

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นภาวะวิกฤตของพัฒนาการของสตรีวัยรุ่น ซึ่งทำให้พัฒนาการในด้านต่างๆ ของวัยรุ่นหยุดชะงัก ร่างกายมีการเจริญเติบโตลดลง (Santrock, 2001) เป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (Magness, 2012) และเป็นสาเหตุที่อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาและทารก (Qazi, 2011) เกิดการบาดเจ็บจากการคลอด (Ago, Abeshi, Njuko, Agan, & Ekabua, 2012) คลอดติดขัด ระยะเวลาคลอดยาวนาน ความดันโลหิตสูง และภาวะโลหิตจาง (Lowdermilk & Perry, 2006) คลอดจนเกิดทารกคลอดก่อนกำหนด (Ayuba & Gani, 2012) ถึงแม้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แต่การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก ดังเช่นสถานการณ์การคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2014 พบว่าสตรีวัยรุ่นทั่วโลกที่มีอายุ 15 – 19 ปี คลอดบุตร 49 คน ต่อวัยรุ่น 1,000 คน (World Health Organization [WHO], 2014) และสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าสถิติการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรของสตรีวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบการคลอดบุตรในปี พ.ศ. 2551 และปี พ.ศ. 2555 มีการคลอดบุตรของสตรีวัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปี จาก 92,704 คน เพิ่มขึ้นเป็น 109,520 คน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.14 และมีการคลอดบุตรของสตรีวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี จาก 3,043 คน เพิ่มขึ้นเป็น 4,116 คน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 35.26 (สำนักงานปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556)

การฝากครรภ์ เป็นบริการสุขภาพที่มีความสำคัญและสามารถให้การดูแลสตรีระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อให้สตรีมีการตั้งครรภ์และคลอดทารกที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (กฤษณี ไตรศรีศิลป์ และ พรณิ ศิริวรรณานา, 2555) รวมทั้งป้องกันการเกิดความพิการแต่กำเนิด การคลอดก่อนกำหนด โรคแทรกซ้อนของมารดา และการตายของมารดา (Moos, 2006) โดยสตรีที่ฝากครรภ์จะได้รับการคัดกรองประเมินภาวะสุขภาพ และได้รับคำแนะนำที่สำคัญต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร โภชนาการ การออกกำลังกาย การรับภูมิคุ้มกันโรค การเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดและสุรา ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมมารดา การป้องกันการเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพของทารกในครรภ์ รวมไปถึงการเตรียมสตรีตั้งครรภ์สู่บทบาทการเป็นมารดา (Child Trends, 2015) ส่งผลให้ทั้ง

มารดาและทารกสุขภาพดี (Issel, Forrestal, Slaughter, Wiencort, & Handler, 2011) เพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนด คลอดทางช่องคลอด และทารกแรกเกิดมีสุขภาพดี (Mersal, Esmat, & Khalil, 2013)

การเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ จะทำให้การคัดกรองโรค การดูแล ประเมินสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ยังไม่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์และทารกได้อย่างทันทั่วทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต (Vintziloos, Ananth, Smulian, Scorza, & Knuppel, 2002) คลอดก่อนกำหนด (Webby, Murray, Castilla, Lopez-Camelo, & Ohsfeldt, 2009) รกเกาะต่ำ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Cunningham, et al. 2010) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Kotelchuck, 1994) ทารกตายคลอด (Beauclair, Petro, & Myer, 2014) และทารกตายปริกำเนิด (Iklaki, Inaku, Ekkabua, Ekkanam, & Udo, 2012) สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก มีความเสี่ยงต่อการใช้สูติศาสตร์ หารัดถการ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (ชวมัย สืบนุกาณณ์, 2554) น้ำหนักเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์น้อย เพิ่มอัตราการเสียชีวิตทางสูติกรรม (Haeri, Guichard, & Saddlemire, 2009) เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด (Iklaki, et al. 2012) ตลอดจนเสียชีวิต (WHO, 2004) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย (Haeri, et al. 2009) และตายคลอด (Iklaki, et al. 2012) ดังเช่นการศึกษาของชวมัย สืบนุกาณณ์ (2554) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 78.6) มีความสัมพันธ์กับการใช้สูติศาสตร์ หารัดถการ และการตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ (Vongjinda, 2004) มักเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักจะรับรู้ การตั้งครรภ์จากการค้นของทารกในครรภ์ (สุภาชัย สาระจรัส, 2553) ส่วนใหญ่จะขาดการรับรู้ ว่าตนเองตั้งครรภ์และต้องการที่จะปกปิดการตั้งครรภ์ทำให้เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก (WHO, 2004) ดังเช่นการศึกษาของแวนดาว พิมลธเรศ (2555) ที่ศึกษาการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจังหวัดชลบุรี พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 52.40 และการศึกษาของโควิงตัน, เซอร์ซิล, และ ไรท์ (Covington, Churchill, & Wright, 1994) ที่ศึกษาจากข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานให้บริการแพทย์ทาง ตะวันออกเฉียงใต้ ของรัฐแคโรไลนา (Carolina) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อ อายุครรภ์มากกว่า 15 สัปดาห์ โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ เฉลี่ย 16.1 สัปดาห์ และสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งที่สองเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 17.8 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ทั้งใน

ต่างประเทศและในประเทศไทย ดังเช่นการศึกษาของแฮริ และคณะ (Haeri, et al. 2009) ในสตรีวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 11 - 18 ปี จำนวน 484 คน พบว่าสตรีวัยรุ่นเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 1 (อายุครรภ์ 1 – 12 สัปดาห์) ร้อยละ 43 ไตรมาสที่ 2 (อายุครรภ์ 13 – 26 สัปดาห์) ร้อยละ 46 และไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ 27 – 40 สัปดาห์) ร้อยละ 11 และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเท็กซัส (Texas) ของวีแมน, บีเรนสัน, ปิโน, และ เม็คคอมบ์ (Wiemann, Berenson, Pino, & McCombs, 1997) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 14.6 สัปดาห์ สำหรับประเทศไทยมีสถิติการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจังหวัดสุรินทร์ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีจำนวนทั้งหมด 1,067 คน เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ เพียง 97 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 9 ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดสุรินทร์ทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์, 2556) เมื่อเปรียบเทียบการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่าและมีจำนวนครั้งในการฝากครรภ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (แวนดาว พิมลธเรศ, 2555)

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นควรมารับบริการฝากครรภ์ตั้งแต่เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์และมาฝากครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้เสนอเกณฑ์ให้สตรีตั้งครรภ์ฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง และเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ อีกทั้งกำหนดเป้าหมายให้สตรีตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 80 ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด (WHO, 2012) แต่จากการสำรวจของกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2014) พบว่าทั่วโลกมีอัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ร้อยละ 53 สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเกณฑ์ของการฝากครรภ์จำนวน 5 ครั้ง โดยฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ (ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย, 2554) และได้กำหนดตัวชี้วัดให้สตรีตั้งครรภ์เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60 ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) แต่จากการสำรวจในประเทศไทย พบว่าสตรีตั้งครรภ์เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ เพียงร้อยละ 40.96 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ (Wiemann, et al. 1997) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ (Chaibva, 2007) การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ (Gross, Alba, Glass, Schellenburg, & Obrist, 2012; Teagle & Brindis, 1998) และการสนับสนุนทางสังคม (Gross, et al. 2012) โดยปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เริ่มฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อย ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนปลาย (Haeri, et al. 2009) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (Singh, Singh,

Kumar, & Rai, 2013) สถานภาพสมรสคู่หรืออยู่ร่วมกันกับสามี (Wiemann, et al. 1997) มีงานทำ และมีรายได้เพียงพอในการที่จะจ่ายค่าบริการในการฝากครรภ์ (Chaibva, Roos, & Ehlers, 2009) ส่วนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง (Covington, et al. 1994) แยกทางกับสามี ไม่มีงานทำ (Wiemann, et al. 1997) และไม่สามารถจ่ายค่าบริการที่ใช้ในการฝากครรภ์ได้ (Chaibva, et al. 2009)

การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถป้องกันภาวะที่คุกคามสุขภาพ (Becker, 1974) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์จึงหมายถึง ความเชื่อในผลของการฝากครรภ์ว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์หรือเป็นความรู้สึกนึกคิดของสตรีตั้งครรภ์ที่เชื่อว่าการฝากครรภ์ทำให้ตนเองและทารกมีสุขภาพที่ดี ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการฝากครรภ์ (Stout, 1997) หรือเป็นการให้คุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดจากการฝากครรภ์ที่มีผลดีต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารก (Chaibva, et al. 2009) ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ที่นำไปสู่การเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อย ดังการศึกษาของคิวโลปานา, แชมเปียน, และ ซาลาซาร์ (Quelopana, Champion, & Salazar, 2009) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายในการฝากครรภ์ของสตรีชาวเม็กซิโก (Mexican) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์สามารถทำนายการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์จะเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ 0.71 เท่า และการศึกษาในประเทศไทยของปาหนัน พิชยภิญโญ (Pichayapinyo, 2005) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อย การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์มีความเกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ ดังเช่นการศึกษาของทีเกิล และ บรินดิส (Teagle & Brindis, 1998) โดยการสัมภาษณ์สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ให้เหตุผลในการฝากครรภ์คือ มีการรับรู้ประโยชน์ว่าการฝากครรภ์มีประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยสุขภาพของทารกในครรภ์ (ร้อยละ 99) และการศึกษาของไชบวา และคณะ (Chaibva, et al. 2009) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ฝากครรภ์ขาดการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ (ร้อยละ 31.3)

การรับรู้อุปสรรค หมายถึง สิ่งที่ขัดขวางหรือทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Becker, 1974) การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ จึงหมายถึงสิ่งกีดขวางหรือมีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ฝากครรภ์หรือเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก (Stout, 1997) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการฝากครรภ์มากจะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ที่มากขึ้น (Byrd, Mullen, Selwyn, & Lorimor, 1996) สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ดังเช่นการศึกษาของ

แมคเคียน (McKeon, 1997) ที่ทำการศึกษาลึ่่งที่มีอิทธิพลต่อการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยและการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก ในสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ และการศึกษาของคิวโลพานา และคณะ (Quelopana, et al. 2009) ที่ศึกษาการฝากครรภ์ของสตรีวัยผู้ใหญ่ชาวเม็กซิโก พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์สามารถทำนายอายุครรภ์ของการเริ่มฝากครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์มากจะเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากเป็น 1.29 เท่าของสตรีที่ไม่มีการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ สำหรับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ชาวไทย (Cananub, 2004; Pichayapinyo, 2005) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อย การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ อย่างไรก็ตามการศึกษาของเอี่ยมพรราชภูติ, จันทรัตน์ เจริญสันติ, และ วรรณิการ์ กันธะรักษา (2554) พบว่าอุปสรรคของการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์หรือไม่ฝากครรภ์คือ จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ระบบบริการฝากครรภ์ที่ไม่ชัดเจน ขั้นตอนในการฝากครรภ์ใช้เวลานาน การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและสตรีตั้งครรภ์ และการคมนาคมที่ไม่สะดวก สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นนั้นการรับรู้ว่าคุณค่าสถานบริการที่เฉพาะกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นอุปสรรคของการฝากครรภ์ ดังเช่นการศึกษาของสมิธ และ โรเบิร์ต (Smith & Roberts, 2009) ที่ศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในสหราชอาณาจักรโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ พบว่าอุปสรรคอย่างหนึ่งของการฝากครรภ์คือ ไม่มีบริการฝากครรภ์เฉพาะสำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้สึกไม่สบายใจหากต้องฝากครรภ์ในสถานที่เดียวกับสตรีที่มีอายุมากกว่า เนื่องจากมีความคิดว่าสตรีวัยผู้ใหญ่เหล่านั้นจะมองว่าตนเองไม่มีคุณค่า อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นชาวไทย

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การแสดงออกหรือการปฏิบัติพฤติกรรมระหว่างบุคคลของบุคคลในสังคมที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (House, 1981) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเครือข่ายทางสังคมที่แลกเปลี่ยนกันได้โดยทั่วไป (House, Umberson, & Landis, 1988) ทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือการสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) และการสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ และบริการ (instrumental support) (House, 1981) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยและมีการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ได้ดี (Daniels, Noe, & Mayberry, 2006) ในทางตรงกันข้ามสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก ดังเช่นการศึกษาของกรอส และคณะ (Gross, et al. 2012) ในประเทศแทนซาเนีย (Tanzania) พบว่าสตรี

ตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปี เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 20 สัปดาห์ โดยขาดการสนับสนุนทางสังคมในการฝากครรภ์จากสามีถึงร้อยละ 92 และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับคำแนะนำในการฝากครรภ์เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับคำแนะนำในการฝากครรภ์ 5.09 เท่า และการศึกษาของสมิท และ โรเบิร์ต (Smith & Roberts, 2009) โดยการสัมภาษณ์สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากเป็นเพราะขาดการสนับสนุนทางสังคมจากสามีในการช่วยเหลือและสนับสนุนในการฝากครรภ์ สำหรับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นชาวไทยของมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิชิต (2551) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ชัดเจนถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับอายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นชาวไทย

การตั้งครรภ์วัยรุ่นและอายุครรภ์ที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ยังเป็นปัญหาของประเทศ ไทย เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่เริ่มฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มาก และฝากครรภ์ไม่ได้คุณภาพเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นผู้ใหญ่ ซึ่งการฝากครรภ์ช่วยลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตของสตรีวัยรุ่นและทารก ทั้งนี้ยังช่วยส่งเสริมสุขภาพให้สตรีวัยรุ่นและทารกมีสุขภาพดีทั้งในระยะตั้งครรภ์ไปจนถึงระยะคลอด โดยการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเองสามารถก่อให้เกิดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนได้มาก หากเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากหรือไม่ฝากครรภ์จะทำให้ไม่สามารถรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้นได้อย่างทันที ก่อให้เกิดอันตรายกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกได้ ซึ่งการศึกษาการฝากครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นผู้ใหญ่และเป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับการศึกษาในวัยรุ่นที่พบเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและการศึกษาที่ไม่ชัดเจนในเรื่องของอายุครรภ์ที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรก การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยปัจจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจากการทบทวนวรรณกรรมคือ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม โดยผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์ได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

### คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นอย่างไร
2. การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือไม่ อย่างไร

### นิยามศัพท์

**การฝากครรภ์** หมายถึง การที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมารับบริการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก ประเมินจากอายุครรภ์ที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรก โดยบันทึกจากสมุดบันทึกการฝากครรภ์ และคำนวณจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (last menstrual period [LMP]) หรือจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound)

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์** หมายถึง สิ่งที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม

**การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์** หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อผลของการฝากครรภ์ว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ (Perceived Benefits of Prenatal Care Scale) ของบริด และคณะ (Byrd, et al. 1996) แปลเป็นภาษาไทยโดยปาหนัน พิชยภิญโญ (Pichayapinyo, 2005) และดัดแปลงโดยนภพร ชัยมาโย, จันทรรัตน์ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (2559)

**การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์** หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นว่าเป็นสิ่งที่ขัดขวางหรือมีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ฝากครรภ์หรือเริ่มฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มาก ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ (Perceived Barriers to Prenatal Care Scale) ของบริด และคณะ (Byrd, et al. 1996) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยปาหนัน พิชยภิญโญ (Pichayapinyo, 2005) และดัดแปลงโดยนภพร ชัยมาโย, จันทรรัตน์ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (2559)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ได้รับ การปฏิบัติจากบุคคลอื่นของสังคม เช่น สามี บิดา มารดา ญาติ เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น เป็นความช่วยเหลือเกี่ยวกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Behaviors Inventory [SBI]) ของบราวน์ (Brown, 1986) แปลเป็นภาษาไทยโดยกาญจนา บุญทับ (2534) และฉบับปรับปรุงเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2551)

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาล



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved