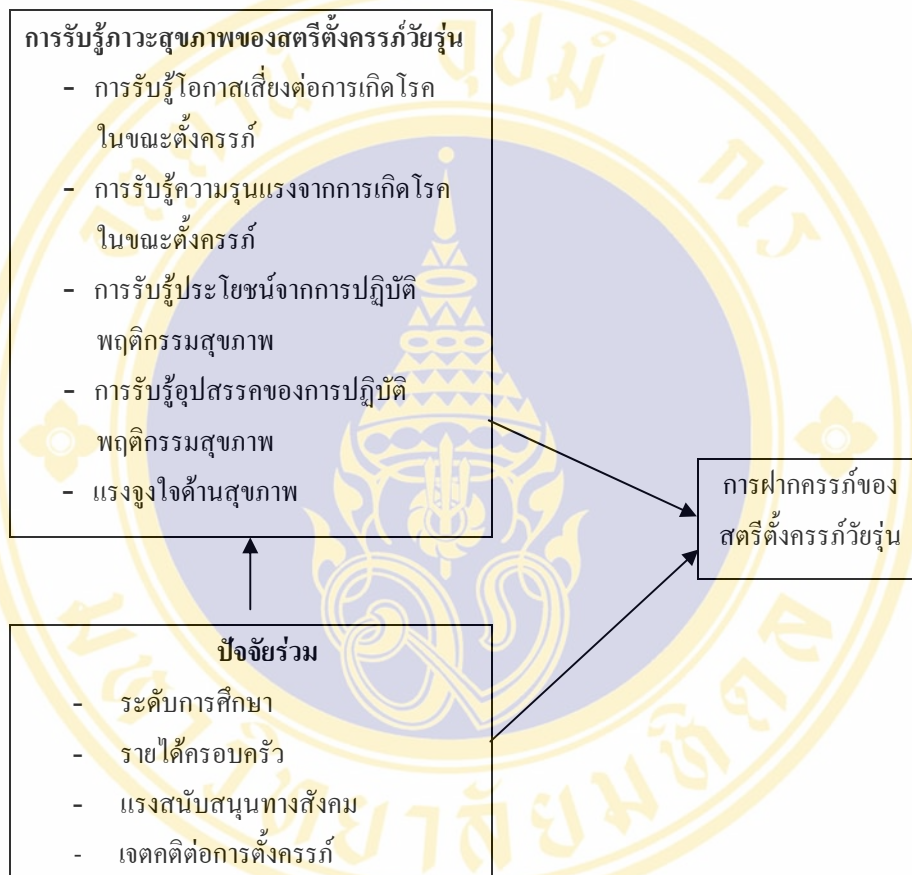
ระดับการศึกษา เป็นพื้นฐานของการรู้คิด การตัดสินใจ ทำให้บุคคลสามารถเข้าใจในสิ่ง ต่าง ๆ ดีขึ้น บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการเรียนรู้ รวมทั้งสามารถใช้แหล่ง ประโยชน์และแสวงหาข้อมูลได้ดีกว่าคนที่มีความรู้ระดับการศึกษาต่ำ (Orem, 1985: 175) หากสตรี ตั้งครรภ์วัยรุ่นมีระดับการศึกษาในระดับค่อนข้างสูงก็จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเห็น ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองในขณะที่ตั้งครรภ์และการมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ การศึกษาของอังคณา นวลง (2535: 98) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

รายได้ครอบครัว เป็นพื้นฐานของระบบการดูแลสุขภาพของบุคคล เป็นแหล่งสนับสนุน ใ้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความจำเป็นพื้นฐาน หากครอบครัวของสตรี ตั้งครรภ์วัยรุ่นมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ก็จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแล ตนเองและเื้ออ้านวยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไปฝากครรภ์ จากการศึกษาของสุภาวดี วายุเหือด (2536: 83) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดีในการตั้งครรภ์ ช่วยลดภาวะ เครียดและเป็นตัวกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติตัวที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของ ตนเองและทารกในครรภ์ (นิภาวรรณ รัตนานนท์, 2532: 3) การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มากมายและต้องปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกท้อแท้ อ่อนแอ และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งได้แก่ สามี มารดา เพื่อนและบุคลากรด้าน สุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนในเรื่องต่างๆ จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิด ความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมทำให้เกิดการยอมรับการ ตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นและนำไปสู่การฝากครรภ์

เจตคติต่อการตั้งครรภ์ก็มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยเช่นกัน เนื่องจากเจตคติเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการ ปฏิบัติ (Triandis, 1971: 2) หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ก็จะแสวงหาความรู้ ในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์รวมทั้งไปฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ

ปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นจึงมีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุนมีความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์และนำไปสู่การฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะ เป็นผลดีต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ จากความสำคัญและความเป็นมาดังกล่าว สามารถสรุปความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุน
3. เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุนที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นอย่างไร
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวและการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กันหรือไม่/ อย่างไร
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีความแตกต่างจากกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์หรือไม่/ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวและการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กัน
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีความแตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลรามารับดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถีระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง นำไปสู่การเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง
2. ด้านบริหารการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการพยาบาลได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความเข้าใจในการช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องและเข้าใจในความแตกต่างของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละรายเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม

3. ด้านการวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับศึกษาค้นคว้าในเรื่องที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์รายรุ่นต่อไป

นิยามตัวแปร

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้และความเข้าใจของสตรีตั้งครรภ์รายรุ่นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองในขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและแรงจูงใจด้านสุขภาพ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพสตรีตั้งครรภ์รายรุ่นของฤดี ปุงบางกะดี (2540) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1974) คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์รายรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่สตรีตั้งครรภ์รายรุ่นเริ่มเข้ารับการศึกษิตตามเกณฑ์จนกระทั่งจบการศึกษาระดับสูงสุดของบุคคลนั้น ๆ

รายได้ครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์รายรุ่น

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างของสตรีตั้งครรภ์รายรุ่น ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรและด้านการประเมินคุณค่า (House, 1981) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมของบราวน์ (Brown, 1986) แปลเป็นภาษาไทยโดยกาญจนา บุญทับ (2534) และโสภิต สุวรรณเวลา (2537) ได้นำมาดัดแปลงเพื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์รายรุ่น คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์รายรุ่นได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

เจตคติต่อการตั้งครรภ์ หมายถึง ความคิดและความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์รายรุ่นที่มีต่อการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกต่อการทารกในครรภ์และความรู้สึกต่อการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ซึ่งสร้างขึ้นโดยประภาศรี เกิดเกรียงไกร (2527) และวรางคณา คุ่มสุข (Kumsuk, 2002) นำมาดัดแปลงเพื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์รายรุ่น คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์รายรุ่นมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์

การฝากครรภ์ หมายถึง การมารับบริการดูแลสุขภาพที่แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษิต ซึ่งสตรีตั้งครรภ์รายรุ่นจะได้รับการตรวจสุขภาพ การประเมินทารกในครรภ์และได้รับ

คำแนะนำเกี่ยวกับในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้จำแนกการฝากครรภ์ออกเป็นฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ หมายถึง การที่สตรีตั้งครรภ์มาตรวจครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 24 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์และมาตรวจครรภ์ในช่วง 25-28 สัปดาห์ 29-32 สัปดาห์ และ 33-36 สัปดาห์ อย่างน้อยช่วงละ 1 ครั้ง ซึ่งหากไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ถือว่าเป็นการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้วิจัยได้นำเสนอวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

- ระดับการศึกษา
- รายได้ครอบครัว
- แรงสนับสนุนทางสังคม
- เจตคติต่อการตั้งครรภ์

การฝากครรภ์

วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญาอย่างรวดเร็วเป็นช่วงที่ต้องผ่านกระบวนการต่าง ๆ จากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ โดยถือเอาเกณฑ์ความพร้อมของวุฒิภาวะทางเพศเป็นจุดเริ่มต้นและความพร้อมทางด้านสังคมเป็นจุดสิ้นสุด พัฒนาการของวัยรุ่นสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่วัยรุ่นตอนต้นอายุ 12-14 ปี วัยรุ่นตอนกลางอายุ 15-16 ปี และวัยรุ่นตอนปลายอายุ 17-20 ปี (May, K.A. & Mahlmeister, L.R., 1994: 198) สำหรับในประเทศไทยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) ได้แบ่งช่วงอายุในวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) อายุระหว่าง 10-13 ปี วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) มีอายุระหว่าง 14-16 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) มีอายุระหว่าง 17-19 ปี เมื่อวัยรุ่นมีพัฒนาการทางด้านร่างกายสมบูรณ์เต็มที่จึงมีโอกาที่จะตั้งครรภ์ได้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ และจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในยุคปัจจุบันส่งผลให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจเป็นผลจากปัจจัยสำคัญหลายประการ ได้แก่ การเข้าสู่วุฒิภาวะทางด้านร่างกาย

เร็วขึ้น อิทธิพลจากสื่อ จากเพื่อน ขาดการอบรมดูแลที่เหมาะสมจากผู้ใหญ่ ขาดความรู้ในเรื่องเพศศึกษาและพัฒนาการทางเพศของวัยรุ่น (อาภรณ์ ภูพิทยากร, 2538: 15-17) ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวล้วนมีอิทธิพลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของวัยรุ่นทั้งสิ้น ประกอบกับสภาพสังคมที่เอื้ออำนวยต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างอิสระมากขึ้น ทำให้ปัจจุบันวัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย จากรายงานพบว่าร้อยละ 62 ในวัยรุ่นชายและร้อยละ 56 ในวัยรุ่นหญิงมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 16 ปีหรือน้อยกว่า (Family Planning Association of Hong Kong, 2000) แสดงให้เห็นว่าช่วงอายุของการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเร็วขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพตามมาและเนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็น อยากรทดลอง ขาดการยับยั้งชั่งใจ ไม่ตระหนักถึงผลที่ตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควร ขาดความรู้ในเรื่องวิธีการคุมกำเนิด ส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโอกาสในการตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุยังน้อยเพิ่มมากขึ้น (Johnson, 1995: 725-727) เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นในวัยรุ่นไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ที่ปรารถนาหรือไม่ก็ตาม นับเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งเนื่องจากการก้าวข้ามขั้นพัฒนาการตามปกติของชีวิต ทำให้พัฒนาการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องหยุดชะงักไป จนอาจเกิดความล้มเหลวในการก้าวไปสู่ภาวะความเป็นผู้ใหญ่ (Pillitteri, 1992: 432) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งมารดาและทารกในครรภ์ที่สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี (McLay, 1985 อ้างในสุวชัย อินทรประเสริฐและสุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, 2539: 177) และยิ่งถ้าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างในขณะที่ตั้งครรภ์ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและไม่เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ด้วยแล้ว ก็จะทำให้อันตรายและภาวะเสี่ยงต่าง ๆ เพิ่มสูงขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมามากมายทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทารกในครรภ์ ครอบครัว และสังคม

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลให้การเจริญเติบโตของร่างกายต้องลดลงหรือหยุดชะงักไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสูง พบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ในระยะ 5 ปีแรก หลังจากการมีประจำเดือน ความสูงของร่างกายจะลดลง เนื่องจากการตั้งครรภ์มีการหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนมากขึ้น ทำให้กระดูกปิดเร็วขึ้น (Lowe, C.U., 1977 อ้างในสุวชัย อินทรประเสริฐและสุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, 2539: 177) และเนื่องจากสภาพร่างกายที่ยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าวัยผู้ใหญ่ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี มีฐานะยากจน ไม่ได้ฝากครรภ์และมีภาวะ

ทพโภชนาการ เป็นต้น (สุวชัย อินทรประเสริฐและสุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, 2539: 177) ภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง (anemia) เกิดจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือมีการทำลายของเม็ดเลือดแดงที่มากกว่าปกติ ภาวะความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ (pregnancy induced hypertension) มักพบร่วมกับโปรตีนในปัสสาวะ หรืออาการบวมหรือร่วมกันทั้งสองอย่าง ซึ่งอาการและความรุนแรงของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมากกว่ามารดาที่อายุมากกว่า 20 ปีประมาณ 3.5 เท่า (McLay, 1985 อ้างในสุวชัย อินทรประเสริฐและสุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, 2539: 177) สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา ลือทวีสวัสดิ์ (2532: 118-119) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและผลการคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่น อายุ 13-19 ปี จำนวน 775 ราย เปรียบเทียบกับมารดาอายุ 20-30 ปี จำนวน 1,550 ราย ผลการศึกษาพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงในมารดาวัยรุ่นมีร้อยละ 11.3 ในขณะที่มารดาอายุ 20-30 ปี พบเพียงร้อยละ 5 และพบว่ากลุ่มของมารดาวัยรุ่นมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 18.3) สูงกว่ามารดาอายุ 20-30 ปี (ร้อยละ 7.8) นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดนาน (prolonged labour) และศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน (cephalopelvic disproportion) ทั้งนี้เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการเจริญเติบโตของกระดูกเชิงกรานยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลถึงการเจ็บครรภ์คลอดที่ยาวนานกว่า 24 ชั่วโมง หากไม่ได้รับการแก้ไขหรือทิ้งไว้นานจะเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสดังกล่าวต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีการฉีกขาดของช่องทางคลอดได้เพิ่มขึ้น (Pilliteri, 1995: 448)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากความไม่ตั้งใจ ขาดความพร้อมและไม่ได้อ่านแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้า ประกอบกับบุคลิกภาพที่ยังไม่สมบูรณ์เพียงพอ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นจึงไม่สามารถแก้ปัญหาได้ดีเท่ากับวัยผู้ใหญ่ (May, K.A. & Mahlmeister, L.R., 1994: 202) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล และรู้สึกสับสนกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น บางครั้งอาจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสมเพราะความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นมักมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งจะทำให้อารมณ์แปรปรวนง่าย นอกจากนี้ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปสามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ได้เช่นเดียวกัน เนื่องจากเมื่อรูปร่างเปลี่ยนแปลงไปสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะรู้สึกอายและวิตกกังวล (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2537: 76-77) จึงมักพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพยายามอดอาหารและควบคุมการรับประทานอาหารในระหว่างตั้งครรภ์เพื่อรักษารูปร่างของตนเองไว้ให้คงเดิม ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (รพีพร ประกอบทรัพย์, 2541: 14) สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับว่า

เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นซ้อนทับกับการพัฒนาตามวัยของวัยรุ่น ซึ่งจะมีผลต่อการปรับตัวและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นอย่างมาก (ประไพ สุขสมบูรณ์และคณะ, 2538 : 22)

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ก็มีข้อจำกัดทางการศึกษา ไม่มีโอกาสกลับไปศึกษาต่อ ต้องออกจากโรงเรียน ทำให้ด้อยโอกาสในการเลือกประกอบอาชีพ กลายเป็นอุปสรรคในการหารายได้เข้าครอบครัวหรือต้องทำงานอาชีพที่มีรายได้ต่ำ จึงส่งผลถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักถูกทอดทิ้งจากครอบครัว สามี สังคมหรือกลุ่มเพื่อน ทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกท้อแท้ วิตกกังวลและไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมรอบข้าง จากการศึกษาของสุธิดา ฉายาลักษณ์ (2531) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุและปัญหาของการเป็นมารดาวัยรุ่น ในแผนกสูติกรรมของโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักประสบปัญหาการไม่ยอมรับในเรื่องการตั้งครรภ์จากบิดามารดาของตนเอง และบิดามารดาจากฝ่ายสามี สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบิดามารดาจากฝ่ายตนเองและฝ่ายของสามี จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและมีหนี้สิน เนื่องจากการมีรายได้น้อยลง 38.97 ไม่มีอาชีพจึงไม่มีรายได้ และร้อยละ 61.03 ประกอบอาชีพรับจ้างที่มีรายได้ต่ำและมีรายได้ไม่แน่นอน ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่มั่นคงในเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว

4. ผลกระทบต่อทารกในครรภ์

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นอกจากจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกด้วยเช่นกัน เนื่องจากทารกที่คลอดจากมารดาอายุน้อยจะมีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย คลอดก่อนกำหนด เจ็บป่วยบ่อยและเสียชีวิตได้ง่าย (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2537: 80) จากการศึกษาของเวสเซลและคณะ (Wessel et al., 1996) ที่ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของสตรีตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย โดยสุ่มสอบถามสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ จำนวน 353 ราย พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12 และคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยร้อยละ 8 ซึ่งการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปถึง 3.7 เท่า

จะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างมาก ส่งผลให้เกิดความยุ่งยากในกระบวนการปรับบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งหากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับความช่วยเหลือ ตลอดจนได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องในขณะที่ตั้งครรภ์จะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตระหนักและเห็นความสำคัญเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง และช่วยผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งการรับรู้ภาวะ

สุขภาพนั้นถือเป็นปัจจัยสำคัญในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพ

เคิร์ต เลวิน (Kert Lewin) ได้กล่าวถึงความเชื่อด้านสุขภาพในเชิงจิตสังคมวิทยาว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะมีการปฏิบัติตนที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความเชื่อเดิม ค่านิยม ความรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรค ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาที่จะได้รับ ต่อมาโรเซนสต็อก (Rosenstock) และเบคเกอร์ (Becker) ได้สร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) โดยเน้นการรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่จะทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และนำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและคาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ในระยะแรกนั้นมุ่งเน้นการอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดยมีสมมติฐานว่าบุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะแรก ถ้าไม่มีแรงกระตุ้นและไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ (Rosenstock cited in Becker, 1974: 2-3)

ต่อมาเบคเกอร์ (Becker, 1974) เห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ จึงปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่ออธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรม (compliant behavior) โดยกล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยร่วมต่าง ๆ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ส่วนปัจจัยร่วม เช่น อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งเสริมในการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวสามารถใช้ในการอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองในบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ได้ ดังเช่นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กล่าวคือหากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องก็จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ จากการศึกษาของ ชวนพิศ มีสวัสดิ์ (2539) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวลักษณ์ ความวิตกกังวลกับการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่ตั้งครรภ์ปกติ อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไปมารับบริการฝาก

ครรภ์ที่โรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 250 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barrier) และแรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย (Becker, 1974: 83) กล่าวคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลว่าตนเองมีโอกาสที่จะเกิดโรคนั้น ๆ ได้ และพยายามปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกันการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค สามารถวัดระดับของการรับรู้ได้จากความเชื่อในการวินิจฉัยโรค โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำและความรู้สึกรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะเสี่ยงอื่น ๆ หรือการเจ็บป่วยทั่วไป

การที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในขณะตั้งครรภ์ จะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพยายามปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนนั้นอย่างเหมาะสม เช่น ถ้าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเชื่อว่าการมีฟันผุในขณะตั้งครรภ์จะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นก็จะไปอุดฟันหรือรักษาฟัน หรือหากเห็นว่าการมาฝากครรภ์มีผลดีต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ก็จะส่งผลให้มาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จากการศึกษาของ ภาวิณี โภคสินจำรูญ (2538: 73-74) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลนราธิวาสและโรงพยาบาลสตูล จำนวน 93 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ ($r = .60, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสำคัญต่อการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้น

2. การรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดโรค (perceived severity) แม้ว่าบุคคลจะมีการรับรู้ ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่จะยังไม่มี การปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ เพื่อป้องกันโรค จนกว่าจะมีความเชื่อและมีการรับรู้ ว่าโรคที่เกิดขึ้นจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น พิจารณ์ เสียชีวิต รวมถึงมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคม (Becker, 1974: 84-85) ดังนั้นการที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น รับรู้เกี่ยวกับอันตรายและความรุนแรงเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นและรับรู้ ว่าความรุนแรงของโรค ที่เกิดขึ้นสามารถนำไปสู่ความรุนแรงต่อร่างกายหรือผลกระทบต่อจิตใจ และส่งผลกระทบต่อภาวะ สุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ เช่น อาจก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ทำให้สตรี ตั้งครรภ์วัยรุ่นหันมาดูแลเอาใจใส่กับภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น เช่น ถ้าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น รับรู้ว่าการเกิดความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์จะมีผลทำให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกพิการ หรือตนเองอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตก็จะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นหันมารับประทาน อาหารที่เป็นประโยชน์ พักผ่อนอย่างเพียงพอ รวมถึงการไปฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้อง กับการศึกษาของปลื้มจิต โชติยะ (2544: 54) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียที่ฝาก ครรภ์ที่โรงพยาบาลลำปางและโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่าสตรี ตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี และค่อนข้างดี ทำให้มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดอันตรายของการเป็นพาหะของโรคหรือ เป็นโรคธาลัสซีเมียอยู่ในระดับค่อนข้างดี และการศึกษาของฤดี ปุณงบางกะดี (2540: 82) ที่ ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราช วิดีและโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 250 ราย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของ การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.4) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านนี้ ถูกต้องในระดับปานกลาง ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองดี เนื่องจากเชื่อ ว่าการดูแลตนเองดีในขณะตั้งครรภ์จะทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างต่ำและ อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะไม่รุนแรง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits) เป็นการ รับรู้ของบุคคลที่มีต่อแผนการรักษาว่าสามารถป้องกันและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและจะ ได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสมและถูกต้อง ในขณะตั้งครรภ์ และจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเห็นความสำคัญของการมาฝากครรภ์อย่าง ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวิทย์ หล่มโตประเสริฐ (2534: 111) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์กับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 355 ราย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, p < .001$) และการศึกษาของอรุณี พึ่งแพง (2544: 116) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด จำนวน 460 ราย ผลการศึกษาพบว่าการมีความรู้ ความเข้าใจและเห็นถึงประโยชน์ของการมาฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในระหว่างตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของมยุรี นิรัทธราคร (2539: 91) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุระหว่าง 13-19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 240 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอเป็นประโยชน์ เนื่องจากแพทย์และพยาบาลจะดูแลตนเองและทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barrier) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามาขัดขวางและลดประสิทธิภาพของการป้องกันภาวะคุกคามของโรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ความสะดวกในการมารับบริการ ความพึงพอใจในบริการระยะทาง การไม่มีเวลา ความพร้อมของสถานบริการ ซึ่งอุปสรรคเหล่านี้มักจะทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งและนำไปสู่การหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (Becker & Maiman, 1975: 16) อย่างไรก็ตามหากบุคคลเชื่อว่าประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีมากกว่าอุปสรรค บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะมีอุปสรรคก็ตาม สำหรับในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นนั้นอาจมีสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาในการมาฝากครรภ์แต่ละครั้ง แต่ถ้าสตรีตั้งครรภ์เห็นว่าการฝากครรภ์เป็นสิ่งจำเป็นและเป็นประโยชน์ ตลอดจนถึงที่จะได้รับเมื่อมาฝากครรภ์นั้นคุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายและเวลาที่ต้องเสียไปก็จะมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาของดาริณี สุวภาพ (2542: 126-127) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ อายุ 15-41 ปี จำนวน 400 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำแต่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จึงทำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบกับการรับรู้ว่าสภาพการทำงานและสิ่งแวดล้อมในที่

ทำงานมีความเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมภาวะสุขภาพในระดับต่ำ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) เป็นการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ว่าเกี่ยวกับสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้ตนมีการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ดีเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (Becker & Maiman, 1975: 17-18) หากสตรีตั้งครรภ์มีแรงจูงใจด้านสุขภาพที่ดี เมื่อได้รับแรงกระตุ้นก็จะยิ่งปฏิบัติตามคำแนะนำและเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น เช่น ถ้าสตรีตั้งครรภ์ต้องการให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรง ก็จะพยายามรับประทานอาหารที่ดี พักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่ทำงานหนัก เนื่องจากกลัวว่าทารกในครรภ์จะเป็นอันตราย นอกจากนี้หากสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลเอาใจใส่ ก็จะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีกำลังใจในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของภาวินี โภคสิน จารุญ (2538: 73) ที่พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ($r = .60, p < .001$) ซึ่งการมีแรงจูงใจที่ดีจะช่วยกำหนดการรับรู้ของบุคคลและแสดงถึงความต้องการที่จะได้มาซึ่งเป้าหมายทางสุขภาพ จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของอุมมารณ์ น้อยศิริและคณะ (2544: 34) ที่ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแม่และเด็กขอนแก่น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์และโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 200 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจด้านสุขภาพในระดับสูงส่งผลให้เกิดแรงกระตุ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีในระหว่างตั้งครรภ์เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพอนามัยที่ดี

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพในขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งหากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีย่อมนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในขณะตั้งครรภ์และเห็นความสำคัญของการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

ปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

นอกจากการรับรู้ภาวะสุขภาพจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแล้ว เบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้กล่าวถึงปัจจัยร่วม (modifying factors) ที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีอยู่หลายปัจจัย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบปัจจัยร่วมที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านการศึกษา รายได้ครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์

ระดับการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้มนุษย์มีความเจริญทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุผล ช่วยให้มีโอกาสในการแสวงหาความรู้และข่าวสารมากขึ้นและช่วยทำให้บุคคลมีพัฒนาการทางสติปัญญา (Winokur et al., 1973: 29 อ้างในวันดี ไชยทรัพย์, 2540: 72) บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาได้ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Orem, 1985: 75-76) จากการศึกษาของจารุวรรณ รวีไพบูลย์ (2532: 54) ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด จำนวน 609 ราย ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ ($r = .2125, p < .05$) โดยมารดาที่มีการศึกษาสูงจะมีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์สูงตามไปด้วย ซึ่งตรงกันข้ามกับการศึกษาของสุพิศ สุวรรณประทีป (2535: 104) ทำการศึกษาเรื่องลักษณะการรับบริการฝากครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสตรีที่คลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีหลังคลอด จำนวน 398 ราย ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ รายได้ครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากรายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานของระบบสุขภาพของบุคคล โดยเป็นแหล่งสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความต้องการของมนุษย์ (Edeleman & Mandle, 1990:18) ในครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสในการแสวงหาความรู้ ข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของสุพรรณิษฐ์ จันทิพัทธ์ (2534: 55) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการฝากครรภ์ของสตรีในชนบทไทย พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวสูงจะมีการฝากครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปมากกว่าผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536: 84) ที่ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการฝากครรภ์กับสุขภาพมารดาและสุขภาพทารก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 500 ราย ผลการศึกษาพบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.651, p < .05$) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของสุพิศ สุวรรณประทีป (2535: 105) กลับพบว่ารายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์

แม้การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัวจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ คำแนะนำ และความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างเพื่อเป็นแรงจูงใจให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและต่อเนื่องซึ่งรวมถึงการฝากครรภ์ด้วย

แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งมีส่วนช่วยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้เมื่อบุคคลมีภาวะเครียดและมีปัญหาเกิดขึ้น บุคคลจะจัดการกับเหตุการณ์เหล่านั้นได้มากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายในสังคม (Pender, 2006: 238) ในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมในมุมมองที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันไป ดังนี้

แคปแลนและคณะ (Kaplan et al., 1977: 50-51) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความพึงพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม โดยได้รับการยอมรับ นับถือ การเห็นอกเห็นใจซึ่งได้รับจากการติดต่อสัมพันธ์กับคนในสังคมและเป็นการสัมพันธ์ที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคมที่ให้การสนับสนุน

เฮาส์ (House, 1981 cited in Tilden, 1985: 201) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นเรื่องเกี่ยวกับการให้สิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือให้ความช่วยเหลือกับผู้อื่นที่กำลังประสบปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ การสนับสนุนที่ได้รับจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึก การได้รับความรัก ได้รับคำแนะนำด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินคุณค่าของตนเอง

ทอยส์ (Thoits, 1982: 148) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายในด้านสังคม อารมณ์ ความรู้สึก และด้านวัสดุอุปกรณ์หรืออาจได้รับพร้อมกันทั้งสองด้าน

เพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2002: 239, Pender et al., 2006: 226) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เครือข่ายของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ผู้ช่วยเหลือและการดูแลด้านอารมณ์ความรู้สึก ตลอดจนการได้รับการยอมรับนับถือ

รทีพร ประกอบทรัพย์ (2541: 31) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมถึงความช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงานจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในสังคมของตน ทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการติดต่อสัมพันธ์กันคนในสังคมหรือจากบุคคลใกล้ชิด การสนับสนุนช่วยเหลือที่ได้รับอาจเป็นด้านอารมณ์ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร การเงิน ตลอดจนได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม

นักวิชาการได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

เฮาส์ (House, 1981 cited in Tilden, 1985: 201) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก (emotional support) คือการได้รับการยอมรับ ความห่วงใย การได้รับความรัก ความไว้วางใจและความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (appraisal support) คือการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินตนเอง ข้อมูลป้อนกลับและการเปรียบเทียบกับสังคม
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) คือการได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญได้
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) คือการได้รับความช่วยเหลือแบบต่าง ๆ เช่น ด้านการเงิน แรงงาน เวลาและการช่วยจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

เพนเดอร์และคณะ (Pender et al, 2002: 239, Pender et al, 2006: 226) กล่าวถึงองค์ประกอบเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมไว้สอดคล้องกับแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการช่วยเหลือและมีส่วนร่วมด้านอารมณ์ความรู้สึกเพื่อเป็นการช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตนเอง
3. การสนับสนุนช่วยเหลือด้านทรัพยากร (instrumental or tangible aid) การให้ความช่วยเหลือจากผู้ปฏิบัติด้านนั้น ๆ โดยเฉพาะ เช่น เรื่องการเตรียมอาหาร การช่วยดูแลบุตรเพื่อให้มารดาได้มีเวลาในการพักผ่อนมากขึ้น
4. การยอมรับ (affirmation support) การช่วยเหลือส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งและเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง

ทอยส์ (Thoits, 1982: 147) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 2 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม (socioemotional aid) เป็นการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความเข้าใจ การยอมรับและการเห็นคุณค่าจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตนเอง
2. การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental aid) การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ การเงิน สิ่งของจากสมาชิกในครอบครัว

คานห์ (Khan, 1979: 85) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ด้าน คือ

1. ความผูกพันทางอารมณ์ความรู้สึก (affection) การแสดงออกด้านความรู้สึกในทางบวกของบุคคลหนึ่งสู่อีกบุคคลหนึ่งทำให้รู้สึกผูกพัน เกิดการยอมรับ การเคารพด้วยความรัก

2. การยอมรับและรับรอง (affirmation) การเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความรู้สึก

3. การให้ความช่วยเหลือ (aid) การติดต่อกับบุคคลอื่นโดยการให้สิ่งของหรือความช่วยเหลือโดยตรง ซึ่งการช่วยเหลือนั้นอาจเป็นข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

มีการกล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างหลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดของนักวิชาการแต่ละคนดังนี้

เฮาส์ (House, 1981; cited in Tilden, 1985: 201) แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แหล่งได้แก่

1. แรงสนับสนุนทางสังคมแบบไม่เป็นทางการ (informal) คือ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน ได้แก่ สามีน้องหรือเพื่อน

2. แรงสนับสนุนทางสังคมแบบเป็นทางการ (formal) เป็นการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลภายในกลุ่ม (self-help group) และการได้รับการช่วยเหลือทางวิชาชีพ ประกอบด้วยการได้รับความช่วยเหลือแบบทั่วไปและเน้นการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา

เพนเดอร์ (Pender, 2002: 240-241) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 5 แหล่งได้แก่

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ (natural support systems) เป็นการช่วยเหลือกันของบุคคลภายในครอบครัว ซึ่งจัดเป็นระบบสนับสนุนแรก ครอบครัวจะให้การสนับสนุนกันอย่างเหมาะสมตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัว และมีความคาดหวังสูงสุดร่วมกันในการให้การช่วยเหลือ

2. กลุ่มเพื่อน (peer support systems) เป็นกลุ่มบุคคลที่มาพบกันแบบไม่เป็นทางการ แต่จะคอยช่วยเหลือและสนับสนุน เนื่องจากคนกลุ่มนี้จะมีประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตและสามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ทำให้สามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาที่คล้ายคลึงกันได้

3. องค์การทางศาสนา (organized religious support systems) เป็นการมาพบปะกันในสถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา และสามารถช่วยให้บุคคลแบ่งปันความรู้สึกมีคุณค่า ความเชื่อสูงสุดในชีวิต แนวทางการดำเนินชีวิต รวมทั้งการเรียนรู้ประสบการณ์ความรัก ความสนุกสนาน สันติภาพและการทำให้บุคคลสามารถแสดงศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่

4. องค์การที่ให้การช่วยเหลือดูแลทางวิชาชีพ (organized support systems of care giving or helping professionals) เป็นกลุ่มผู้ดูแลด้านสุขภาพ ช่วยเหลืออย่างมีทักษะและให้บริการอย่างเฉพาะเจาะจง บุคคลจะแสวงหาและได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อได้รับการดูแลจากกลุ่มครอบครัวและกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอหรือไม่ได้ผล

5. องค์การที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (organized support systems not directed by health professionals) ประกอบด้วย อาสาสมัคร และผู้ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะไม่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ แต่ผู้ให้สนับสนุนของกลุ่มมาจากการอบรม มีเป้าหมายร่วมกันในการช่วยเหลือ ซึ่งจะเป็นการพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกหรือส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

แม้ว่าจะมีการให้ความหมายและชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกันไป แต่โดยรวมแล้ว แรงสนับสนุนทางสังคมจะเน้นให้การช่วยเหลือบุคคลในด้านต่าง ๆ ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ซึ่งการสนับสนุนช่วยเหลือมักขึ้นอยู่กับแรงจูงใจและความคาดหวังของทั้งผู้ให้การช่วยเหลือและผู้รับการช่วยเหลือ (Sleutel, 2003: 80) ส่งผลให้ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีและมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงต้องการการสนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ การประเมินคุณค่า ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้และทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ได้เป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก (emotional support) เป็นการสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแล การให้ความรัก การเอาใจใส่และการให้ความเชื่อมั่น ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุด การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการรวมเอาสิ่งต่าง ๆ จากหนึ่งสิ่งและหลาย ๆ สิ่งเข้าด้วยกันและเป็นสิ่งที่มีผลต่อความเครียดและภาวะสุขภาพที่ชัดเจน (House, 1981: 24) สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องการการดูแลเอาใจใส่ ความรัก และการเห็นคุณค่า โดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตนเอง ได้แก่ สามี มารดา สมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพและบุคคลรอบข้าง ซึ่งจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความรู้สึกอบอุ่น มั่นคงทางจิตใจและสามารถปรับตัวตอบสนองบทบาทการเป็นมารดาได้ดี (ดิษยา กมลสุนทร, 2536: 79) นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดีทั้งกับมารดาและทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังช่วยสื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ทราบว่า

บุคคลรอบข้างให้ความสนใจเกี่ยวกับทุกข์สุขและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองที่ดีและนำไปสู่การฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของมาลัย ตำราญจิตต์ (2540: 81) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด 4-8 สัปดาห์ จำนวน 180 ราย ที่มารับบริการตรวจหลังคลอดและพานบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึกเป็นการสนับสนุนที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับมากที่สุด เมื่อมารดาวัยรุ่นเกิดความมั่นใจในตนเอง ความกังวลเรื่องต่าง ๆ ลดลง มีกำลังใจและพร้อมจะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (appraisal support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในแง่ของพฤติกรรม ความคิด หรือความรู้สึกเพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทราบว่าตนเองได้รับการยอมรับในพฤติกรรมที่ตนกำลังปฏิบัติ มีการประเมินหรือให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยเปรียบเทียบกับพฤติกรรมของคนอื่นในสังคม (House, 1981: 25-26) การได้รับแรงสนับสนุนด้านนี้จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเกิดความรู้สึกเชื่อมั่น ส่งผลให้สามารถเผชิญกับภาวะเครียดและภาวะวิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ จากการศึกษาของพรพรรณ จงปราณี (2540: 53-54) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรร แรงสนับสนุนทางสังคมกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับการสนับสนุนที่ดีจากสามีและมารดา ส่งผลให้ความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร มณีแสง (2538: 70) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 ราย ผลจากการศึกษาพบว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้การปรับตัวในการเป็นมารดาดีตามไปด้วย

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือจากคำแนะนำ คำชี้แจง และข้อมูลต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นทางเลือกในการนำไปสู่การแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ (House, 1981: 25) การได้รับข้อมูลที่เป็นจริง คำชี้แนะหรือข่าวสารที่จำเป็น จะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกว่าตนมีความสำคัญและมีคุณค่า จากการศึกษาของกาญจน์ สิทธิโสภณ และคณะ (2533) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับภูมิหลังและทัศนคติของมารดาวัยรุ่น การดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุตรแรกเกิด พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดจากมารดาของตนเองมากที่สุด และ

สามารถนำสิ่งที่ได้รับมาใช้ในการปฏิบัติตนด้านต่าง ๆ เมื่อเกิดปัญหาระหว่างการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับศึกษาของศุภาวดี วายุเหือด (2536: 78) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอัมโนไทด์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองและทารกในครรภ์ดีขึ้นไปด้วย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้มีชีวิตและสุขภาพที่ดี

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของ การเงิน แรงงาน หรือในสิ่งที่บุคคลนั้นต้องการ ส่งผลต่อความรู้สึกด้านจิตใจ (House, 1981 :25) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความต้องการความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งถึงระยะหลังคลอด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ การช่วยเหลือด้านนี้เป็นการช่วยเหลือโดยตรงตามความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และจากการศึกษาของสิรินาถ ศรีอำพร (Sriumporn, 2000: 69) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรรบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาและความตั้งใจในการมีบุตรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยอยู่ภายใต้อำนาจการทำนายร้อยละ 26.1 แสดงให้เห็นว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ระดับการศึกษาสูง และมีความตั้งใจในการมีบุตรจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีระหว่างตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของรพีพร ประกอบทรัพย์ (2541: 75) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากมารดาและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 220 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับคือด้านทรัพยากรและสิ่งของอยู่ในระดับค่อนข้างดี และสามารถขอความช่วยเหลือด้านการเงินจากมารดาได้มากที่สุด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและสามีมีรายได้ต่ำ จึงมักเกิดปัญหาด้านการเงินและจะมีมารดาคอยช่วยเหลือเสมอ

นันทา กาเลียง (2540) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งที่แตกต่างกันของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกจำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับมาจากสามี ครอบครัวตนเองและครอบครัวสามี (ร้อยละ 67 , 53 และ 44 ตามลำดับ) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 6 แหล่ง คือสามี ครอบครัวตนเอง ครอบครัวสามี เพื่อน

เพื่อนร่วมงานและพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน (ยกเว้นด้านข้อมูลข่าวสาร) จากสามีและจากครอบครัวตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งจะเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสตรีตั้งครรภ์และความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากบุคคลที่ต่างกันย่อมแตกต่างกันไปด้วย

อรุณี พึ่งแพง (2544: 90) ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่คลอดบุตรจำนวน 460 ราย ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญ ($\chi^2 = 17.6, p < .001$)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นอย่างมาก เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ไปจนกระทั่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแรงสนับสนุนที่ดีและมากพอก็จะส่งผลดีต่อการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

เจตคติต่อการตั้งครรภ์

เจตคติต่อการตั้งครรภ์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อการตั้งครรภ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ การยอมรับบทบาทมารดา การปรับตัว การปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์รวมถึงความรู้สึกต่อทารกในครรภ์ (กรรณิการ์ กันชะรักษา, 2531: 23)

เจตคติ หมายถึง การผสมผสานหรือจัดระเบียบความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลที่จะมีการปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมตอบสนองในทางบวกและทางลบ (Rokeach, 1977: 112)

สรุปได้ว่า เจตคติต่อการตั้งครรภ์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและการปฏิบัติพฤติกรรมบางอย่างของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกต่อทารกในครรภ์และการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งสิ่งที่แสดงออกมานั้นจะเป็นตัวกำหนดความพร้อมที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นผลดีหรือไม่ดีก็ได้ ขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจและความคิดพื้นฐานที่มีในตัวบุคคล

เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย บางครั้งอาจรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ยากต่อการปรับตัว สาเหตุส่วนใหญ่เกิดขึ้นเนื่องจากความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ประกอบกับการไม่ได้เตรียมความพร้อมต่อการตั้งครรภ์ สิ่งเหล่านี้จึงอาจส่งผลต่อเจตคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ได้ (นิภาวรรณ รัตนานนท์, 2532: 18-19) เจตคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้หากได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มมากขึ้น การให้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ แก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรวมทั้งการดูแลเอาใจใส่จากกลุ่มสังคมภายนอก จะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับแบบอย่างที่ดีจากสังคม หากสังคมนั้นมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ก็จะช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติได้ และเมื่อเจตคติมีการเปลี่ยนแปลงก็จะทำให้พฤติกรรมการปฏิบัติเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย (Zimbardo, Ebbesen & Maslash, 1977: 49-53 อ้างในนิภาวรรณ รัตนานนท์, 2532: 19) ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทำใจยอมรับการตั้งครรภ์และมีการเตรียมตัวรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ย่อมส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทนต่อเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและส่งผลให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ แต่ในทางตรงกันข้ามหากขาดการยอมรับการตั้งครรภ์และเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ย่อมส่งผลให้เกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ขึ้นได้ (นิภาวรรณ รัตนานนท์, 2532: 19)

เจตคติเป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทำให้เกิดความโน้มเอียงในการปฏิบัติต่อสิ่งต่าง ๆ (อาภรณ์ ภูพิทยากร, 2538: 30) เมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ในทางบวกหรือทางที่ดี ย่อมส่งผลให้เกิดการยอมรับการตั้งครรภ์ ยอมรับทารกในครรภ์ ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและจะแสดงออกโดยการแสดงความรักต่อทารกในครรภ์ โดยการแสดงพฤติกรรมที่จะทำให้ตนบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือการทำให้ตนเองและทารกในครรภ์มีสุขภาพดี เลือกรับปฏิบัติแต่สิ่งที่เหมาะสมในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ในทางตรงกันข้ามหากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเจตคติทางลบต่อการตั้งครรภ์ จะทำให้ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ รู้สึกว่าการตั้งครรภ์ทำให้ตนสูญเสียสุขภาพ เกิดความลำบาก ภาวลักษณะเปลี่ยนแปลง ก็จะทำให้ไม่เห็นคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระหว่างตั้งครรภ์ซึ่งอาจแสดงออกโดยการรับประทานอาหารลดลงเพื่อรักษารูปร่าง (Becker & Maiman, 1974: 21-22) และการสวมเสื้อผ้าที่คับอึดอัดและไม่มาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า เจตคติต่อการตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญทางด้านจิตใจซึ่งจะมีผลต่อการกระทำที่จะเกิดขึ้นทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งหากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ ย่อมปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและยอมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น รวมถึงการดูแลตนเองที่ดี

ในขณะตั้งครรภ์ด้วย จากการศึกษาของนิภาวรรณ รัตนานนท์ (2532: 76-77) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าเจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39, p < .001$) ซึ่งเจตคติต่อการตั้งครรภ์มีผลต่อการปฏิบัติแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกและจะแสดงพฤติกรรมต่อเรื่องนั้น ๆ ในทางที่ดีและปฏิบัติตามคำแนะนำ รวมทั้งหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์

อรุณี พึ่งแพง (2544: 85, 88) ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญ ($\chi^2 = 21.5, p < .001$)

เกษณี โคกตาทอง (Koktatong, 2002: 92) ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์และภาวะสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิด: กรณีศึกษาโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี ในแผนกหลังคลอด จำนวน 350 ราย พบว่าเจตคติต่อการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับเจตคติต่อการตั้งครรภ์ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับต่ำไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่าเจตคติต่อการตั้งครรภ์มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในระหว่างตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นซึ่งจะนำไปสู่การเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ด้วยวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป รวมทั้งการมาฝากครรภ์ด้วย

การฝากครรภ์

การตั้งครรภ์แม้ว่าจะไม่ใช่ภาวะเจ็บป่วยแต่ก็สามารถส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพได้เช่นกัน เนื่องจากระหว่างตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ (สุคนธ์ ไช้แก้ว, 2547: 17) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นซึ่งนับว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในช่วงที่ร่างกายและจิตใจยังไม่พร้อมเต็มที่ ย่อมทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความยากลำบากในการปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ (Diclemente, 1996: 313) ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกมาในขณะที่

ตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงอาจแตกต่างกัน ซึ่งอาจเนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามามีผลต่อการปรับตัว เช่น การวางแผนการตั้งครรภ์ รายได้ของครอบครัว การได้รับความรักความอบอุ่นจากบุคคลรอบข้างเหล่านี้เป็นต้น หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองมีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ก็จะปรับตัวและดูแลตนเองและทารกในครรภ์ให้ปลอดภัยได้ แต่หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวได้ในขณะตั้งครรภ์ นั้นหมายถึงการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ย่อมไม่ดีตามไปด้วย ซึ่งอาจมีผลต่อการไม่เห็นความสำคัญของการมาฝากครรภ์ทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับการดูแลและรับคำแนะนำที่เหมาะสมจากบุคลากรทีมสุขภาพ (Lewallen, 2004 : 201)

การฝากครรภ์เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแล ป้องกัน และรักษาสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด การฝากครรภ์จะมีประสิทธิภาพและส่งผลดีก็ต่อเมื่อสตรีตั้งครรภ์ต้องมาฝากครรภ์แต่เนิ่น ๆ เมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ ซึ่งไม่ควรช้ากว่า 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ และควรมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอตามวันนัดที่กำหนด โดยปกติการนัดสตรีตั้งครรภ์เพื่อมาตรวจครรภ์ในครั้งต่อไปกำหนดให้นัดทุก 4 สัปดาห์จนกระทั่งอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ นัดทุก 2-3 สัปดาห์จนกระทั่งอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ และหลังจากนั้นนัดทุกสัปดาห์ไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึงกำหนดคลอด อย่างไรก็ตามการนัดตรวจครรภ์สามารถปรับได้ตามความเหมาะสมหากตรวจพบมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์การนัดจะถี่ขึ้นกว่าเดิมได้

สำหรับในประเทศไทย รัฐบาลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์จึงกำหนดแผนงานอนามัยแม่และเด็กไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 1 เป็นต้นมา โดยได้กำหนดไว้ชัดเจนมากขึ้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535-2539) ซึ่งเร่งพัฒนาคุณภาพของการบริการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกให้ได้มาตรฐานมากขึ้น โดยเน้นการบริการก่อนคลอดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผดุงครรภ์โบราณที่ได้รับการอบรมแล้ว กระตุ้นให้มีการฝากครรภ์ในระยะแรกของการตั้งครรภ์และส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้งตามเกณฑ์คือในช่วง 6 เดือน (24 สัปดาห์) แรกของการตั้งครรภ์ ควรมาตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยเน้นการมาตรวจครั้งแรกไม่ควรให้อายุครรภ์เกิน 3 เดือนและในช่วง 6-7 เดือน (25-28 สัปดาห์) ช่วง 7-8 เดือน (29-32 สัปดาห์) และในช่วง 8-9 เดือน (33-36 สัปดาห์) ควรได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อยช่วงละ 1 ครั้ง ซึ่งหากไม่มาตรวจครรภ์ตามที่กำหนดไว้ถือว่าการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546) และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) กำหนดให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง ร้อยละ 75

และกำหนดให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่ควรเกินร้อยละ 7 และยังเน้นการดูแลสุขภาพของกลุ่มสมรสก่อนแต่งงาน ก่อนมีบุตรและสตรีในระหว่างตั้งครรภ์เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของสุขภาพทารกตั้งแต่ออยู่ในครรภ์มารดา (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2539: 3-10) และจากการกำหนดยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2549 ได้กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพไว้ 8 ตัวชี้วัดและที่สำคัญได้ระบุให้สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์ ร้อยละ 90 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

สิ่งที่สตรีตั้งครรภ์จะได้รับเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่าง ๆ โรคทางพันธุกรรม และปัจจัยเสริมด้านจิตสังคม การประเมินอายุครรภ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งได้แก่การตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด หมู่เลือด การตรวจปัสสาวะ การตรวจโรคติดต่อทางกระแสเลือดและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องในระหว่างตั้งครรภ์ (Cunningham et al., 1997: 228) เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งต่อไปสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์จะได้รับเป็นการดูแลเพื่อติดตามพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ติดตามประเมินความผิดปกติ ตรวจวินิจฉัยการทำงานของทารกในครรภ์เพื่อวางแผนการคลอด กิจกรรมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งหลัง ได้แก่ การประเมินความสูงของยอดมดลูก การเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่าง ๆ การตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำ และการให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามอายุครรภ์ (พวงน้อย สาครรัตนกุลและจันทิมา ขนบดี, 2547: 59) หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้การป้องกันและดูแลการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ แต่หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นของการมาฝากครรภ์ ก็อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้

จากการศึกษาของสุมิตตา สว่างทุกข์ (2539: 69) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลวชิรพยาบาลและโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อย และเพิ่มอัตราการตายของทารกปริกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี พึ่งแพง (2544: 5) ที่พบว่าในปี พ.ศ. 2540 มีจำนวนผู้มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลศิริราชทั้งสิ้น 15,462 รายในจำนวนนี้มีสตรีที่ไม่มาฝากครรภ์ร้อยละ 27.4 ส่งผลให้กำเนิดทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมถึงร้อยละ 9.64 โดยอัตราดังกล่าวเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2530 ซึ่งมีมารดาหลังคลอดบุตรโดยไม่ฝากครรภ์ร้อยละ 16.4 และคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 8.87

ฐิริยา เพ็ญสุวรรณ (2540) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาที่มาฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลสงขลาและโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ กลุ่มละ 100 ราย ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องมากกว่ามารดาในกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .001$) และพบว่ามารดาที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับถูกต้องมากและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ในขณะที่มารดาในกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับถูกต้องค่อนข้างมากและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ลักขณา อมรประกาศ (Amornprakas, 2005: 54) ทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ระหว่างมารดาในกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบและกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลตากสิน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 140 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มมารดาที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม และทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มมารดาที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการฝากครรภ์มีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นซึ่งมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของลักขณา อมรประกาศ (Amornprakas, 2005: 42) พบว่าอัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ซึ่งยังต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าจะต้องมีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ร้อยละ 90 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ให้ครบตามเกณฑ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลให้บุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลผดุงครรภ์ นำมาใช้วางแผนการพยาบาลและหาวิธีการกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และส่งผลให้การตั้งครรภ์นั้นดำเนินต่อไปอย่างมีคุณภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถี

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีอายุต่ำกว่า 20 ปี
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์
3. มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

คำนวณขนาดและกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทอร์นไคค์ (Thorndike, 1978: 184) ซึ่งมีสูตร ดังนี้

$$n = 10 (k) + 50$$

n คือขนาดตัวอย่าง

k คือจำนวนตัวแปร

การวิจัยครั้งนี้จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวและการฝากครรภ์ เนื่องจากการฝากครรภ์เป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นมาตรานามบัญญัติ ดังนั้นจึงนำมาปรับเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) โดยแทนค่าเป็น

0 = ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 1 = ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

เพราะฉะนั้นจึงคิดจำนวนตัวแปรเพิ่มขึ้นอีก 2 ตัว

การแทนค่าในสูตร จะได้กลุ่มตัวอย่าง

$$n = 10(7) + 50 = 120 \text{ ราย}$$

สถานที่ศึกษา

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลรามาศิริ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี โดยเปิดให้บริการฝากครรภ์เวลา 08.00 - 12.00 น. ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ สำหรับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจะให้บริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันพฤหัสบดี) ในการมาฝากครรภ์สตรีตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากบุคลากรทีมสุขภาพ เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกสตรีตั้งครรภ์จะต้องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ชักประวัติ ทั้งประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจร่างกายและสุขภาพทารกในครรภ์อย่างละเอียด ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ และเมื่อมาตรวจครรภ์ครั้งต่อไปจะได้รับการประเมินน้ำหนัก ความดันโลหิต ตรวจปัสสาวะ ประเมินความก้าวหน้าของการตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ในระหว่างตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำด้วยเนื้อหาที่คล้ายคลึงกัน เกี่ยวกับเรื่องของการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติในระหว่างตั้งครรภ์ การเตรียมความพร้อมในการคลอด การเตรียมของใช้ทารก การวางแผนครอบครัว ตลอดจนได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิธีการให้ความรู้ใช้การอธิบายเป็นกลุ่ม ให้ชมวีดีโอ แผ่นภาพและให้ออกสารกลับไปศึกษาต่อที่บ้าน โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งนี้มีการดูแลสตรีตั้งครรภ์ทุกรายโดยใช้มาตรฐานการดูแลที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกทั้ง 3 โรงพยาบาลเป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างไม่เกิดความแตกต่างในการได้รับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์สนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอายุของสตรีตั้งครรภ์ อายุของสามี ระดับการศึกษา อาชีพของสตรีตั้งครรภ์ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรมีชีวิต อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ ครั้งแรกและจำนวนครั้งของการฝากครรภ์

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นของฤดี ปุ่งบางกะดี (2540) ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1974) มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีจำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	ข้อ	1-7
การรับรู้ความรุนแรงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน	ข้อ	8-14
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองและการฝากครรภ์	ข้อ	15-23
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองและการฝากครรภ์	ข้อ	24-31
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	ข้อ	32-36

คำถามที่มีความหมายทางด้านบวก ประกอบด้วย ข้อ 1-7, 8-14, 15-23, 24, 25, 32-36

คำถามที่มีความหมายทางด้านลบ ประกอบด้วย ข้อ 26 - 31

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นค่าลิเกิต (Likert scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านทั้งหมด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากกว่าครึ่ง
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านน้อยกว่าครึ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความด้านบวก			ข้อความด้านลบ		
เห็นด้วยมากที่สุด	5	คะแนน	เห็นด้วยมากที่สุด	1	คะแนน
เห็นด้วยมาก	4	คะแนน	เห็นด้วยมาก	2	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3	คะแนน	เห็นด้วยปานกลาง	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2	คะแนน	เห็นด้วยน้อย	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1	คะแนน	ไม่เห็นด้วย	5	คะแนน

คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 36 – 180 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี และคะแนนรวมต่ำ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี เกณฑ์ระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ฤดี ปุณบางกะดี, 2540)

การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับดี	คะแนน	141 - 180
การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง	คะแนน	73 - 140
การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับต่ำ	คะแนน	36 - 72

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ฤดี ปุณบางกะดี (2540) สร้างแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1974) และนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .70

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของฤดี ปุณบางกะดี (2540) มาดัดแปลงใช้เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด จำนวน 3 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญการปฏิบัติด้านมารดาและทารกจำนวน 2 ท่าน เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .77 เมื่อนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .90

แบบสอบถามพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมฉบับภาษาไทยของโสภิต สุวรรณเวลา (2537) ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดยบราวน์ (Brown, 1986) โดยใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) แปลเป็นภาษาไทยโดยกาญจนา บุญทับ (2534) มีข้อความจำนวน 11 ข้อ โดยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ ลักษณะคำตอบเป็นค่าลิเกิร์ต (Likert scale) 6 ระดับ ได้แก่

รู้สึกไม่พึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกไม่พึงพอใจมากที่สุด
รู้สึกไม่พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกไม่พึงพอใจปานกลาง
รู้สึกไม่พึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกไม่พึงพอใจน้อยที่สุด
รู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด
รู้สึกพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกพึงพอใจปานกลาง
รู้สึกพึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นแล้วรู้สึกพึงพอใจมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

รู้สึกไม่พึงพอใจมากที่สุด	ให้	1	คะแนน
รู้สึกไม่พึงพอใจปานกลาง	ให้	2	คะแนน
รู้สึกไม่พึงพอใจน้อยที่สุด	ให้	3	คะแนน
รู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด	ให้	4	คะแนน
รู้สึกพึงพอใจปานกลาง	ให้	5	คะแนน
รู้สึกพึงพอใจมากที่สุด	ให้	6	คะแนน

คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 11-66 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก และคะแนนรวมต่ำ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

เกณฑ์ระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมระดับดี	คะแนน	49 - 66
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	คะแนน	30 - 48
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	คะแนน	11 - 29

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

บราวน์ (Brown, 1986) สร้างแบบสอบถามชุดนี้ขึ้นโดยในช่วงแรกข้อคำถามมีจำนวน 45 ข้อ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 313 คน แบ่งข้อย่อยตามชนิดของการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้าน ได้ค่าความสัมพันธ์ตั้งแต่ .89 -.92 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ .97 หลังจากนั้นนำข้อคำถามมาวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่าข้อคำถามใน 45 ข้อนั้นมีความคล้ายคลึงกัน จึงลดจำนวนข้อคำถามลงเหลือ 11 ข้อ แล้วนำไปทดสอบความตรงภายในได้ค่าเท่ากับ .89

กาญจนา บุญทับ (2534) นำเครื่องมือของบราวน์ (Brown, 1986) มาแปลเป็นภาษาไทย และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .89 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 150 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .91

โสภิต สุวรรณเวลา (2537) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของกาญจนา บุญทับ (2534) มาดัดแปลง โดยเพิ่มคำถามเกี่ยวกับบุคคลที่ให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนสตรียะหว่างตั้งครรภ์มากที่สุด เช่น สามี มารดา บิดา บิดาสามี มารดาสามี ญาติพี่น้อง เพื่อน แพทย์ และพยาบาลเป็นส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความพึงพอใจในพฤติกรรมของผู้ให้การสนับสนุน หลังจากนั้นนำเครื่องมือนี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านภาษาและเนื้อหา และนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้เท่ากับ .89 และเมื่อนำไปใช้จริงกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .82

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของโสภิต สุวรรณเวลา (2537) มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบอกถึงบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดในขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งให้ประเมินความพึงพอใจของผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากผ่านการพิจารณา

จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำมาแก้ไขให้มีความเหมาะสมด้านภาษาและเนื้อหา นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .98 เมื่อนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .97

แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของวรางคณา กุ่มสุข (Kumsuk, 2002) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของวันเพ็ญ กุลนริศ (2530) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามมีจำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ข้อ 1-7

ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อทารกในครรภ์ ข้อ 8-15

ด้านความรู้สึกรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติขณะตั้งครรภ์ ข้อ 16-22

คำถามที่มีความหมายทางด้านบวก ประกอบด้วย ข้อ 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

คำถามที่มีความหมายทางด้านลบ ประกอบด้วย ข้อ 1, 3, 5, 7, 12

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นค่าลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านทั้งหมด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากกว่าครึ่ง

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านน้อยกว่าครึ่ง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความด้านบวก			ข้อความด้านลบ		
เห็นด้วยมากที่สุด	5	คะแนน	เห็นด้วยมากที่สุด	1	คะแนน
เห็นด้วยมาก	4	คะแนน	เห็นด้วยมาก	2	คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง	3	คะแนน	เห็นด้วยปานกลาง	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2	คะแนน	เห็นด้วยน้อย	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1	คะแนน	ไม่เห็นด้วย	5	คะแนน

คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 22 - 110 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ดี คะแนนรวมต่ำ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ไม่ดี การแบ่งระดับคะแนนเจตคติต่อการตั้งครรภ์เป็น 3 ระดับ โดยคำนวณจากสูตรของเดเนียล (Daniel, 1995: 18-19) คือ พิสัยของช่วงคะแนน = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)หารด้วยจำนวนระดับ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนได้ดังนี้

เจตคติต่อการตั้งครรภ์ระดับดี	คะแนน	82 - 110
เจตคติต่อการตั้งครรภ์ระดับปานกลาง	คะแนน	52 - 81
เจตคติต่อการตั้งครรภ์ระดับต่ำ	คะแนน	22 - 51

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ประภาศรี เกิดเกรียงไกร (2527) ได้สร้างแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และสรุปว่าแนวคิดของเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้คือ

1. ด้านการรับรู้และความเชื่อของสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจและยอมรับบทบาทการเป็นมารดา

2. ด้านการรับรู้ความรู้สึกต่อทารกในครรภ์

3. ด้านการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์

หลังจากนั้นจึงได้นำแนวคิดจากการสรุป มาสร้างเป็นแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ จำนวน 37 ข้อ แล้วนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วยสูติแพทย์และพยาบาลสูติศาสตร์ จำนวน 10 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำไปทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 10 รายและคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาชได้เท่ากับ .77

ต่อมา วันเพ็ญ กุลนริศ (2530) ได้นำแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของประภาศรี เกิดเกรียงไกร (2527) มาดัดแปลงจาก 37 ข้อ เหลือจำนวนข้อคำถามเพียง 24 ข้อเพื่อให้เหมาะสมงานวิจัยและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 100 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาชได้เท่ากับ .78

วารางคณา คุ่มสุข (Kumsuk, 2002) นำแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของวันเพ็ญกุลนริศ (2530) มาดัดแปลงข้อคำถามจาก 24 ข้อ เหลือเพียง 22 ข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และให้ผู้ทรงวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .84

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของวารางคณา คุ่มสุข (Kumsuk, 2002) ดัดแปลงและปรับภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาและทารก 3 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติด้านมารดาและทารก 2 ท่าน หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสอบถามมาแก้ไขให้มีความเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .77 เมื่อนำมาทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากผ่านการอนุมัติการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล จากนั้นดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล เมื่อผ่านการเห็นชอบจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณะบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยแนะนำตนเองต่อหัวหน้าหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย

3. เก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 3 โรงพยาบาล ตามวัน เวลาที่กำหนด

โรงพยาบาลรามาธิบดี วันจันทร์, วันพุธ, วันศุกร์ เวลา 08.00 - 12.00 น.

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า วันจันทร์ อังคาร พุธและวันศุกร์ เวลา 08.00 - 12.00 น.

โรงพยาบาลราชวิถี วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 - 12.00 น.

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550

4. ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยดูจากรายงานบัตรผู้ป่วยนอก

4.2 ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายจุดประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย

4.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมทำวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า 15 ปี ต้องมีผู้ปกครองเป็นผู้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมทำวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และจัดให้นั่งตอบแบบสอบถามในบริเวณที่จัดเตรียมไว้อย่างเป็นสัดส่วน โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลในแต่ละฉบับ หากพบว่าแบบสอบถามบางส่วนไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้แบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมารวบรวมเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ตรวจสอบโครงสร้างการวิจัยโดยคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านการเห็นชอบจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างและสามารถสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามได้ทันทีหากกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการใด ๆ ทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. นำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลมาแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. นำคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์มาคำนวณหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการฝากครรภ์แจกแจงเป็นค่าร้อยละ
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษาและรายได้รอบครัวกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระหว่างสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์กับกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์โดยใช้สถิติ t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 จำนวน 120 ราย ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การฝากครรภ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษาและรายได้ ครอบครัวกับการฝากครรภ์

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 17-19 ปี (ร้อยละ 77.5) กลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยที่สุดคือ 14 ปี และอายุมากที่สุดคือ 19 ปี สามีของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี (ร้อยละ 63.4) อายุน้อยที่สุดคือ 15 ปีและอายุมากที่สุดคือ 45 ปี ส่วนระดับการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.6) คือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีเพียงร้อยละ 0.8 เท่านั้นที่มีการศึกษาในระดับอนุปริญญา/ปวส. และพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 70.8) มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 67.5) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 8,137.50 บาท/เดือน เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 40) อาศัยอยู่กับบิดามารดาของตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (min – max = 14 – 19 ปี $\bar{x} = 17.59$, SD = 1.38)		
14-16	27	22.5
17-19	93	77.5
อายุของสามี (min – max = 15 – 45 ปี $\bar{x} = 22.20$, SD = 1.38)		
ต่ำกว่า 20 ปี	41	34.2
20-34 ปี	76	63.4
35 ปีขึ้นไป	3	2.4
ระดับการศึกษา (min – max = 6 – 14 ปี $\bar{x} = 9.18$, SD = 1.73)		
ประถมศึกษา	15	12.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	75	62.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	29	24.1
อนุปริญญา/ ปวส.	1	.8
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน	85	70.8
ธุรกิจส่วนตัว	9	7.5
รับจ้าง	23	19.2
เกษตรกรกรรม	3	2.5
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน) (min – max = 1,500 - 30,000, $\bar{x} = 8137.50$, SD = 4221.95)		
น้อยกว่า 10,000	81	67.5
10,000-15,000	34	28.3
มากกว่า 15,000	5	4.2
ลักษณะของครอบครัว		
อาศัยอยู่ตามลำพังสามีภรรยา	28	23.3
อาศัยอยู่กับบิดา/มารดาของตนเอง	48	40.0
อาศัยอยู่กับบิดา/มารดาของสามี	42	35.0
อาศัยอยู่กับเจ้าหน้าที่/ ผู้รับผิดชอบ	2	1.7

การฝากครรภ์

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.4) เริ่มมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์อยู่ในช่วง 13-24 สัปดาห์ โดยอายุครรภ์เฉลี่ยในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกเท่ากับ 21.05 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62.5 มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.3) ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้าและเกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 89.2) เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการฝากครรภ์และการตั้งครรภ์ (n = 120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ($\bar{x}$ = 21.05 สัปดาห์)		
ไม่เกิน 12 สัปดาห์	12	10.4
13-24 สัปดาห์	64	53.4
25-28 สัปดาห์	26	21.3
29-32 สัปดาห์	12	9.9
33-36 สัปดาห์	6	5.0
การฝากครรภ์		
ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์	75	62.5
ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์	45	37.5
การวางแผนการตั้งครรภ์		
ไม่ได้วางแผน	94	78.3
วางแผน	26	21.7
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ครั้งแรก	107	89.2
2-3 ครั้ง	13	10.8

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในช่วง 88-169 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 142.17 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.87 เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะสุขภาพพบ

ด้านพบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ด้านการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรคและแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยมีคะแนนดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพจำแนกโดยรวมและรายด้าน (n = 120)

การรับรู้ ภาวะสุขภาพ	คะแนนที่ เป็นไปได้	คะแนนที่ ได้จริง	$\bar{x}$	S.D
โดยรวม	36-180	88-169	142.17	14.87
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	7-35	11-34	22.88	4.69
ด้านการรับรู้ความรุนแรง	7-35	12-33	23.23	4.79
ด้านการรับรู้ประโยชน์	9-45	29-45	40.46	3.61
ด้านการรับรู้อุปสรรค	8-40	18-40	30.33	4.75
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	5-25	12-25	23.28	2.58

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 90.8) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับดีมากที่สุด และรองลงมาคือแรงจูงใจด้านสุขภาพ (ร้อยละ 90) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพจำแนกโดยรวมและรายด้าน (n = 120)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โดยรวม	72	60.0	48	40.0	0	0
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	14	11.7	98	81.6	8	6.7
ด้านการรับรู้ความรุนแรง	23	19.2	92	76.7	5	4.2
ด้านการรับรู้ประโยชน์	109	90.8	11	9.2	0	0
ด้านการรับรู้อุปสรรค	0	0	26	21.7	94	78.3
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	108	90.0	12	10.0	0	0

แรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วง 14 - 66 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.33 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.58 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75 มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับดีและร้อยละ 20 มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	90	75.0
ระดับปานกลาง	24	20.0
ระดับต่ำ	6	5.0
$\bar{x} = 54.33, SD = 12.58$		

เจตคติต่อการตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเจตคติต่อการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในช่วง 62-108 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 91.96 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.78 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ด้านความรู้สึกกินกิดต่อทารกในครรภ์ และด้านความรู้สึกรต่อการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ โดยมีคะแนนดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเจตคติต่อการตั้งครรภ์จำแนกโดยรวมและรายด้าน (n = 120)

เจตคติต่อการตั้งครรภ์	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	$\bar{x}$	SD
โดยรวม	22-110	62-108	91.96	10.78
ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ	7-35	12-33	24.29	4.59
ด้านความรู้สึกกินกิดต่อทารกในครรภ์	8-40	24-40	35.88	4.03
ด้านความรู้สึกรต่อการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์	7-35	18-35	31.78	4.59

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.7 มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.2 มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความรู้สึกรักนึกคิดถึงทารกในครรภ์และด้านความรู้สึกรักต่อการปฏิบัติตนในขณะที่ตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของระดับเจตคติต่อการตั้งครรภ์จำแนกโดยรวมและรายด้าน (n = 120)

เจตคติต่อการตั้งครรภ์	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โดยรวม	74	61.7	36	30.0	10	8.3
ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ	19	15.8	83	69.2	18	15.0
ด้านความรู้สึกรักนึกคิดถึงทารกในครรภ์	73	60.8	27	22.5	20	16.7
ด้านความรู้สึกรักต่อการปฏิบัติตนในขณะที่ตั้งครรภ์	90	75.0	18	15.0	12	10.0

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (n = 120)

ตัวแปร	สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (r_{pb})
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.266**
แรงสนับสนุนทางสังคม	.303**
เจตคติต่อการตั้งครรภ์	.358**
ระดับการศึกษา	.097 ^{ns}
รายได้ครอบครัว	-.101 ^{ns}

** $p < .01$, $ns = p > .05$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีคะแนนของการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์แตกต่างจากกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ($n = 120$)

ตัวแปร	ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์		ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์		t
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	145.2	10.6	137.1	19.2	-2.99**
แรงสนับสนุนทางสังคม	56.0	11.4	47.5	14.5	-3.57**
เจตคติต่อการตั้งครรภ์	94.9	7.7	87.0	13.1	-.417***

** $p < .01$, *** $p < .001$

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยนำผลการวิจัยมาอภิปรายผลเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสมมติฐานในการวิจัย ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ร้อยละ 77.5 ของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุอยู่ในช่วง 17-19 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนปลาย สอดคล้องกับการศึกษาของมาลัย สำนวนจิตต์ (2540: 74) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด พบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 18-19 ปี ที่เป็นเช่นนี้อาจมีสาเหตุมาจากความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศของวัยรุ่นตอนปลายมักจะเกี่ยวพันกันในลักษณะตามลำพังสองต่อสองมากกว่าจะไปกันเป็นกลุ่ม (ดวงใจ กสานติกุล อ่างใน เกษม ดันดิผลาชีวะ บรรณาธิการ, 2536: 832-833) จึงเปิดโอกาสให้การมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควร ส่วนสามของ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ อยู่ในช่วง 20-34 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 63.4) สอดคล้องกับการศึกษาของรณิพร ประกอบทรัพย์ (2541: 71) ที่พบว่าสามของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีอายุมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและอยู่ในวัยผู้ใหญ่ จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่สามของกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ ทำให้มีวุฒิภาวะทางอารมณ์มากกว่าจึงอาจมีส่วนคอยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์อย่างถูกต้องและคอยดูแลให้กลุ่มตัวอย่างเอาใจใส่ตนเองและทารกในครรภ์ให้ดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 86.7) จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยเท่ากับ 9.18 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษาพื้นฐานภาคบังคับตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติแล้วจัดว่าใกล้เคียงกัน (กำหนดไว้ 9 ปี) (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545) และแม้ว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างจะใกล้เคียงกับเกณฑ์ที่กำหนด ก็นับว่ายังอยู่ในระดับต่ำ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 17-19 ปี ซึ่งถ้าในระดับการศึกษาปกติกลุ่มตัวอย่างควรจะมีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา และเนื่องจากในระบบการศึกษาของประเทศไทย กระทรวงศึกษาธิการไม่อนุญาตให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์เรียนอยู่ในภาคการเรียนปกติ จึงทำให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ต้อง

พักการเรียนหรือต้องลาออกจากโรงเรียน เมื่อต้องหยุดเรียนจึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.8) ทำหน้าที่เป็นแม่บ้านซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฤดี ปุณบางกะดี (2540: 66) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับต่ำ จึงขาดโอกาสในการเลือกงานและการประกอบอาชีพ สำหรับรายได้ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเท่ากับ 8,137.50 บาท/เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของอารักษ์ ภูพิทขยากร (2538: 65) ที่พบว่ารายได้ครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยเฉลี่ยเท่ากับ 8,454.55 บาท/เดือน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน (14,963 บาท/เดือน) ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2547 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในระดับต่ำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) ทั้งนี้การที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ก็ไม่ได้ประกอบอาชีพจึงไม่มีรายได้จุนเจือครอบครัวหรือเป็นค่าใช้จ่ายของตนเอง เมื่อต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินจะต้องอาศัยผู้ปกครองคอยช่วยเหลือตลอดเวลา ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับครอบครัวเดิม ร้อยละ 40 อาศัยอยู่กับบิดามารดาของตนเอง และร้อยละ 35 อาศัยอยู่กับบิดามารดาของสามี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างและสามียังคงต้องพึ่งพาบิดามารดา สอดคล้องกับการศึกษาของวัจมี สุขวนวัฒน์ (2541: 59) ที่พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับครอบครัวเดิม แม้ว่าจะแต่งงานมีครอบครัวไปแล้วก็ตาม

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี (ร้อยละ 60) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 142.17 คะแนน (ตารางที่ 3 และตารางที่ 4) เช่นเดียวกับการศึกษาของฤดี ปุณบางกะดี (2540: 78) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างดี การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากการได้รับการยอมรับและการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดีจากสามีและบุคคลในครอบครัว ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ ยอมรับการตั้งครรภ์จึงต้องการให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพดี ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี และเมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีก็จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยการมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง และผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 62.5) มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ซึ่งถือว่าเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่ว่าบุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพก็ต่อเมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองในระดับที่ดีพอที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคและบุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค และจะได้รับอันตราย

จากการเป็นโรคนั้น รวมทั้งต้องมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมจะเป็นวิธีที่ลดการเกิดโรคและอันตราย ตลอดจนรู้สึกว่าการอุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีเพียงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับซึ่งมีมากกว่า และเมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง ปรากฏผลดังนี้

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.88 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.6 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านนี้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 11.7 อยู่ในระดับดี และร้อยละ 6.7 อยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ถูกต้องเพียงบางส่วน และขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจาง ภาวะคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น (สุวัชัย อินทรประเสริฐและสุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, 2539: 177) ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ไม่ดีเท่าที่ควร กลุ่มตัวอย่างจึงไม่เห็นความสำคัญในการมาฝากครรภ์แต่เนิ่น ๆ จึงทำให้การมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า และนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 78.3 ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้า จึงเกิดความกลัวและสับสนกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และการแก้ไขปัญหาหรือการหาทางออกของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยส่วนใหญ่ยังไม่ดีเท่ากับวัยผู้ใหญ่จึงทำให้การปรับตัวต่อบทบาทใหม่ไม่ดีพอ (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2537: 76) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลโดยตรงต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตัดสินใจในการมาฝากครรภ์แต่เนิ่น ๆ

ด้านการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.23 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76.7 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านนี้ระดับปานกลาง ร้อยละ 19.2 อยู่ในระดับดีและร้อยละ 4.2 อยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4) จึงแสดงให้เห็นว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านนี้บางส่วนยังไม่ถูกต้องเท่าที่ควร ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่มักจะขาดความพร้อมในทุกๆ ด้าน ทำให้ความคิด การคาดการณ์ การรับรู้ในเรื่องต่าง ๆ ยังไม่ดีพอ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษายังเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ จึงมีผลทำให้คะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์อยู่ในระดับที่ไม่สูง และจากแนวคิดของโรเซนสตอค (Rosenstock cited in Becker, 1974) ที่ว่าการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์มีความสำคัญควบคู่ไปกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ โดยการรับรู้ดังกล่าวจะช่วยกระตุ้นและผลักดันให้บุคคลมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และบุคคลจะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคก็ต่อเมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่ามีโรคนั้นมีความรุนแรงและ

กระทบกระเทือนต่อบทบาทหน้าที่ในสังคม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์และการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลให้การมาฝากครรภ์ครั้งแรกค่อนข้างล่าช้าตามไปด้วย

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.46 คะแนน กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 90.8 มีการรับรู้ด้านนี้ในระดับดี และร้อยละ 9.2 อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในระหว่างตั้งครรภ์และมีความเชื่อว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยป้องกันและควบคุมอันตรายของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงให้ความร่วมมือและยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้กำลังมากเกินไป พักผ่อนอย่างเพียงพอ และการมาตรวจครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (พรณี ศิริวรรณภา, 2541: 94-97)

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.33 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 78.3 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านนี้ในระดับต่ำ และร้อยละ 21.7 อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เข้ามาขัดขวางและลดประสิทธิภาพของการป้องกันโรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกในการมารับบริการ ระยะทาง การไม่มีเวลา ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ เป็นต้น ซึ่งอุปสรรคเหล่านี้มักจะทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง (Becker & Maiman, 1975: 16) และในการศึกษาครั้งนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ในระดับดี อีกทั้งได้รับการสนับสนุนในการมาฝากครรภ์เป็นอย่างดีจากครอบครัว แม้ว่าจะมีรายได้ค่อนข้างต่ำ โดยพบว่าการมาฝากครรภ์เกือบทุกครั้งกลุ่มตัวอย่างจะมีสามีหรือมารดาของตนมาด้วย ส่งผลให้มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ และประเมินว่าการฝากครรภ์เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีประโยชน์มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายและการเสียเวลา และยังเห็นว่าการมาฝากครรภ์มิได้บั่นทอนการปฏิบัติกิจวัตรใด ๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของดารณี สุภาพ (2542: 126-127) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำจะก่อให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.28 คะแนน กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 90 มีแรงจูงใจด้านสุขภาพในระดับดี และร้อยละ 10 อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลมีการดูแลตนเองที่

เหมาะสม คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (Becker & Maiman, 1975: 17-18) และในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพที่ดี จึงมีความต้องการให้สุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์แข็งแรง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างพยายามดูแลตนเองอย่างถูกต้องในระหว่างตั้งครรภ์ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนและการป้องกันอุบัติเหตุ สอดคล้องกับการศึกษาของอุมารณ์ น้อยศิริและคณะ (2544: 34) ที่พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพส่งผลให้เกิดแรงกระตุ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์เพื่อทำให้ตนเองมีสุขภาพอนามัยที่ดี

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมและเกือบทุกด้านในระดับดี ยกเว้นคะแนนด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรู้แรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้ทั้ง 2 ด้านดังกล่าวมีความสำคัญต่อสตรีตั้งครรภ์ในการตัดสินใจเริ่มมาฝากครรภ์ เมื่อการรับรู้ทั้ง 2 ด้านนี้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ยังไม่ดีพอ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังไม่ค่อยเห็นความสำคัญของการมาฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์

แรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 54.33 คะแนน (ตารางที่ 5) แรงสนับสนุนและความช่วยเหลือที่ได้รับส่วนใหญ่มาจากมารดา (ร้อยละ 57.5) รองลงมาคือการสนับสนุนที่ได้รับจากสามี (ร้อยละ 31.7) (ภาคผนวก ก) สอดคล้องกับการศึกษาของกริพร ประกอบทรัพย์ (2541: 69) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งการสนับสนุนที่ได้รับส่วนใหญ่จากมารดาของตนเองและสามี อธิบายได้ว่าแม้สังคมไทยส่วนใหญ่มีระบบครอบครัวเป็นระบบเครือญาติ มีสมาชิกหลายคนในครอบครัว แต่มารดาและสามีเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การสนับสนุนและช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นให้ครอบคลุมทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร ด้านอารมณ์และด้านการประเมินคุณค่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ทั้งยังได้รับคำแนะนำและคำปรึกษาที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในระหว่างตั้งครรภ์ และการที่กลุ่มตัวอย่างและสามีส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) อาศัยอยู่กับบิดามารดาของตนเอง และบิดามารดาของสามี ทำให้มีความสนิทสนมใกล้ชิดกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เกิดเป็นความผูกพันที่จะคอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันได้มากขึ้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยวเกิดความมั่นใจในการตั้งครรภ์ ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 62.5) และจากการศึกษาของสุภาวดี วายุเหิอด (2536: 78) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะมีพฤติกรรมดูแล

ตนเองและทารกในครรภ์ที่ดีด้วย

เจตคติต่อการตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.7) มีคะแนนเจตคติต่อการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 91.96 คะแนน เมื่อพิจารณาระดับคะแนนเจตคติต่อการตั้งครรภ์เป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.2) มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.29 คะแนน (ตารางที่ 6 และ ตารางที่ 7) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยอมรับกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในขณะตั้งครรภ์ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้ไม่กล้าที่จะมาฝากครรภ์ตั้งแต่ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (body image) ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้เช่นกัน โดยการมีรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไปจะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกอับอาย และรู้สึกกลัวต่อปฏิกิริยาของบุคคลที่ได้พบ จึงทำให้มีผลต่อเจตคติที่ไม่ดีในด้านการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งหากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ก็จะปรับตัวต่อสถานการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม แต่ในทางตรงกันข้ามหากไม่สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ก็จะมีผลกระทบกับเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นได้ (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2537: 76-77) และในการศึกษาครั้งนี้แม้ว่าจะมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ยังไม่อาจยอมรับกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ แต่เมื่อผ่านกระบวนการของการยอมรับการตั้งครรภ์ไปแล้ว ก็จะเข้าสู่การมีความรับผิดชอบ แสวงหาความปลอดภัยสำหรับตนเองและทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะเริ่มมีความนึกฝันเกี่ยวกับหน้าตา เพศ และรูปร่างของทารก มีการเตรียมบทบาทการเป็นมารดาและมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหาร การทำงาน การพักผ่อนให้เหมาะสมและหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ และเมื่อพิจารณาถึงระดับคะแนนด้านความรู้สึกนึกคิดต่อทารกในครรภ์และด้านความรู้สึกต่อการปฏิบัติในขณะตั้งครรภ์พบว่าอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.88 คะแนนและ 31.78 คะแนน ตามลำดับ (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าหากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเชื่อว่าการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปตามธรรมชาติ และเป็นสิ่งที่แสดงถึงความเป็นเพศหญิงโดยสมบูรณ์ ก็จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดการยอมรับและรู้สึกยินดีในการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น (Sherwen et al., 1991) ในการศึกษาครั้งนี้แม้ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในวัยรุ่น ซึ่งต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ประกอบกับไม่ได้เตรียมความพร้อมในการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้าแต่เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นแล้ว สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังคงได้รับการดูแลที่ดีและได้รับความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัวเช่นเดิม ไม่ได้

ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง โดยการได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องดังกล่าวมีผลต่อการปรับเปลี่ยนเจตคติที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ให้เป็นไปในทิศทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของวรางคณา คุ่มสุข (Kumsuk, 2002: 65) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.5 แต่งงานและอาศัยอยู่กับสามี ทำให้ได้รับการดูแลที่ดีเกิดความรู้สึกรักใคร่ผูกพันกันภายในครอบครัว ทำให้มีความรู้สึกยินดีกับการมีสมาชิกใหม่เกิดขึ้น และทำให้สตรีตั้งครรภ์มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ที่ดีตามไปด้วย และในการศึกษารุ่นนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 78.3 ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้า แต่เมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเจตคติต่อการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับดี จึงส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีและนำมาสู่การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ถึงร้อยละ 62.5

การฝากครรภ์

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.4) เริ่มมาฝากครรภ์ครั้งแรกในช่วงไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เฉลี่ยที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเท่ากับ 21.05 สัปดาห์ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.5 มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ซึ่งอัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์นั้นว่าย่ำต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดการฝากครรภ์ของกระทรวงสาธารณสุข (Key Performance Indicators) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ที่กำหนดไว้ว่าสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปควรได้รับการตรวจก่อนคลอดตามเกณฑ์ร้อยละ 90 และควรมาตรวจครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะขาดความพร้อมทางวุฒิภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ซึ่งแตกต่างจากการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความรู้สึกขัดแย้ง สับสน รู้สึกผิด รู้สึกละอายและกลัวกับการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2537: 76-77) ดังนั้นจึงทำให้เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจมาฝากครรภ์ และในการศึกษารุ่นนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 78.3 ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้า จึงทำให้ความพร้อมในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งแต่ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ลดลงตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของฤดี ปุณบางกะดี (2540: 86) ที่พบว่าการวางแผนการมีบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ($r = .19, p < .01$) และเหตุผลสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้มาฝากครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์ เนื่องจากวัยรุ่นที่จะผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดานั้นจะต้องผ่านพัฒนาภพของการตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ การยอมรับการตั้งครรภ์ การมีความรับผิดชอบแสวงหาความปลอดภัยสำหรับตนเองและทารกในครรภ์ และการยอมรับบทบาทการเป็นมารดา (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2537: 81) เมื่อผ่านขั้นตอนของการยอมรับการตั้งครรภ์แล้วจึงเข้าสู่ขั้นตอนของการมีความรับผิดชอบ แสวงหาความปลอดภัยสำหรับตนเองและทารก โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะสนใจทารก

ในครรภ์มากขึ้น เมื่อทารกในครรภ์เริ่มมีการเคลื่อนไหว ซึ่งนับเป็นประสบการณ์แรกที่ได้รับการกระตุ้นจากทารก โดยปกติสตรีตั้งครรภ์จะรับรู้การเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ได้เมื่อตั้งครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไป (พวงน้อย สาครรัตนกุลและจันทิมา ขนบดี, 2547: 8) ดังนั้นกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะเริ่มสนใจเรียนรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และแสวงหาความปลอดภัยสำหรับตนเอง และทารกในครรภ์ โดยการไปรับบริการดูแลสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ จึงล่าช้าตามไปด้วย

นอกจากนี้พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 10.4 เท่านั้นที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกว่าในขณะตั้งครรภ์ตนเองปกติ ไม่มีภาวะเสี่ยงใด ๆ จึงไม่มีความจำเป็นต้องรีบมาฝากครรภ์หรือมาพบแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกิจ พรหมรับ (2541: 42) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 16.5 รู้สึกสบายดี ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ในขณะตั้งครรภ์ จึงเป็นสาเหตุให้สตรีตั้งครรภ์มีการมาฝากครรภ์ล่าช้า

การทดสอบสมมติฐานข้อ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษาและรายได้ครอบคลุมกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กัน

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับการศึกษาและรายได้ครอบคลุมไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .266, p < .01$) (ตารางที่ 8) ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแม้ว่าจะขาดความพร้อมในการตั้งครรภ์แต่ในขณะตั้งครรภ์ได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากบุคลากรรอบข้าง รวมทั้งได้รับความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากแพทย์และพยาบาลในระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อการรับรู้และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการรับรู้นั้น ซึ่งแสดงออกโดยการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ สอดคล้องกับแนวคิดของเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1975: 21-22) ที่ว่าบุคคลจะกระทำการที่เป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นจะต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพนั้น โดยมีการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวกำหนด ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดโรค หลังจากนั้นบุคคลจะประเมินเกี่ยวกับการกระทำที่จะทำให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยเปรียบเทียบกับอุปสรรคหรือสิ่ง

ขัดขวางต่าง ๆ ในการนำไปสู่การลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค ตลอดจนความรุนแรงต่าง ๆ และที่สำคัญคือการมีตัวกระตุ้นให้เกิดการกระทำซึ่งก็คือแรงจูงใจเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สองคล้อยกับการศึกษาของชนพิศ มีสวัสดิ์ (2539: 118) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

แรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .303, p < .01$) (ตารางที่ 8) ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าในระหว่างตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและสังคมเป็นอย่างมาก การได้รับความช่วยเหลือและได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ดี (House, 1981) โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญส่วนใหญ่มาจากครอบครัว สามี เพื่อนสนิท ผู้ร่วมงานและบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งแต่ละแหล่งจะให้การสนับสนุนในลักษณะที่แตกต่างกันไปตามสถานการณ์ (Stewart, 1989 อ้างถึงในอังคณา นวลง, 2535) จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75 อาศัยอยู่กับบิดามารดาของตนเองและบิดามารดาของสามี ทำให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวเป็นอย่างดีทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและบริการ ตลอดจนด้านการประเมินคุณค่า เมื่อได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างดีระหว่างตั้งครรภ์จึงส่งผลให้มีการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ และในการมาฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีสามีและมารดาติดตามมาคอยดูแลในการมาฝากครรภ์ด้วย ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีกำลังใจที่จะมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง จากแนวคิดของโคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills, 1985: 310) ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งจะแสดงออกโดยการมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี พึ่งแพง (2544: 90) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เจตคติต่อการตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่า เจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .358, p < .01$) (ตารางที่ 8) ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเจตคติมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ สามารถโน้มน้าวให้เกิดการปฏิบัติต่อสิ่งต่าง ๆ ได้ทั้งทางบวกและทางลบ

(อาภรณ์ ภูพิทยากร, 2538: 30) และเจตคติต่อการตั้งครรภ์จะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ การยอมรับบทบาทมารดา การปรับตัว การปฏิบัติในระหว่างตั้งครรภ์ รวมถึงความรู้สึกรู้สึกต่อทารกในครรภ์ (กรณีการ กั้นระกษา, 2531: 23) ซึ่งการที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ซึ่งรวมไปถึงการฝากครรภ์ด้วย และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ในระดับดี ส่งผลให้มีผลดีต่อการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์ด้วยเช่นกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แสดงออกด้วยการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี พึ่งแพง (2544: 85,88) ที่พบว่า เจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบและฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ($p < .001$) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของเกษณี โลกดาทอง (Koktatong, 2002: 92) ที่พบว่าเจตคติต่อการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์

ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ($r_{pb} = .097, p > .05$) (ตารางที่ 8) ผลการศึกษานี้ปฏิเสธสมมติฐานข้อ 1 ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าระดับการศึกษาทำให้นักมีความเจริญทางด้านสติปัญญา มีความรู้ มีเหตุผลและสามารถตัดสินใจในการเลือกที่จะปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Winokur et al., 1973: 29) อังในวันดี ไชยทรัพย์, 2540: 72) สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถเข้าใจภาวะสุขภาพและการรักษาได้เป็นอย่างดี รวมทั้งสามารถหาแหล่งสนับสนุนและข้อมูลที่ต้องการได้ดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำ แต่ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน คือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ทำให้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการหาข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่ต่างกัน จึงส่งผลให้ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของสุพิศ สุวรรณประทีป (2535: 104) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์หรือฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของจากรวรรณ ธีวไพบูลย์ (2532: 54) กลับพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

รายได้ครอบครัว จากการศึกษาพบว่ารายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ($r_{pb} = -.101, p > .05$) (ตารางที่ 8) ผลการศึกษานี้ปฏิเสธสมมติฐานข้อ 1 ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า รายได้ครอบครัวเป็นพื้นฐานของระบบสุขภาพของบุคคล โดยเป็นแหล่งสนับสนุนให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความต้องการของมนุษย์ (Edeleman & Mandle,

1990:18) ในครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอจะมีโอกาสในการแสวงหาความรู้ ข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ในการศึกษารังนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 8,137.50 บาท ซึ่งจัดว่าต่ำกว่าเกณฑ์เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2547 ดังนั้นจึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการมาฝากครรภ์แต่ละครั้ง แต่เนื่องจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือเป็นโรงพยาบาลซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีหรือใช้บัตรประกันสุขภาพ ทำให้ค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระแต่ละครั้งไม่สูงมาก ถึงแม้ว่ามีรายได้ต่ำก็สามารถมารับบริการฝากครรภ์ได้ และเมื่อนำมาแยกพิจารณารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ เท่ากับ 8,342.66 บาท และ 7,573.33 บาท ตามลำดับ (ภาคผนวก จ) ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุพิศ สุวรรณประทีป (2535: 105) พบว่ารายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536: 84) ที่พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ($p < .05$)

การทดสอบสมมติฐานข้อ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีความแตกต่างกัน

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งหมด เนื่องจากพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีความแตกต่างกัน ($t = -2.99, p < .01$; $t = -3.57, p < .01$ และ $t = -4.17, p < .001$) (ตารางที่ 9) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี โดยการฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่ว่าบุคคลจะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำก็ต่อเมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองในระดับที่ดี ดังนั้นเมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีก็จะเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ นอกจากนี้ในการฝากครรภ์แต่ละครั้งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำและวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในขณะตั้งครรภ์ ก่อให้เกิด

ความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพของตนเองในขณะตั้งครรภ์เป็นอย่างดี ในขณะที่กลุ่มฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ฝากครรภ์ไม่ต่อเนื่อง คำแนะนำที่ควรจะได้รับในแต่ละไตรมาสจึงไม่ต่อเนื่องด้วยเช่นกัน ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิริยา เพ็ญสุวรรณ (2540: 61) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์และมีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

แรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ แสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยเฉพาะมารดา ในระดับสูงซึ่งจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม (Becker, 1974) และช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากรดาเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีประสบการณ์การตั้งครรภ์มาก่อนและทราบถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ จึงเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับกลุ่มตัวอย่างในการมาฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของมาลัย สำราญจิตต์ (2540: 80) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดรู้สึกว่าตนเองมีที่พึ่งได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างและเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง การสนับสนุนและความช่วยเหลือต่างๆ ที่ได้รับจึงมีน้อยกว่า มีผลต่อการผลักดันและส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ ทำให้ระดับคะแนนเฉลี่ยของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์แตกต่างกัน

เจตคติต่อการตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อการตั้งครรภ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนของกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์จะมีผลต่อการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ทั้งนี้เนื่องจากเจตคติเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (อาภรณ์ ภูพัทธยากร, 2538: 30) เมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเจตคติ

ทางบวกหรือเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะยอมรับการตั้งครรภ์ ยอมรับทารกในครรภ์ ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามมาและจะแสดงออกโดยการให้ความรักต่อทารกในครรภ์ และแสดงพฤติกรรมที่จะทำให้ตนบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือการทำให้ตนเองและทารกในครรภ์มีสุขภาพดี เลือกปฏิบัติแต่สิ่งที่เหมาะสมในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของวรางคณา คุ่มสุข (Kumsuk, 2002: 77) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเจตคติดีต่อการตั้งครรภ์ จะมีความรู้สึกดีกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจและกับทารก ตลอดจนยอมรับกับวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตลอดระยะเวลาในการตั้งครรภ์

สรุป จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ดีตามไปด้วย และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 จำนวน 120 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุต่ำกว่า 20 ปี
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์
3. มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอายุของสตรีตั้งครรภ์ อายุของสามี ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรมีชีวิต อายุครรภ์ในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกและจำนวนครั้งของการฝากครรภ์

2. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและแรงจูงใจด้านสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของฤติ ปุณบางกะดี (2540) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และ

ไมแมน (Becker & Maiman, 1974) เมื่อนำแบบสอบถามมาใช้จริงกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .90

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์สนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนที่ได้รับในขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า ซึ่งบราวน์ (Brown, 1986) สร้างเครื่องมือชุดขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) แปลเป็นภาษาไทยโดยกาญจนา บุญทับ (2534) และโสภิต สุวรรณเวลา (2537) นำเครื่องมือชุดนี้มาดัดแปลงก่อนนำไปใช้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาใช้จริงกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .97

4. แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดในการตอบสนองต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกต่อทารกในครรภ์และความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของวรางคณา คุ่มสุข (Kumsuk, 2002) ซึ่งประกาศรี เกดเกรียงไกร (2527) สร้างเครื่องมือชุดนี้ขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เมื่อนำแบบสอบถามมาใช้จริงกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .87

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านการตรวจสอบโครงร่างการทำวิจัยโดยคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านความเห็นชอบจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี รวมทั้งได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มเข้าร่วมการวิจัย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 - 12.00 น.

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี
($\bar{x} = 142.17$, $SD = 14.87$)
2. สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับดี
($\bar{x} = 54.33$, $SD = 12.58$)
3. สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.7) มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ในระดับดี
($\bar{x} = 91.96$, $SD = 10.78$)

4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .266$, $p < .01$; $r_{pb} = .303$, $p < .01$ และ $r_{pb} = .358$, $p < .01$)

5. สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการตั้งครรภ์แตกต่างจากกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.99$, $p < .01$; $t = -3.57$, $p < .01$ และ $t = -4.17$, $p < .001$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จึงอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มประชากรที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีคุณสมบัติแตกต่างกันได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผดุงครรภ์ได้เข้าใจปัญหาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ตลอดจนทราบถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการวิจัยนี้จึงเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรเน้นให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการฝากครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์และมาตรวจครรภ์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์
2. พยาบาลควรกระตุ้นให้สามีของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการฝากครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้สามีมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและนำความรู้ที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการให้กำลังใจและส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง
3. พยาบาลควรส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกคนมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์เพื่อนำไปสู่การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีและถูกต้อง โดยในการมาฝากครรภ์แต่ละครั้งพยาบาลควรอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในแต่ละไตรมาสอย่างละเอียด พัฒนาการของทารกในครรภ์ และพยายามส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนให้ความรู้ในการปฏิบัติตนอย่างละเอียดให้ครอบคลุมทุกไตรมาส

4. ควรจัดหน่วยในการดูแลและให้ความรู้โดยตรงเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพื่อให้การดูแล ให้คำปรึกษาที่เฉพาะเจาะจงกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยจัดให้อยู่ในที่ที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อทำหน้าที่ให้ข้อมูลในเรื่องที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสงสัยและตรงตามความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละราย

ด้านการศึกษา

ควรจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาตระหนักถึงแนวทางการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ให้ถูกต้องยิ่งขึ้น ทั้งในด้านความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ ตลอดจนวิธีการขจัดอุปสรรคต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เพื่อให้นักศึกษาสามารถประเมินและให้การพยาบาลแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และเพื่อให้มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องต่อไป

ด้านการวิจัย

1. ในการมาฝากครรภ์แต่ละครั้งสามมีส่วนใหญ่ ยังมีข้อจำกัดในการได้รับโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการได้รับคำแนะนำต่าง ๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้สามมีระดับความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ของภรรยาแตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษารุ่นต่อไปจึงควรมีการประเมินการรับรู้ของสามาร่วมด้วยเพื่อนำไปสู่การพยาบาลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล
2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการวัดระดับของการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งแต่ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ไปจนกระทั่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์เพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพตลอดการตั้งครรภ์ และนำไปสู่การส่งเสริมให้มีการมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง
3. การศึกษารุ่นต่อไปควรศึกษาในรูปแบบของการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาถึงวิธีการหรือรูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง การส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม และเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ ตลอดจนวิธีการที่จะนำไปสู่การฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิชิต 4837054 RAMN/ M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: จรัสศรี ชีระกุลชัย, Ph.D.(Nursing), จันทิมา ขนบดี, D.S.N.
(Maternal and Child Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมทำให้จำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2548 พบอัตราการคลอดบุตรในมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.76 , 14.74 และ 11.4 ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548) สถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นสูงกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) ซึ่งกำหนดให้อัตราการคลอดบุตรในมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจัดเป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Stevens-Simon & McAnarney cited in Diclemente, 1996: 317) ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์และภาวะคลอดก่อนกำหนด จากการที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้าจึงทำให้เกิดภาวะเครียดในระหว่างตั้งครรภ์ได้ (อุณจิตต์ บุญสม, 2540: 25) ประกอบกับการที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องดำรงบทบาทการเป็นมารดาเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากบทบาทของการเป็นภรรยาอยู่แล้วนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการตั้งครรภ์นั้นเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

การตั้งครรภ์วัยรุ่นมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ด้านสุขภาพกายทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในขณะที่ครรภ์เพิ่มสูงขึ้น จากการศึกษาของอรัญญา พวงผกา (2540: 100) พบอัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 2.4 และพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 8.9 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี พบเพียงร้อยละ 1.0 และ 1.5 นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว การตั้งครรภ์วัยรุ่นยังส่งผลกระทบต่อจิตใจด้วยเช่นกัน เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่มักเกิดจากการไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้า จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกผิด เสียใจ รู้สึกไม่มีคุณค่าและแยกตัวเองออกจากสังคม นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบางคนมีความรู้สึกเกร็งเกร็งทาร์กในครรภ์ (Castiglia, 1990 a: 262-264)

ผลจากการขาดความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่อการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่น ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นขาดความรู้ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องในขณะตั้งครรภ์ จึงมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ซึ่งจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น การคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย คะแนนสภาพทารกแรกคลอดต่ำ ทารกพิการแต่กำเนิดและทารกเกิดไ้ชีพ(สุจิตรา ล้อทวีสวัสดิ์, 2532: 109-112 ; อรัญญา พวงผกา, 2540: 117-118) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมในขณะตั้งครรภ์โดยการมาฝากครรภ์ การฝากครรภ์จะช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของลักขณา อมรประกาศ (Amornprakas, 2002: 42) พบว่าอัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ซึ่งปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีผลต่อการตัดสินใจในการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นก็คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภุริยา เพ็ญสุวรรณ, 2540: 54-55)

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสำคัญมากในการช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องในขณะตั้งครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีก็จะมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะได้รับความรู้ที่จำเป็นในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมตลอดการตั้งครรภ์ จากการศึกษาของภุริยา เพ็ญสุวรรณ (2540: 54-55) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ส่วนใหญ่มักมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง

นอกจากการรับรู้ภาวะสุขภาพแล้ว พบว่ายังมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ อีกที่มีความสำคัญต่อการมาฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยเช่นกัน ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์

ระดับการศึกษาจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้และคิดอย่างมีเหตุผล แต่เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องออกจากโรงเรียนหรือพักการเรียน ทำให้ระดับความคิดและสติปัญญาไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ตามมารายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์และมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องลาออกจากโรงเรียนและขาดการสนับสนุนด้านการเงินเมื่อตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพราะการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ รวมทั้งค่าใช้จ่ายและชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับมาจากบิดามารดาเท่านั้น สำหรับเจตคติต่อการตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งเมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการวางแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้าและมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ย่อมนำไปสู่การฝากครรภ์แต่เนิ่น ๆ เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ในทางตรงกันข้ามหากการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นย่อมไม่เห็นความสำคัญในการมาฝากครรภ์

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าการฝากครรภ์มีความสำคัญต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพและการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพและการมาฝากครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 3 มโนทัศน์พื้นฐาน ได้แก่ ความพร้อมในการปฏิบัติ (readiness to undertake) ปัจจัยร่วม (modifying factors) และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรม (likelihood of action)

การรับรู้ของบุคคลเป็นการรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงจากโรค การรับรู้ประโยชน์

ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Becker, 1974: 82-91) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) คือการที่บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการยอมรับในการวินิจฉัยโรค โอกาสในการกลับเป็นโรคซ้ำและโอกาสเสี่ยงในการที่จะเป็นโรคโดยทั่วไป

สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ก็จะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เช่น การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง พักผ่อนอย่างเพียงพอและไม่ทำงานหนัก เป็นต้น

2. การรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดโรค (perceived severity) เป็นความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษา รวมถึงความรุนแรงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมาจากการได้รับยา การรักษาและผลกระทบต่อสังคมที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ว่าคุณเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นก็จะพยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีและมาพบแพทย์หรือพยาบาลทันทีที่มีความผิดปกติเกิดขึ้น

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ อย่างจริงจัง เพื่อลดการเกิดภาวะคุกคามของโรค สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะมีการดูแลตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอและมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barriers) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความไม่สะดวก การไม่มีเวลา ปัญหาด้านการเงิน เป็นต้น

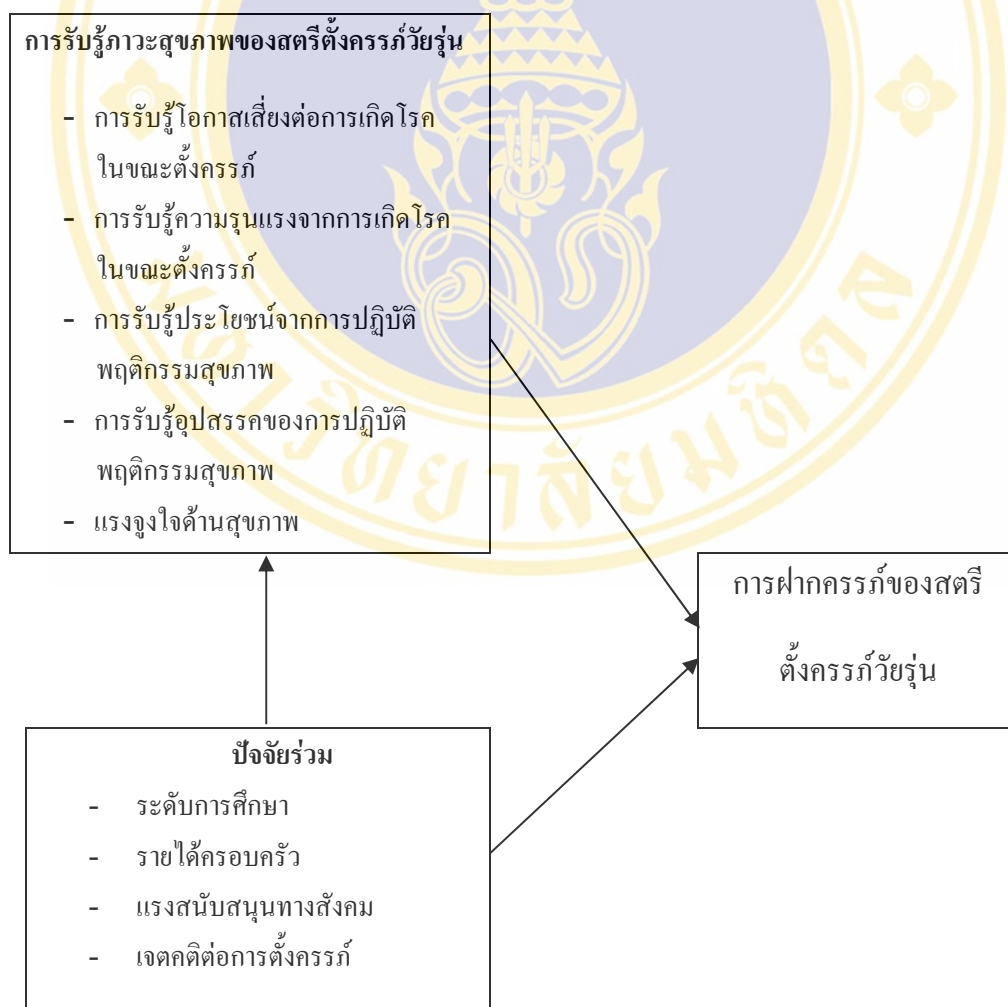
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) เป็นการรับรู้ด้านอารมณ์และความเชื่อในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะนำบุคคลไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ตั้งแต่เนิ่น ๆ และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

นอกจากการรับรู้ภาวะสุขภาพแล้ว ปัจจัยร่วมก็มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่ดี ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ

เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น รายได้ครอบครัว แบบแผนการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ ปัจจัยด้านทัศนคติ เช่น ความพึงพอใจในการมาโรงพยาบาล เจตคติหรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุน เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การรักษา แหล่งข้อมูลข่าวสาร ความเป็นกันเองและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยร่วมบางตัวที่ผู้วิจัยเชื่อว่ามีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและรวมถึงการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วย

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวสรุปเป็นความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาได้ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวและการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
3. เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีความแตกต่างกัน

นิยามตัวแปร

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้และความเข้าใจของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองในขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและแรงจูงใจด้านสุขภาพ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นของฤดี ปุณงบงกะดี (2540) ที่สร้างขึ้นจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1974) คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มเข้ารับการศึกษามาก่อนจนกระทั่งจบการศึกษาระดับสูงสุดของบุคคลนั้น ๆ

รายได้ครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรและด้านการประเมินคุณค่า (House, 1981) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม

สนับสนุนทางสังคมของบราวน์ (Brown, 1986) แปลเป็นภาษาไทยโดยกาญจนา บุญทับ (2534) และโสภิต สุวรรณเวลา (2537) ได้นำมาดัดแปลงเพื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

เจตคติต่อการตั้งครรภ์ หมายถึง ความคิดและความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีต่อการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกต่อการทารกในครรภ์และความรู้สึกต่อการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ซึ่งสร้างขึ้นโดยประภาศรี เกิดเกรียงไกร (2527) และวรางคณา กุ่มสุข (Kumsuk, 2002) นำมาดัดแปลงเพื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์

การฝากครรภ์ หมายถึง การมารับบริการสุขภาพที่แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาศของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะได้รับการตรวจสุขภาพ ประเมินทารกในครรภ์และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้จำแนกการฝากครรภ์ออกเป็นฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ หมายถึง การที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาตรวจครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 24 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์และมาตรวจครรภ์ในช่วง 25-28 สัปดาห์ 29-32 สัปดาห์ และ 33-36 สัปดาห์อย่างน้อยช่วงละ 1 ครั้ง ซึ่งหากไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ถือว่าเป็นการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 120 ราย มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถี ในเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป อ่านและเขียนภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอายุของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุของสามี ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรมีชีวิต อายุครรภ์ในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกและจำนวนครั้งของการฝากครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของฤดี ปุ๋งบางกะดี (2540) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1974) ข้อคำถามมีจำนวน 36 ข้อ เป็นมาตราลิกิต 5 อันดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยมากที่สุดถึงเห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งบราวน์ (Brown, 1986) สร้างขึ้นจากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) แปลเป็นภาษาไทยโดยกาญจนา บุญทับ (2534) และโสภิต สุวรรณเวลา (2537) ได้นำแบบสอบถามมาดัดแปลงบางส่วน และในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาดัดแปลงก่อนนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ เป็นมาตราลิกิต 6 อันดับ ตั้งแต่รู้สึกไม่พึงพอใจมากที่สุดถึงรู้สึกพึงพอใจมากที่สุด คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ สร้างขึ้นโดยประภาศรี เกิดเกรียงไกร (2527) และวรางคณา คุ่มสุข (Kumsuk, 2002) นำแบบสอบถามมาดัดแปลงก่อนนำไปใช้ และในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามชุดนี้มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ เป็นมาตราลิกิต 5 อันดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยมากที่สุดถึงเห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์

แบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และผ่านการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 120 ราย หลังจากนั้นนำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .90, .98 และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการอนุมัติการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จาก 3 โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล เมื่อผ่านการเห็นชอบแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัว จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เมื่อผ่านการอนุมัติแล้วผู้วิจัยแนะนำตนเองต่อหัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม

คุณสมบัติที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลในวันจันทร์ถึงวันศุกร์เวลา 08.00-12.00 น. โดยในระหว่างทำการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการทำวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายในการคำนวณจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ วิเคราะห์โดยการคำนวณค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำนวณค่าร้อยละของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบและฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษาและรายได้ครอบคลุมเกี่ยวกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์กับกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์โดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 120 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 14-19 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.59 ปี (SD = 1.38) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.5 มีอายุอยู่ในช่วง 17-19 ปี สามีของกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 15-45 ปี และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 22.20 ปี (SD = 1.38)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62.6 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีเพียงร้อยละ 0.8 เท่านั้นที่มีการศึกษาในระดับอนุปริญญา/ ปวส. และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบคลุมอยู่ในระดับต่ำ คือน้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบิดา/ มารดาของตนเอง และร้อยละ 78.3 ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 89.2 ตั้งครรภ์ครั้งแรกและร้อยละ 53.4 เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกในช่วงไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์และมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 62.5) มีการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

สำหรับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในช่วง 88-169 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 142.17 คะแนน (SD =14.87) คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วง 14-66 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.33 คะแนน (SD = 12.58) และคะแนนเจตคติต่อการตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 62-108 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 91.96 คะแนน (SD = 10.78) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	$\bar{x}$	SD
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	36-180	88-169	142.17	14.87
แรงสนับสนุนทางสังคม	11-66	14-66	54.33	12.58
เจตคติต่อการตั้งครรภ์	22-110	62-108	91.96	10.78

เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้านพบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ด้านรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรคและแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.88, 23.23, 40.46, 30.33 และ 23.28 คะแนนตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน (n = 120)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	$\bar{x}$	S.D
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	7-35	11-34	22.88	4.69
ด้านการรับรู้ความรุนแรง	7-35	12-33	23.23	4.79
ด้านการรับรู้ประโยชน์	9-45	29-45	40.46	3.61
ด้านการรับรู้อุปสรรค	8-40	18-40	30.33	4.75
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	5-25	12-25	23.28	2.58

ผลการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .266, p < .01$; $r_{pb} = .303, p < .01$ และ $r_{pb} = .358, p < .01$) สำหรับระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ($n = 120$)

ตัวแปร	สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (r_{pb})
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.266**
แรงสนับสนุนทางสังคม	.303**
เจตคติต่อการตั้งครรภ์	.358**
ระดับการศึกษา	.097 ^{ns}
รายได้ของครอบครัว	-.101 ^{ns}

** $p < .01$, $ns = p > .05$

นอกจากนี้พบว่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีความแตกต่างจากกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.99, p < .01$; $t = -3.57, p < .01$ และ $t = -4.17, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

(n = 120)

ตัวแปร	ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์		ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์		t
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	145.2	10.6	137.1	19.2	-2.99**
แรงสนับสนุนทางสังคม	56.0	11.4	47.5	14.5	-3.57**
เจตคติต่อการตั้งครรภ์	94.9	7.7	87.0	13.1	-4.17***

** p < .01 , *** p < .001

อภิปราย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.6) มีความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์เพียงบางส่วน และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76 ขาดความรู้เกี่ยวกับผลกระทบและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ จากแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่ว่าบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ควบคู่ไปกับการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ และบุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างเหมาะสมก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ถึงความรุนแรงและผลกระทบจากโรคนั้นจะส่งผลร้ายกับตนเอง ด้วยเหตุนี้จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์ล่าช้า และนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.3) ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้าและไม่ทราบว่าตนมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจาง และการคลอดก่อนกำหนด (สุวชัย อินทรประเสริฐและสุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, 2539: 177) รวมทั้งขาดความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.6) เริ่มมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เข้าสู่ไตรมาสที่สองไปแล้ว โดยมีเพียงร้อยละ 62.5 เท่านั้นที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ซึ่งยังไม่บรรลุตามเป้าหมายการฝากครรภ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ว่าสตรีตั้งครรภ์ควรฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อยร้อยละ 90 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฤดี ปุณงบางกะดี (2540) ที่พบว่าการ

วางแผนการตั้งครรภ์จะมีผลต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และเหตุผลอีกประการหนึ่งที่ทำให้การมาฝากครรภ์ล่าช้าเพราะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะแยกตัวเองออกจากสังคมเนื่องจากรู้สึกอาย รู้สึกผิด รู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นขาดโอกาสในการได้รับการดูแลที่เหมาะสมซึ่งจะมีผลทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้ความรุนแรงไม่ดีตามไปด้วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.8) มีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ เช่น การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ หลีกเลี่ยงการทำงานหนักพักผ่อนอย่างเพียงพอและมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้มารดาและทารกมีสุขภาพดี (พรณิ ศิริวรรณภา, 2541: 94-97) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.3) มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ จากแนวคิดของเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1975) ที่ว่าค่าใช้จ่ายที่สูง ความไม่สะดวก การไม่มีเวลาและความไม่พึงพอใจล้วนเป็นตัวขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งในการศึกษารั้งนี้สิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวมิได้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุมารณ์ น้อยศิริ (2543: 34) ที่พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) รับรู้ว่าตนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับดีและการสนับสนุนช่วยเหลือที่ได้รับส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.5) มาจากมารดา รองลงมาคือการสนับสนุนจากสามี (ร้อยละ 31.7) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่พบว่าร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบิดามารดาของตนเองและบิดามารดาของสามี ซึ่งทั้งมารดาและสามีของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การสนับสนุนได้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรและด้านการประเมินคุณค่า จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกว่าการได้รับการสนับสนุนที่ดี แม้ว่าการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นจะไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการได้รับแรงสนับสนุนในระดับสูงจะช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี พึ่งแพง (2544) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของเกษณี โลกตาทอง (Koktathong, 2002) ที่พบว่าเจตคติต่อการตั้งครรภ์ไม่ได้เป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมการมาฝากครรภ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นระดับการศึกษาจึงไม่ใช่ปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจมาฝากครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพิศ สุวรรณประทีป (2535: 104) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของจารุวรรณ รวีไพบูลย์ (2532: 54)

ในทำนองเดียวกันรายได้ครอบครัวก็ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีรายได้ต่ำ แต่สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลได้ และค่าใช้จ่ายในการมาฝากครรภ์แต่ละครั้งก็ไม่สูงมาก ทำให้รายได้ครอบครัวจึงไม่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสุพิศ สุวรรณประทีป (2535: 105) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536: 84)

นอกจากนี้เมื่อทำการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เนื่องจากในระหว่างที่มาฝากครรภ์สตรีตั้งครรภ์จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมก็มีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ตามเกณฑ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของมาลัย สำราญจิตต์ (2540: 80) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของวรางคณา คุ่มสุข (Kumsuk, 2002) ที่พบว่าเจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในขณะตั้งครรภ์

สรุปผลการวิจัย

ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงและมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ นอกจากนี้พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับการมาฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ข้อจำกัดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลในฐานะบุคลากรทางสุขภาพควรช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีโดยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ตั้งแต่เนิ่นๆ
2. พยาบาลควรให้ความรู้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การเจริญเติบโต และการพัฒนาการของทารกในครรภ์ ตลอดจนส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ และกระตุ้นให้ซักถามเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดเจตคติที่ดีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง
3. การได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการมาฝากครรภ์ ดังนั้นสามีและสมาชิกในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงควรเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนช่วยเหลือตลอดการตั้งครรภ์

ด้านการศึกษา

ควรมีการบรรจุสาระสำคัญเกี่ยวกับวิธีการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น รวมทั้งความสำคัญของการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไว้ในหลักสูตรการพยาบาล

ด้านการวิจัย

1. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของสามีของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของภรรยาในขณะตั้งครรภ์
2. ควรทำการศึกษาในระยะยาวเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตลอดการตั้งครรภ์
3. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

THE RELATIONSHIPS BETWEEN PERCEPTION OF HEALTH, SOCIAL
SUPPORT, ATTITUDE TOWARD PREGNANCY, AND PRENATAL VISITS
OF ADOLESCENT PREGNANT WOMEN

MALIWAN MUENKLEWKLAICHIT 4837054 RAMN/ M
M.N.S. (MATERNITY AND NEWBORN NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: JARATSRI THEERAKULCHAI, Ph.D.
(NURSING), CHANTIMA KHANOBDEE, D.S.N. (MATERNAL AND CHILD
NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Adolescent pregnancy is a major health issue in Thailand. The number of adolescent pregnancy has been increasing due to social and cultural changes. According to the statistical reports of the Ministry of Public Health, the rates of child delivered by the adolescent mothers between 2003-2005 were 12.76%, 14.74%, and 11.4% respectively (Department of Health, Ministry of Public Health, B.E. 2548). These numbers indicated that the rate of adolescent pregnancy was higher than the national target goal; which was stated in the Tenth National Economic and Social Development Plan (B.E. 2550-2554) that the rate of child delivered among adolescent mothers should not higher than 10% (Department of Health, Ministry of Public Health, B.E. 2550).

Pregnancies among the adolescents pose a significant risk for maternal health and the health of an unborn child. The adolescents are not yet mature in their physical growth and emotional development (Stevens-Simon & McAnarney cited in Diclemente, 1996: 317). They tend to have pregnancy-related health problems, such as gestational hypertension and premature birth. Moreover, most of adolescent pregnancies are unplanned (Onjit Boonsom, B.E.2540: 25); therefore, the adolescents

usually view pregnancy as a stressful event. Additional role as a mother also has an impact on psychological well-being of an adolescent, especially the one whose pregnancy is unwanted.

Adolescent pregnancy affects both physical health and psychological well being of the adolescent pregnant women. Regarding physical health, high number of risks and complications were found among the adolescent pregnant women. For example, a study of Aranya Phoungpaka (B.E.2540: 100) indicated that 2.4% of adolescent pregnant women had gestational hypertension, and 8.9% had premature birth, when compared to the rates of 1.0% and 1.5% among those who were adult pregnant women. In addition to physical effects, adolescent pregnancy also influences psychological well-being of the adolescent when becoming pregnancy. According to the review of literature, majority of the adolescents do not plan for their pregnancies, therefore, they usually have a feeling of guilt, sadness, worthlessness, and isolate themselves from the society. Some adolescents feel hostile to their unborn fetuses (Castiglia, 1990a: 262-264).

As mentioned earlier, the adolescents are not physically and psychologically ready to become pregnant. They lack of self-care and tend to have adverse pregnancy outcomes, such as low birth weight, birth asphyxia, birth defect, and still birth (Sujitra Lortaweewasawad, B.E. 2532: 109-112; Aranya Phoungpaka, B.E. 2540: 117-118). Most of these adverse pregnancy outcomes can be prevented if the pregnant women engage in positive health behaviors, such as receive adequate prenatal care. During prenatal visits, the pregnant women will receive necessary knowledge for self-care. However, review of literature revealed that only 10% of the adolescent pregnant women had adequate prenatal care (Lakana Amornprakas, B.E. 2545: 42). The most significant factor, which influences the adolescent's decision to seek prenatal care, is the perception of health (Pureeya Pensuwan, B.E. 2540: 54-55).

Perception of health is important for an individual to engage in positive health behavior. An adolescent pregnant woman who has good perception about her health will regularly attend prenatal clinic and gain knowledge necessary for self-care. Besides, the contents in educational class also include danger signs that might occur during pregnancy. Review of literature indicated that the adolescents who had

adequate prenatal care correctly perceived the risks or complications during pregnancy (Pureeya Pensuwan, B.E. 2540: 54-55).

In addition to perception of health, there are other factors that influence the adequacy of prenatal visits in adolescent pregnancy women. These factors are educational level, family income, social support, and attitude toward pregnancy.

Educational level equips a pregnant woman with knowledge and ability to use reasoning thought; however, the adolescents have to quit the school when become pregnant. Therefore, their cognitive and intellectual do not continuously develop and may result in perceptual problem. Family income is a basis for an adolescent to attend prenatal clinic and maintain positive health behaviors. Review of literature indicated that most of the adolescent have to leave the school and lack of financial support when they become pregnant. They usually have limited social support and their livings depend on their parents. Finally, attitude toward pregnancy plays an important role for the adolescent pregnant women to engage in positive health behaviors. The adolescents who plan for and have positive attitudes about pregnancy will seek early prenatal care. In contrary, those who do not want or do not plan for the pregnancy usually ignore to attend prenatal clinic.

Based on the information described above, prenatal visits are essential for adolescent pregnant women to have positive pregnancy outcomes. An extensive review of literature has shown that perception of health is a key factor for the adolescents to seek prenatal care. However, these are other factors that influence the adequacy of prenatal visit in adolescent pregnant women. Previous studies had found the relationship between perception of health and related factors. However, the relationship between perception of health and adequacy of prenatal care was not emphasized in literature reviewed; therefore, the researcher was interested in conducting a research aimed to investigate the relationship between perception of health, social support, attitude toward pregnancy, and prenatal visits of adolescent pregnancy women.

Conceptual Framework

Becker's Health Belief Model (Becker, 1974) was used as a conceptual framework of the study. There are three basic concepts in the model: readiness to undertake, modifying factors, and factors influencing likelihood of action.

Individual perception is a cognitive variable influencing health-related behavior. According to the model, there are five components included in the individual's perception of health. These components are perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and health motivation (Becker, 1974: 82-91).

1. Perceived susceptibility is an individual subjective perception of his or her risk of contracting a health condition. It includes the individual's acceptance of the diagnosis, personal estimates of resusceptibility, and susceptibility to illness in general.

An adolescent pregnant woman who perceives the risk of complications that might occur during pregnancy, such as anemia, hypertension, premature birth, etc. will engage in health-related behaviors. For example, regularly takes iron supplement to prevent anemia, gets enough rest, and does not work hard.

2. Perceived severity is an individual's feelings concerning the seriousness of contracting an illness or of leaving it untreated. It includes evaluation of both medical and clinical consequences and possible social consequences. The combination of susceptibility and severity has been labeled the perceived threat.

An adolescent pregnant woman who learns that the risks or complications occurred during pregnancy may affect her own health as well as the health of her fetus. Therefore, she will maintain good health and comes to see health personnel as soon as the danger signs occurred.

3. Perceived benefit is an individual's belief regarding the effectiveness of the various available actions in reducing the disease threat. An adolescent pregnant woman who perceives the benefits of taking health action will follow the instruction regarding self-care and regularly comes to prenatal clinic.

4. Perceived barrier is an individual's feelings regarding the potentially negative aspects of a particular health action. The barriers for an adolescent to attend prenatal clinic are inconvenient, lack of time, financial problems, and so forth.

5. Health motivation refers to emotional perception and belief about taking health actions. It is seen as driving force for an individual to adhere to health practices. Health motivation is important for an adolescent pregnant woman to seek early prenatal care and follow prenatal appointments.

In addition to perception of health, modifying factors also play an important role for an individual to take health actions. The important modifying factors are demographic characteristics, such as age, gender, marital status, educational background, etc.; structural factors including family income, new pattern of behavior, etc.; attitudes factors including satisfaction with visit, attitude and experience about the disease, etc.; interaction and enabling factors including experience with action, illness or regimen, source of advice, relationships between patient and staff, etc.

In present study, the researcher selected some modifying factors believed to affect perception of health of adolescent pregnant women including educational level, family income, social support, and attitude toward pregnancy. These factors enable adolescent pregnant women to engage in positive health behaviors including seeking early prenatal care and regularly attending prenatal clinic.

Based on the aforementioned background and significance of the problem, the relationship among the study variables can be summarized in Figure 1.

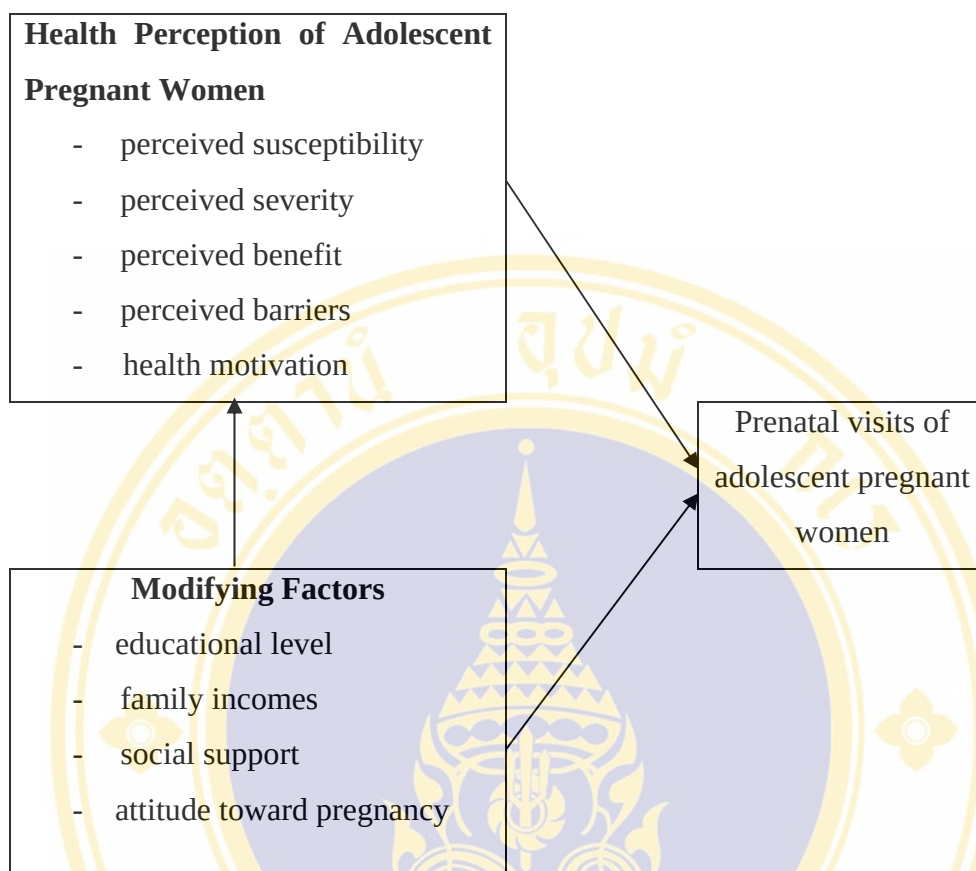


Figure 1 Conceptual framework of the study

Research Objectives

1. To investigate perception of health, social support, attitude toward pregnancy, and prenatal visits of adolescent pregnant women.
2. To examine the relationships between perception of health, social support, attitude toward pregnancy, educational level, family income, and prenatal visits of adolescent pregnant women.
3. To determine the differences in perception of health, social support, and attitude toward pregnancy of adolescent pregnant women who have adequate and inadequate prenatal care.

Research Hypotheses

1. There are relationships between perception of health, social support, attitude toward pregnancy, educational level, family income, and prenatal visits of adolescent pregnant women.
2. There are differences in perception of health, social support, and attitude toward pregnancy, of adolescent pregnant women who have adequate and inadequate prenatal care.

Definition of Terms

Perception of health refers to adolescent pregnant women's perception and understanding of their own health during pregnancy which can be divided into five aspects: perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and health motivation. In the present study, the Perception of Health Questionnaire developed by Rudee Poongbangkradee (B.E. 2540) based on health belief model of Becker & Maiman (1974), was used to assess perception of health of an adolescent pregnant woman. High scores indicated that an adolescent pregnant woman had good perception of health.

Educational level refers to the number of years that an adolescent pregnant woman completed her formal education.

Family income refers to the average monthly income in Thai baths of an adolescent family.

Social support refers to the reception of help and assistance from others, which was divided into four aspects including emotional support, informational support, instrumental support, and appraisal support (House, 1981). In this study, The social support scale was used to assess social support of an adolescent pregnant woman. The social support scale was originally developed by Brown (1986) base on House's concept of social support, and translated into Thai language by Kanjana Boontub (B.E.2534), and modified by Sopit Suwanwela (B.E.2537). High score indicated that an adolescent pregnant woman received high level of social support.

Attitude toward pregnancy refers to an adolescent pregnant woman's thought or feelings regarding her pregnancy, which was divided into three aspects: feelings toward physical and psychological changes, feeling toward the fetus, and

feeling toward self-care during pregnancy. The attitude toward pregnancy scale was originally developed by Prapasri Kertkriengkrai (B.E. 2527). In the present study, The Attitude toward Pregnancy Questionnaire developed by Warangkana Koomsuk (B.E. 2545) was used to assess attitude toward pregnancy of an adolescent pregnant woman. High scores indicated that an adolescent pregnant woman had positive attitude toward her pregnancy.

Prenatal visits refer to an adolescent pregnant woman's use of healthcare services at prenatal clinic of the research settings. During prenatal visits, an adolescent pregnant woman will receive maternal health assessment, fetal health assessment, and advice regarding self-care during pregnancy. In this study, prenatal visits were categorized into adequate prenatal visits and inadequate prenatal visits.

Adequate prenatal visits refer to an adolescent pregnant woman come to prenatal clinic for assess maternal and fetal health at least once time during 24 weeks of pregnancy and 25-28 weeks, 29-32 weeks, and 33-36 weeks at least once time. If they are have not as follow prenatal appointment, indicated inadequate prenatal visits.

Materials and Methods

Population and Sample

A purposive sample consisted of 120 adolescent pregnant women who attended prenatal clinic at Ramathibodi Hospital, Pramongkutklao Hospital, and Rajvithi Hospital, Bangkok, Thailand. Data were collected between March to June 2007. The subjects were selected based on the following inclusion criteria: a) were younger than 20 years old, b) did not have any complications during pregnancy, c) had gestational age more than 36 weeks, d) were able to read and write in Thai language, and e) were willing to participate in the study.

Instruments

The instrument used in this study was a questionnaire composed of 4 parts as followed.

Part 1. The Demographic Data Profile was developed by the researcher to collect data regarding personal characteristics of the sample: age, husband's age, educational level, occupation, family income, type of family, plan for pregnancy,

number of pregnancy, number of living children, gestational age at first prenatal visit, and number of prenatal visits.

Part 2. Perception of Health Questionnaire, which was originally developed by Rudee Poongbangkradee based on Becker and Maiman's Health Belief Model (1974). In this study, the researcher modified the tool to use in adolescent pregnant women. The tool was a 5-point Likert scale, ranging from 'strongly disagree' to 'strongly agree.' There were 36 items included in the tool. High scores indicated that an adolescent pregnant woman had good perception about her health.

Part 3. Social support Questionnaire was originally developed by Brown (1986) based on the concept of social support proposed by House (1981), and translated into Thai language by Kanjana Boontub (B.E.2534), and modified by Sopit Suwanwela (B.E. 2537). In this study, the researcher modified the tool to use in adolescent pregnant women. The tool was a 6-point Likert scale that allowed an adolescent pregnant woman to rate perceived social support. It was composed of 11 items, ranging from 'absolutely dissatisfied' to 'absolutely satisfied'. High scores indicated that an adolescent pregnant woman perceived high level of social support.

Part 4. Attitude toward Pregnancy Questionnaire was originally developed by Prapasri Kertkriengkrai (B.E. 2527), and modified by Warangkana Koomsuk (B.E. 2545). In this study, the researcher modified the tool to use in adolescent pregnant women. The tool was 5-point Likert scale that allowed an adolescent pregnant woman to respond about her attitude toward this pregnancy. It consisted of 22 items, ranging from 'strongly disagree' to 'strongly agree'. High scores indicated that an adolescent pregnant woman had positive attitude about her pregnancy.

Content validity and reliability of the tools were examined before using in the study. After the tools were used with 120 adolescent pregnant women, the Cronbach's alpha coefficients obtained for the Perception of Health Questionnaire, the Social support Questionnaire, and the Attitude toward Pregnancy Questionnaire were .90, .98 and .89 respectively.

Data Collection

Data were collected after the Faculty of Graduates Study, Mahidol University and the Ethical Committees on Research Involving Human Subjects of the three

hospitals selected as research settings approved the research proposal. Formal letters from the faculty of Graduates Study, Mahidol University were submitted to the directors of Pramongkutklao Hospital, Rajvithi Hospital, and the dean of Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, to get permission to collect data.

After the permissions were released, the researcher met with the Director of Nursing and head nurses of prenatal clinics of the three selective settings to explain researcher objectives and study procedures. Finally, the sample was selected based on the inclusion criteria. Data were gathered from Monday to Friday, 8.00-12.00 a.m. The rights of all human subjects were protected during data collection.

Data Analysis

The Statistical Package for the Social Science was used to analyze the data obtained. The significant level of .05 was set. The analyses were as the following:

1. Demographic data were analyzed using descriptive statistics including number, percentage, mean, and standard deviation.
2. Mean and standard deviation were used to analyze the scores of perception of health, social support, and attitude toward pregnancy, while percentage was used to analyze the number of prenatal visits.
3. Point Biserial Correlation coefficients were computed to ascertain the relationships between perception of health, social support, attitude toward pregnancy, educational level, and family income of the sample.
4. The t-test was used to verify the differences in scores of perception of health, social support, and attitude toward pregnancy of the adolescent pregnant women who had adequate prenatal visits and those who had inadequate prenatal visits.

Results

The sample in this study consisted of 120 adolescent pregnant women. Their ages ranged from 14-19 years, with the mean age of 17.59 years (SD = 1.38). Majority of the subjects (77.5%) were in the age group between 17-19 years old. The age of spouse ranged from 15-45 years old, with the mean age of 22.20 years (SD = 1.38).

For education attainment, 62.6% of the subjects completed early secondary school, and only 0.8% earned certificate or diploma. Majority of the subjects (70.8%) were unemployed. About two-third of the subjects had family income less than 10,000 baht, which indicated low income. Forty percents of the subjects lived with their parents, and 78.3% unplanned for their pregnancies.

Most of the subjects (89.2%) were first-time mothers, 53.4% started prenatal care in the second trimester of pregnancy. In addition, more than half of the subjects (62.5%) had adequate prenatal visits.

The sample had scores of perception of health ranged from 88 to 169 (mean = 142.17, SD = 14.87). The scores of social support ranged from 14-66 (mean = 54.33, SD = 12.58). Finally, the scores of attitude toward pregnancy ranged from 62-108 (mean = 91.96, SD = 10.78). (Table1).

Table 1. Range, mean, and standard deviation of the scores of perception of health, social support, and attitude toward pregnancy of the sample (n = 120)

Variable	Possible Scores	Actual Scores	$\bar{x}$	SD
Perception of health	36-180	88-169	142.17	14.87
Social support	11-66	14-66	54.33	12.58
Attitude toward pregnancy	22-110	62-108	91.96	10.78

When considering each aspect of perception of health, it was found that the mean scores of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and health motivation were 22.88, 23.23, 40.46, 30.33, and 23.28, respectively (Table 2).

Table 2. Ranged, mean and standard deviation of the scores in each aspect of perception of health of the sample (n = 120)

Perception of health	Possible Scores	Actual Scores	$\bar{x}$	SD
Perceived susceptibility	7-35	11-34	22.88	4.69
Perceived severity	7-35	12-33	23.23	4.79
Perceived benefit	9-45	29-45	40.46	3.61
Perceived barrier	8-40	18-40	30.33	4.75
Health motivation	5-25	12-25	23.28	2.58

Results of hypotheses testing revealed that perception of health, social support, and attitude toward pregnancy were associated with adequacy of prenatal visits ($r_{pb} = .266$, $p < .01$; $r_{pb} = .303$, $p < .01$; $r_{pb} = .358$, $p < .01$, respectively). However, there were no relationships between educational level, family income and adequacy of prenatal visits of the adolescent pregnant women (Table 3).

Table 3. Relationships between study variables (n = 120)

Variable	Point Biserial Correlation (r_{pb})
Perception of health	.266**
Social support	.303**
Attitude towards pregnancy	.358**
Educational level	.097 ^{ns}
Family income	-.101 ^{ns}

** $p < .01$, ns = $p > .05$

Further analysis found that scores of perception of health, social support, and attitude toward pregnancy of the sample who had adequate prenatal visits were different from the sample who had inadequate prenatal visits ($t = -2.99$, $p < .01$; $t = -3.57$, $p < .01$; $t = -.47$, $p < .001$) (Table 4).

Table 4. Comparison of the scores of perception of health, social support, and attitude toward pregnancy of the sample who had adequate prenatal visits and those who had inadequate prenatal visits (n = 120)

Variable	Adolescent pregnant with adequate prenatal visits		Adolescent pregnant with inadequate prenatal visits		t
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
Perception of health	145.2	10.6	137.1	19.2	-2.99**
Social support	56.0	11.4	47.5	14.5	-3.57**
Attitude toward pregnancy	94.9	7.7	87.0	13.1	-.417***

** p < .01 , *** p < .001

Discussion

Results of the study showed that 60% of the sample had overall scores of health perception in good level. When considered each aspect of health perception, it was found that majority of the subjects (81.6%) partly understood about their susceptibilities of having risks or complications during pregnancy. Likewise, most of the sample (76.7%) was not likely known the effects and severity of complications that might occur. According to Becker (1974), perceived susceptibility of disease of a person usually emerges simultaneously with perceived severity of disease. Individuals will act appropriately to prevent the disease when they perceive about the negative effects or severity of the disease occurred. For these reasons, the sample in this study attained late prenatal care because most of them (78.3%) unplanned for their pregnancies and did not know that they were susceptible to pregnancy complications, such as gestational hypertension, anemia, and premature birth (Suwachai Intaraprasert & Surasak Thaneepanitchakul, 1986: 177). Moreover, the sample partly understood about the severity of complications happened; therefore, most of them (89.6%) came for initial visit when entered second trimester of pregnancy, and only 62.5% regularly attended prenatal clinic. These numbers indicated that the national target goals; which

were stated that at least 90% of pregnant women will have adequate prenatal care (Ministry of Public Health, 2007), were not reached. Results of the study were similar to the study of Ruedee Poongbangkadee (1997), which indicated that planning for a pregnancy was related to attaining prenatal care of the adolescents. Another reason in having late prenatal care was that the adolescents usually isolate from society when becoming pregnant because they feel shy, guilt, and uncertain about the situation surrounded. This made them lack of opportunities to access care and resulting in poor perception of susceptibility to health problems or severity of the problems.

Majority of the sample (90.8%) believed that engaging in health behaviors, such as consume right amount of food, avoid physically demanded work, get enough rest and sleep, and regularly come to prenatal clinic, could contribute to maternal health and fetal health (Pannee Siriwatanapa, 1998: 94-97). In addition, most of the sample (78.3%) perceived the barriers to engage in health behaviors in a low level. According to Becker and Maiman (1975), high cost, inconvenience, lack of time, and dissatisfaction were encountered as barriers of an individual to engage in health behaviors. The sample in this study did not experience the barriers mentioned above; therefore, 90% of them had high motivation to practice health behaviors. The results were congruent with Umaporn Noisiri (2001: 4) who found that health motivation was an important factor for pregnant women to have positive health behaviors.

Most of the subjects (75%) perceived that they had high social support. The supports normally came from their mothers (57.5%) and their husbands (31.7%). Seventy-five percents of the sample lived with their own parents or the parents of their spouses. The sample received emotional support, informational support, material support, and appraisal support from their mothers and husbands. Despite the pregnancies were unplanned, the sample in this study mostly had positive attitudes about their pregnancies. It could be explained that having high social support could enhance positive attitudes of the subjects toward their pregnancies. Result of the study were congruent with Arunee Puengpang (2001), which revealed that social support and attitudes toward pregnancy were related to adequacy of prenatal care of pregnant women. However, the results were incongruent with Kasinee Koktatong (2002), who

found that attitudes about pregnancy was not a predominant factor of attaining prenatal care.

Educational attainment was not related to prenatal visits of the sample in this study. It could be explained that most of the sample was in the same age group; therefore educational level was not a key factor for the sample to make decision to attend prenatal care. Results of the study were congruent with Supit Suwanaprateep (1992: 104), but controversial to the study of Jaruwan Rewpaiboon (1989: 54).

Likewise, family income was not related to prenatal visits of the sample in this study. It could be explained that although majority of the sample had low income, but data collection in this study took place in public hospitals, which the sample could use the universal health care benefits and the cost of prenatal care was not high; therefore, family income was not much effect the sample to access prenatal care. Results of the study were similar to Supit Suwanaprateep (1992: 105) but incongruent with Duangporn Jintanothaithavorn (1993: 84).

Further analysis was found that the sample with adequate prenatal care had higher scores of health perception, social support, and attitude toward pregnancy than those who had inadequate prenatal care. During prenatal visit, pregnant women will receive knowledge regarding self-care, ultimately the perception of health will be increased. Social support was also important for the sample to continuously attend prenatal care; therefore, it was found that the sample with high social support was likely to have adequate prenatal care. Results of the study were congruent with Malai Sumranchit (1997: 80), which indicated that social support was important for pregnant women to have adequate prenatal care. Likewise, attitude toward pregnancy was found to be an important factor of the adequacy of prenatal care in this study. Results of the study were congruent with the study of Warangkana Kumsuk (2002), which revealed that attitude toward pregnancy was related to efficient health behaviors.

Conclusion

Based upon results of the study, the adolescent pregnant women perceived that they were in good health, had high social support, and felt positive attitudes about their pregnancies. Moreover, perception of health, social support, and attitude toward pregnancy are important factors for attaining prenatal care.

Limitation of the Study

In this study, purposive sampling was used; therefore, generalizability of the results to the population may be limited.

Implications and Recommendations

Nursing practice

1. A nurse, as a health care professional, should facilitate adolescents to have good perception about their health by encouraging them receive early prenatal care.
2. A nurse should provide information regarding self-care, fetal growth and development, and promote maternal-fetal attachment of adolescent pregnant women, and encourage them to ask questions about pregnancy; therefore, the adolescents will have positive attitude toward their health.
3. Support from family members is important factor for adolescent pregnant women to seek prenatal care; therefore, spouses and family members of the adolescents should be encouraged to participate in plan of care during pregnancy.

Nursing Education

Strategies and related factors to facilitate perception of health of adolescent pregnant women should be included in nursing curriculum. Moreover, the important of prenatal care and its related factors should be focused in nursing curriculum.

Nursing Research

1. Study should be conducted in spouses of adolescent pregnant women regarding perception about health of their wives during pregnancy.
2. Longitudinal study should be conducted to find out perception of health in adolescents throughout pregnancy.
3. Research regarding nursing interventions to facilitate perception of health in adolescent pregnant women should be carried out.

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำหรับครู*. ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *ระเบียบการประเมินผลการดำเนินงานประชากรกลุ่ม หญิงตั้งครรภ์ปีงบประมาณ 2546*. อุดรธานี.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *สถิติผลการปฏิบัติงานของงานอนามัยแม่และเด็กปีงบประมาณ 2544-2548*. อุดรธานี.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรณีการ์ กันธะรักษา. (2531). *การพยาบาลด้านจิต-สังคมในระยะตั้งครรภ์*. ภาควิชาการพยาบาล สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กาญจนา บุญทับ. (2534). *ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจณี สีห์โสภณและคณะ. (2533). *ภูมิหลังและอัตมโนทัศน์ของมารดาวัยรุ่น การดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุตรแรกเกิด*. ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2535). *แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกแห่งชาติ.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2539). *แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกแห่งชาติ.
- จารุวรรณ ธีวไพบูลย์. (2532). *ผลของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิดใน วชิรพยาบาล พ.ศ. 2529*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชวนพิศ มีสวัสดิ์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาพลักษณ์ ความวิตกกังวลกับการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงพร จินตโนทัยถาวร. (2536). *พฤติกรรมการฝากครรภ์กับสุขภาพมารดาและสุขภาพทารก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2536). *วัยรุ่น. ใน เกมม ต้นดิพลาชีวะ (บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชศาสตร์*. (หน้า 818-851). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดาริณี สุภาพ. (2542). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดิษยา กมลสุนทร. (2536). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของหญิงครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทา กาเลียง. (2540). *การสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิภาวรรณ รัตนานนท์. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประภาศรี เกิดเกรียงไกร. (2527). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับปัญหาเพศสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประไพ สุขสมบุญ. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอด*. *วารสารพยาบาล*. 22(4) ตุลาคม- ธันวาคม, 21-28.
- ปลื้มจิต โชติกะ. (2544). *การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และ

เด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรพรรณ จงปรางค์. (2540). ปัจจัยคัดสรร แรงสนับสนุนทางสังคมกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2537). การพยาบาลครอบครัววิกฤติ: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ภาควิชาการพยาบาลสูติรีเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พรณี ศิริวรรณภา. (2541). การฝากครรภ์ ในระยะ ทองสง และชนนทร์ วนาภิรักษ์.

(บรรณาธิการ): *สูติศาสตร์*. (หน้า 94-97). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พีบี ฟอเรนบุคส์ เซนเตอร์.

พวงน้อย สาครรัตนกุลและจันทิมา ขนบดี. (2547). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สัมพันธ์พาณิชย์.

ภาวินี โภคสินจำรูญ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภูริยา เพ็ญสุวรรณ. (2540). การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาที่ฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มยุรี นิรัตธราดร. (2539). การศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาลัย ลำราญจิตต์. (2540). แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รทิพร ประกอบทรัพย์. (2541). การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากมารดาและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฤดี ปุณฺบางกะดี. (2540). การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วังมัย สุขวนวัฒน์. (2541). *ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง การรับรู้พฤติกรรมทารก สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในวัยรุ่นหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันดี ไชยทรัพย์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับสัมพันธภาพของมารดากับทารก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ กุลนริศ. (2530). *ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ภาพลักษณ์ สัมพันธภาพของคู่สมรสกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภาวดี วายุเหือด. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร มณีแสง. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวิทย์ หล่มโตประเสริฐ. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองหญิงตั้งครรภ์กับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกิจ พรหมรับ. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข*. รายงานวิจัยเพื่อสอพบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุคนธ์ ไช้แก้ว. (2547). *ตั้งครรภ์วัยรุ่น: การส่งเสริมสุขภาพ*. วารสารพยาบาล. 22(1), 20-26.
- สุจิตรา ล้อทิวีสวัสดิ์. (2532). *ภาวะแทรกซ้อนและผลการคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2530*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุธิดา ฉายาลักษณ์. (2531). การศึกษาสาเหตุและปัญหาของการเป็นมารดาวัยรุ่น ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2531. บรรณสาร สวช. 9 (1).
- สุพรรณิษฐ์ จันทพิศ. (2534). พฤติกรรมการฝากครรภ์ของสตรีในชนบทไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาระบบสุขภาพและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพิศ สุวรรณประทีป. (2535). ลักษณะการรับบริการฝากครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงที่คลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญโรงพยาบาลศิริราช ในปี 2534. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมิตตา สว่างทุกข์. (2539). การศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวชัย อินทรประเสริฐและสุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล. (2539). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ใน: ประทัญ โอประเสริฐสวัสดิ์,วินิต พัวประดิษฐ์ และสุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล,บรรณาธิการ. *สูติศาสตร์รามาธิบดี 1*. (หน้า 177). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทโฮลิสติกพลับลิชชิง.
- โสภิต สุวรรณเวลา. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. (2545). *พระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับ พ.ศ. 2545*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2548). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548*. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2550). *การจัดทำระบบข้อมูลตัวชี้วัด ระดับจังหวัด*. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2547). *สมุดสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). *โครงการสำรวจ*. <http://www.nso.go.th>.
- อรัญญา พวงผกา. (2540). *เปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ระหว่างมารดาวัยรุ่นกับมารดาอายุ 20-30 ปีในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พ.ศ. 2537-2539*. วิทยานิพนธ์ปริญญา

- วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณี พึ่งแพง. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มากลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังคณา นวลขง. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาภรณ์ ภูพิชยากร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ความรู้สึถึงคุณค่าตนเองกับความผูกพันระหว่างมารดาทารกในครรภ์ในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุณจิตต์ บุญสม. (2540). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมาภรณ์ น้อยศิริ สุปราณี อัทธเสรี ยุพิน จันทรักคะและเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2544). แรงจูงใจด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารพยาบาล*. 50(1), 27-36.
- Amornprakas, L. (2005). *The comparison of health practice during pregnancy and pregnancy outcomes between mothers with adequate and inadequate prenatal visits: case study at Taksin hospital*. Unpublished master thesis, Mahidol University, Thailand.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *The health belief model and personal health behavior* (pp. 82-92). New Jersey: Charles B. Slack.
- Becker, M.H., & Maiman, L.A. (1974). The health belief model: origins and correlates in psychological theory. *The health belief model and personal health behavior* (pp. 9-26). New Jersey: Charles B. Slack.
- Becker, M.H., & Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.

- Brown, M.A. (1986). Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimensional construct ?. *Nursing research*, 35 (1), 4-9.
- Castiglia, P.T. (1990a). Adolescent mothers. *Journal of Pediatric Health Care*, 4, 262-264.
- Cohen, S. & Will, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-353.
- Cunningham, F.G., McDonald, P.C., Grant, N.F., Levono, K.J., Gilstrap, L.C., Hankins, D.V., et al. (1997). *Williams obstetrics*. (20 th ed.) (p.228). Stamford: Prentice-Hall international.
- Daniel, W.W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. (6 th ed.). Canada: John Wiley & Sons.
- Diclemente, R.J. (1996). *Handbook of adolescent health risk babies*.(pp. 313-331). New York and London: Plenum press.
- Edeleman, C.L. & Mandle, C.L. (1990). *Health promotion: Throughout the lifespan*. (2 nd ed.). St.Louis: C.V. Mosby.
- Family planning association of Hong Kong. (2000). *Youth sexuality study 1996: Form 3-7 student survey*. Family planning association of Hong Kong.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, M.A. : Adison- Wesley.
- Johnson, P.A. (1995). Adolescent sexuality, pregnancy and parenthood. In Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., Jensen, M.D., & Perry, S.E. (Eds.), *Maternity Nursing*. (4 th ed.) (pp. 725-727). St. Louis, Missouri: Mosby -Year Book.
- Kahn, R.L. (1979). Aging and social support. In M.W. Riley. (Ed.). *Aging from birth to death: iInterdisciplinary perspective*. (pp.77-91) .Colorado boulder: Westview press.
- Kaplan, B.H., Cassel, Gore & Susan. (1977). Social support and health. *Medical Care*,15,47-58.
- Koktatong, K. (2002). *Factors related to antenatal care services and health status of mothers and infants: A case study of maternal and child hospital, health promotion center region 4 Ratchaburi*.. Unpublished master thesis, Mahidol University, Thailand.
- Kumsuk, W. (2002). *The study of attitude toward pregnancy and lifestyle in adolescent pregnancy*. Unpublished master thesis, Mahidol University, Thailand.
- Lewallen., L.P. (2004). Health behaviors and sources of health information among low - income pregnant women. *Public Health Nursing*, 21, 200-206.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing concepts of practices*. New York: McGraw - Hill Book.

- May, K.A. & Mahlmeister, L.R.(1994). *Maternal and neonatal nursing: Family - centered care*. Philadelphia: Lippincott.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L.& Parsons, M.N. (2002). *Health promotion in nursing practice*. (4th. ed.) (pp. 237-255). New Jersey: Pearson education.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L.& Parsons, M.N. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (5th. ed.). New Jersey: Pearson education.
- Pilliteri, A. (1992). *Maternal and Child health nursing* (p. 432). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Pilliteri, A. (1995). *Maternal and Child health nursing: Care of childbearing and childrearing family*. (2nd ed.) (pp. 441-449). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Rokeach. (1977). *Influencing attitudes and changing behavior*. (2nd .ed.). California: Addison-Wesley Publishing.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. In M.H. Becker (ed.). *The health belief model and personal health behavior* (pp.1-8). New Jersey: Charles B.Slack.
- Rosenstock, I.M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. In M.H. Becker (ed.). *The health belief model and personal health behavior* (pp.27-59). New Jersey: Charles B.Slack.
- Sleutel, M.R. (2003). Intrapartum nursing: Integrating Rubin's framework with social support theory. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*,32(4), 76-82.
- Sriumporn, S. (2000). *Relationship between self- esteem, social support, selected factors and self-care behavior in pregnant adolescents*. Unpublished master thesis, Mahidol University, Thailand.
- Steven-Simon, C. & McAnarney, E.R. (1996). Adolescent Pregnancy. In Diclemente, R.J. (ed.), *Hand book of adolescent health risk behavior* (pp. 313-331). New York: Plenum press.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner press.
- Tilden, V.P. (1985). Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. *Research in Nursing and Health*,8, 199-206.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Behavior*, 23, 145-156.
- Triandis, H.C. (1971). *Attitude and Attitude Change*. New York: John Wiley & Sons.

Wessle, H., Cnattingius S., Bergstrom S., Dupret, A. & Reitmaier, P. (1996). Maternal risk factors for preterm birth and low birthweight in Cape Verd. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 75, 360-366.





ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผศ. ดร. จรัสศรี ชีระกุลชัย
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. ผศ. อรรณภา พูลศิลป์
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. ผศ. ประนอม ภูศรีทอง
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
4. อาจารย์กนกวรรณ เวสสธาดา
พยาบาลชำนาญการระดับ 8 งานบริการผู้ป่วยนอกแผนกสูติ-นรีเวชวิทยาโรงพยาบาลรามาธิบดี
5. พ.ท. หญิง ศิริวรรณ มั่นสุข
หัวหน้างานบริการผู้ป่วยนอก แผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

**เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)**

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ชื่อผู้วิจัย นางสาวมะลิวรรณ หมั่นแก่วักล้าวิจิต

สถานที่วิจัย หน่วยตรวจโรคนอกสูติกรรม โรงพยาบาลรามารักษ์

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาวมะลิวรรณ หมั่นแก่วักล้าวิจิต หมายเลขโทรศัพท์ 081-7871567

ผศ. ดร. จรัสศรี ชีระกุลชัย หมายเลขโทรศัพท์ 02-2011411

ผู้สนับสนุนการวิจัย -

ความเป็นมาของโครงการ

ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่ง ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ทำให้อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับเป็นภาวะเสี่ยงประการหนึ่งที่จะส่งผลกระทบต่อ การตั้งครรภ์ได้ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จึงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ต่าง ๆ มากมาย เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะคลอดติดขัด ภาวะคลอดก่อนกำหนด และการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ ซึ่งผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าวสามารถป้องกันและควบคุมได้ด้วยการฝากครรภ์และดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม การฝากครรภ์เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนป้องกันและรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด แต่ในปัจจุบันพบการมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังมีอัตราต่ำ สิ่งที่จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องนั้น อาจมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง การได้รับความ

ช่วยเหลือที่ดีจากครอบครัวในระหว่างตั้งครรภ์และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น แม้ว่าที่ผ่านมามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์อยู่บ้างแต่เป็นบริบทที่แตกต่างกันไป ไม่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์และทำให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
3. เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบและฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยพบสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการตรวจครรภ์ตามแพทย์นัด ขณะที่รอรับการตรวจ ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ในกรณีของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ผู้วิจัยให้ผู้มีอำนาจกระทำการแทนเซ็นชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ เพื่อเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที และผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามได้เมื่อเกิดข้อสงสัย

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้อมูลและผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ตลอดจนการได้รับความสนับสนุนช่วยเหลือในระหว่างตั้งครรภ์ และใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอบแบบสอบถาม โดยได้รับความยินยอมและเต็มใจในการเข้าร่วมวิจัยจากผู้เข้าร่วมวิจัยแล้ว

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยขออธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าไม่มีผลต่อการบริการและการดูแลที่ได้รับ การตอบแบบสอบถามไม่ต้องใส่ชื่อ-สกุลในแบบสอบถาม และจะใช้เป็นรหัสในการเก็บบันทึกข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเป็นความลับเฉพาะเพื่อการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น





**หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง**

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และ
การฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ชื่อผู้วิจัย นางสาวมะลิวรรณ หมีนแก้วกล้าวิชิต

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน
นาย/ นาง/ นางสาว/ ค.ช./ ค.ญ. ในฐานะ ได้ทราบรายละเอียด
ของโครงการการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน
ไม่สิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อ
สงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับ
ตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัว
ผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้มีอำนาจกระทำการแทน)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้ทำวิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ผู้มีอำนาจกระทำการแทนทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

- ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ชื่อผู้วิจัย นางสาวมะลิวรรณ หมั่นแก่วักล้าวิจิต

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

- ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๐/๐๕๓

ชื่อโครงการ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติ
ต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๒-๕๐-๕๑ ข

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสาวมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิชิต

ที่ทำงาน

โรงพยาบาลปาดอง
อำเภอกะหู่ จังหวัดภูเก็ต

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง

๑๕ มีนาคม ๒๕๕๐

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

วันที่ชี้แจง

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย

นางสาวมะลิวรรณ หมั่นแก่วักล้าวิจิต นักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อผู้วิจัยร่วม

-

ผู้ให้ทุนวิจัย : ทุนส่วนตัว

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำการโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูงถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านนั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับเป็นปัญหาสำคัญ ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ทำให้อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับเป็นภาวะเสี่ยงประการหนึ่งที่จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตได้ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จึงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ต่าง ๆ มากมาย เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะคลอดติดขัด ภาวะคลอดก่อนกำหนด และการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ ซึ่งผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าวสามารถป้องกันและควบคุมได้ด้วยการฝากครรภ์และดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม การฝากครรภ์เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนและรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด แต่ในปัจจุบันพบการมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังมีอัตราต่ำ สิ่งที่จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องนั้น อาจมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง การได้รับความช่วยเหลือที่ดีจากครอบครัวในระหว่างตั้งครรภ์และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น แม้ว่าที่ผ่านมามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการตั้งครรภ์อยู่บ้างแต่เป็นบริบทที่แตกต่างกันไป ไม่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์ และทำให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
3. เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบและฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์

3. มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป
4. สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี
2. มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์
3. มีอายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์
4. ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ไม่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

หน่วยบริการผู้ป่วยนอก แผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ จำนวน 120 ราย

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งทั้งหมด

เวลาในการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมโครงการใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ซึ่งเป็นเวลาระหว่างการรอแพทย์ตรวจ และจะขอให้ท่านช่วยตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

ผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการตรวจครรภ์ตามนัด ขณะที่รอรับการตรวจผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ท่านเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนาและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ท่านมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้วิจัยให้ผู้มีอำนาจกระทำการแทนเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนาและยินดีเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้ท่าน โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาทีและผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณที่ท่านสามารถซักถามได้เมื่อเกิดข้อสงสัย

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีปกป้องกัน/แก้ไขให้ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอบแบบสอบถาม โดยได้รับความยินยอมและเต็มใจในการเข้าร่วมวิจัยจากผู้เข้าร่วมวิจัยแล้วเท่านั้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
2. เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการแพทย์ได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความเข้าใจในการช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องและเข้าใจในความแตกต่างของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละรายเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี) และค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการ

ไม่มี

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

หากท่านไม่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ก็จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบริการ โดยท่านจะได้รับการดูแลและการบริการตามปกติ

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

1. นางสาวมะลิวรรณ หมั่นแก่วัดวิจิตร ที่อยู่ บ้านเฉลิม 2 อพาร์ตเมนต์ (ห้อง 212) 25/4 ซอยพหลโยธิน 44 แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร หมายเลขโทรศัพท์ 081-7871567
2. ผศ.ดร. จรัสศรี ชีระกุลชัย ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี หมายเลขโทรศัพท์ 02-2011411

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

สำนักงานพิจารณาโครงการวิจัย พย. เบอร์โทร 02-3547600 ต่อ 94270

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

เป็นแนวทางในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือในระหว่างตั้งครรภ์และใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยการตอบแบบสอบถามไม่เปิดเผยชื่อ - นามสกุล ที่อยู่ของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคลและจะใช้เป็นรหัสในการเก็บบันทึกข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเป็นความลับเฉพาะเพื่อการวิจัยครั้งนี้ และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบต่อบริการและการดูแลที่จะได้รับ

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

รับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

ชื่อ นางสาวมะลิวรรณ หมั่นแก่วักล้าวิชีวิต

โครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

วันที่ลงนาม

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดี ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจและไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ เป็นส่วนตัวข้าพเจ้าเอง 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอายุน้อยกว่า 18 ปี / ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และ
ไม่สามารถลงลายมือชื่อด้วยตนเอง

ข้าพเจ้า.....ในฐานะเป็น.....
(ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครอง / บิดา-มารดา / สามี-ภรรยา) ของ.....
อนุญาตให้ เข้าร่วมในโครงการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครอง / บิดา-มารดา /
สามี-ภรรยา)
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ที่เสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี

(Application Form For Ethic Consideration)

1. วันที่เสนอเข้ารับการพิจารณา วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างการรับทราบข้อมูล การสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และ
การฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

Project Title THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEPTION OF HEALTH, SOCIAL SUPPORT, ATTITUDE
TOWARD PREGNANCY AND PRENATAL VISIT IN ADOLESCENT PREGNANT WOMEN

3. หัวหน้าโครงการ ชื่อ นส. มะลิวรรณ นามสกุล หมั่นแก้วกล้าวิชิต

ตำแหน่ง นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตร กศ.พยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด

หน่วยงาน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สถาบัน มหาวิทยาลัยมหิดล

4. ประเภทงานวิจัย

☐ Clinical Trial

☒ แบบสอบถามหรือสัมภาษณ์

☐ รวบรวมข้อมูล

☐ ทดลองอุปกรณ์การแพทย์

☐ อื่นๆ ระบุ.....

5. งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยริเริ่มโดย

☐ บริษัทเอกชน

☐ แพทย์ในโรงพยาบาล

☐ โครงการเพื่อการทำวิทยานิพนธ์ของ

☒ นักศึกษาปริญญาโท, เอก

☐ แพทย์ประจำบ้าน

☐ แพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

☐ อื่นๆ ระบุ.....

6. การวิจัยนี้เป็นพหุสถาบัน (Multicenter study) หรือไม่

☐ ใช่

☒ ไม่ใช่

ถ้าใช่โปรดกรอกข้อมูลต่อไปนี้

6.1 จำนวนผู้ป่วยที่จะศึกษา ทั่วโลก.....คน

ในประเทศไทย.....สถาบัน จำนวน.....คน

ในโรงพยาบาลราชวิถี.....120.....คน

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ข้อตกลงและยินยอมการส่งรายงานการศึกษา / วิจัยในโรงพยาบาลราชวิถี

ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี

วันที่

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....มะลิวรรณ หมิ่นแก้วกล้าวิจิตร

ตำแหน่ง นักศึกษาชั้นปริญญาโท สังกัด ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ได้ทำหนังสือขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลราชวิถีในการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย

เรื่อง การเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา แร่หินปูนในกระดูก เจตตประสงค์การส่งตรวจและการผ่าตัด
ทางเดินอาหารในผู้ป่วย

ตั้งแต่วันที่ เดือนสิงหาคม 2550 ถึงวันที่ เดือนตุลาคม 2550

ข้าพเจ้าขอรับข้อตกลงและยินยอมส่งรายงานการศึกษาวิจัย เมื่อข้าพเจ้าทำรายงานการศึกษา/
วิจัยเสร็จเรียบร้อยแล้ว จะทำการส่งมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ
โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 2 ฉบับ ภายในระยะเวลา 2 เดือน พร้อมกันนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้
โรงพยาบาลราชวิถีเผยแพร่ผลงานการศึกษา / วิจัย ของข้าพเจ้าได้ในกรณีที่โรงพยาบาลราชวิถีเห็นว่า
เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ 25/4 หมู่ที่ 1 ชื่ออาคาร / หมู่บ้าน บ้านเฉลิม 2

ครอบครัว / ซอย พหลโยธิน 44 ถนน พหลโยธิน แขวง / ตำบล บางเขน

เขต / อำเภอ รังสิต จังหวัด กทม รหัสไปรษณีย์ 10900

เบอร์โทรศัพท์ 091-7671567 Fax - E-mail 4633094@student.mahidol.ac.th

ที่อยู่ทำงาน โรงพยาบาล 1204 ตำบลป่าตอง อ.นครชัยศรี จังหวัดสุพรรณบุรี 33150

เบอร์โทรศัพท์ 076-342633 Fax -

ลงชื่อ (ผู้วิจัย)

(.นางสาวมะลิวรรณ หมิ่นแก้วกล้าวิจิตร)

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รหัสชุด.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง เติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ในช่อง () หน้าข้อความที่ท่านเลือก

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ..... ปี
2. ปัจจุบันสามีของท่านอายุ.....ปี
3. การศึกษาขั้นสูงสุดของท่านคือ.....
4. อาชีพของท่านคือ.....
5. รายได้ของครอบครัว.....บาทต่อเดือน
6. การตั้งครรภ์ครั้งนี้ท่านได้วางแผนไว้ล่วงหน้าหรือไม่
() ไม่ได้วางแผน () วางแผน
7. การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งที่.....
8. จำนวนบุตรมีชีวิต.....คน
9. ลักษณะครอบครัว
() อาศัยอยู่ตามลำพังสามีภรรยา () อาศัยอยู่กับบิดา/มารดาของตนเอง
() อาศัยอยู่กับบิดา/มารดาของสามี () อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนนี้สำหรับผู้วิจัย

1. การตั้งครรภ์ครั้งนี้เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์..... สัปดาห์
2. จำนวนครั้งของการฝากครรภ์.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านที่มีต่อภาวะสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้นคำตอบจึงไม่มีถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากกว่าครึ่ง
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านน้อยกว่าครึ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึกพึงพอใจของท่านต่อ
พฤติกรรมการสนับสนุนช่วยเหลือที่ท่านได้รับในระหว่างตั้งครรภ์ โดยทำเครื่องหมาย / ในช่องที่
ตรงกับความเป็นจริงตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด ให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียวและตอบทุกข้อ
โดยแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือกดังนี้

รู้สึกไม่พึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น แล้วรู้สึกไม่พึงพอใจมากที่สุด
รู้สึกไม่พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น แล้วรู้สึกไม่พึงพอใจปานกลาง
รู้สึกไม่พึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น แล้วรู้สึกไม่พึงพอใจน้อยที่สุด
รู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น แล้วรู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด
รู้สึกพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น แล้วรู้สึกพึงพอใจปานกลาง
รู้สึกพึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น แล้วรู้สึกพึงพอใจมากที่สุด

บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือและคอยดูแลท่านในระหว่างตั้งครรภ์ คือ.....

ข้อความ	รู้สึกไม่ พึงพอใจ มากที่สุด	รู้สึกไม่ พึงพอใจ ปานกลาง	รู้สึกไม่ พึงพอใจ น้อยที่สุด	รู้สึก พึงพอใจ น้อยที่สุด	รู้สึก พึงพอใจ ปานกลาง	รู้สึก พึงพอใจ มากที่สุด
1.เขารับฟังปัญหาและคอย เป็นห่วงเป็นใยฉัน						
2.เขาช่วยทำให้ฉันมีขวัญ และกำลังใจดีขึ้น						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
11.เขาแสดงให้เห็นว่าเขา จะอยู่ใกล้ฉันเสมอเมื่อฉัน ต้องการความช่วยเหลือ						

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของท่าน โดยมีข้อความให้พิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกและความคิดเห็นตรงกับข้อความแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และทำเครื่องหมาย / ตรงช่องที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยให้ท่านเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ โดยแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือกดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากกว่าครึ่ง
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านน้อยกว่าครึ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

ฉันรู้สึกว่ารูปร่างที่เปลี่ยนแปลง
ขณะตั้งครรภ์เป็นเรื่องธรรมชาติ
การตั้งครรภ์ครั้งนี้ทำให้ฉันรู้สึก
เหนื่อยและไม่ค่อยแข็งแรง

ภาคผนวก ง

สูตรในการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha coefficient)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} [1 - \frac{si^2}{st^2}]$$

$$\alpha = \text{ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น}$$

$$N = \text{จำนวนข้อในแบบสอบถาม}$$

$$si^2 = \text{ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ}$$

$$st^2 = \text{ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด}$$

ภาคผนวก จ

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย รายได้ครอบครัวต่ำสุดและสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ (n = 120)

รายได้ครอบครัว	ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์		ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 10,000	51	68.0	30	66.67
10,000 – 15,000	20	26.67	15	33.33
มากกว่า 15,000	4	5.33	-	-
	$\bar{x} = 8,342.66$		$\bar{x} = 7,573.33$	
	min-max 1,500-30,000		min-max 1,800-15,000	

ภาคผนวก จ

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ จำแนกตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ (n = 75)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ					
	ดี		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	19	25.33	53	70.67	3	4
ด้านการรับรู้ความรุนแรง	29	38.67	44	58.67	2	2.66
ด้านการรับรู้ประโยชน์	72	96.00	3	4.0	-	-
ด้านการรับรู้อุปสรรค	-	-	10	13.33	65	86.67
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	70	93.33	5	6.67	-	-

ภาคผนวก ข

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ จำแนกตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ (n = 45)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ					
	ดี		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	4	8.89	29	64.44	12	26.67
ด้านการรับรู้ความรุนแรง	5	11.11	38	84.45	2	4.44
ด้านการรับรู้ประโยชน์	37	82.22	8	17.78	-	-
ด้านการรับรู้อุปสรรค	-	-	13	28.89	32	71.11
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	38	84.44	7	15.56	-	-

ภาคผนวก ข

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยรายด้านของการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำแนกตามการ
ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ (n = 120)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์		ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์		t
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	23.57	3.89	21.71	5.64	-2.14*
ด้านการรับรู้ความรุนแรง	24.08	4.03	21.82	5.59	-2.56**
ด้านการรับรู้ประโยชน์	40.79	3.09	39.91	4.33	-1.29*
ด้านการรับรู้อุปสรรค	33.17	3.61	30.91	5.98	-2.59***
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	23.60	2.08	22.73	3.21	-1.79**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ภาคผนวก ฅ

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยรายด้านของเจตคติต่อการตั้งครรภ์ จำแนกตามการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ (n = 120)

เจตคติต่อการตั้งครรภ์	ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์		ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์		t
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ	25.12	3.77	22.91	5.48	-2.61**
ด้านความรู้สึกนึกคิดต่อทารกในครรภ์	36.81	3.11	34.33	4.86	-3.40***
ด้านความรู้สึกต่อการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์	33.00	2.96	29.75	5.96	-3.97***

** p < .01, *** p < .001

ภาคผนวก ญ

บุคคลหลักในครอบครัวที่ให้การสนับสนุนกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

บุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มารดา	69	57.5
สามี	38	31.7
บิดา	9	7.5
ญาติ	4	3.3

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต
วัน เดือน ปีเกิด	21 มิถุนายน 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดตรัง
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช, พ.ศ. 2538-2542 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2548-2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2542 – ปัจจุบัน พยาบาลประจำการงานผู้ป่วยในและงานห้องคลอด โรงพยาบาลป่าตอง อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต โทรศัพท์ 076-342633 ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ 6