

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดหัวข้อการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
 - 1.1 ความหมายของวัยรุ่น
 - 1.2 พัฒนาการของวัยรุ่น
 - 1.3 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
 - 1.4 ผลกระทบของการตั้งครรภ์ต่อวัยรุ่น
2. การฝากครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
 - 2.1 แนวปฏิบัติของการฝากครรภ์
 - 2.2 ความสำคัญของการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรก
 - 2.3 ผลกระทบของการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มาก
 - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์
3. การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์
 - 3.1 แนวคิดการรับรู้ประโยชน์
 - 3.2 การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
 - 3.3 การประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์
 - 3.4 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์กับการฝากครรภ์
4. การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์
 - 4.1 แนวคิดการรับรู้อุปสรรค
 - 4.2 การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
 - 4.3 การประเมินการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์
 - 4.4 ความสัมพันธ์ของการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์กับการฝากครรภ์

5. การสนับสนุนทางสังคม
 - 5.1 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
 - 5.2 การสนับสนุนทางสังคมในการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
 - 5.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
 - 5.4 ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการฝากครรภ์

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ความหมายของวัยรุ่น

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของวัยรุ่นว่า เป็นระยะที่มนุษย์มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่พัฒนาหลังจากวัยเด็กและก่อนที่จะเป็นวัยผู้ใหญ่ โดยวัยรุ่นมีอายุระหว่าง 10 - 19 ปี สิ่งที่ยังบอกถึงความเป็นวัยรุ่นคือ เป็นระยะของพัฒนาการร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น การเปลี่ยนแปลงที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ รวมไปถึงมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม (WHO, 2014) มีการย้ายโรงเรียนหรือเริ่มต้นการทำงาน (Santrock, 2001) เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากเด็กไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนั้นการดูแลภาวะสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ (Pillitteri, 2014)

พัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่นเพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen hormone) มีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างอย่างชัดเจน ได้แก่ มีเต้านม สะโพกผาย มีประจำเดือน มีลักษณะของขนและอวัยวะเพศตามแบบผู้ใหญ่ โดยรังไข่จะผลิตฮอร์โมนเพื่อช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตของอวัยวะเพศหญิง ควบคุมความเป็นหญิง ควบคุมการตกไข่ และการมีประจำเดือน (วารุณี พองแก้ว และคณะ, 2545ก) อย่างไรก็ตามการมีประจำเดือนของวัยรุ่นยังไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ การลดน้ำหนัก และการออกกำลังกาย (Vaughan & Litt, 1990) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความสับสน ไม่มั่นใจในตนเอง รวมไปถึงมีความต้องการที่จะหาเอกลักษณ์ให้แก่ตนเอง ต้องการความเป็นอิสระ อยากรู้อยากลอง แต่ด้วยความที่ไม่มีประสบการณ์ทำให้เลือกตัดสินใจทำในสิ่งที่ผิด (วารุณี พองแก้ว และคณะ, 2545ข) ทั้งนี้ระยะของวัยรุ่นแบ่งตามพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็น 3 ระยะคือ วัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่น

ตอนกลาง และวัยรุ่นตอนปลาย (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2552; วิโรจน์ อารีย์กุล, 2553; Vaghan & Litt, 1990)

วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence)

วัยรุ่นตอนต้น หมายถึง ช่วงเวลาของชีวิตที่เปลี่ยนจากวัยเด็กเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น (Vaughan & Litt, 1990) มีอายุระหว่าง 10 – 13 ปี (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2552) โดยมีพัฒนาการ ดังนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย ในวัยรุ่นตอนต้นร่างกายจะมีการเจริญเติบโต มีส่วนสูงที่เพิ่มขึ้น ประมาณ 7.5 เซนติเมตรต่อปี ในวัยรุ่นเพศหญิงจะมีการเพิ่มขึ้นของชั้นไขมันในร่างกาย (body fat) มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น มีการเจริญเติบโตของสมองอย่างเต็มที่ เริ่มมีประจำเดือนซึ่งประจำเดือนอาจจะยังไม่สม่ำเสมอ (Vaughan & Litt, 1990) มีขนที่หัวหน้า หน้าอก ใหญ่ขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของเต้านมและลานนมโตขึ้นเล็กน้อย (นิตยา ไทยาภิรมย์, 2555)

2. พัฒนาการด้านจิตใจ วัยรุ่นตอนต้นให้ความสนใจในรูปร่างและหน้าตาของตนเอง มีความคิดหรือความรู้สึกที่ยึดตัวเองเป็นหลัก (วิโรจน์ อารีย์กุล, 2553) มีอารมณ์แปรปรวน สับสน อ่อนไหวง่าย อารมณ์ไม่คงที่ วิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย หาสเหตุและหาสิ่ง ที่แตกต่างจากเพื่อนคนอื่น ๆ เริ่มแสดงลักษณะเด่นทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ร้อน อ่อนไหวง่าย เป็นต้น (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2552) และมีความคิดเกี่ยวกับศีลธรรมจรรยา โดยมีความรู้สึกผิดชอบชั่วดีซึ่งอยู่บนพื้นฐานของศาสนา (Vaughan & Litt, 1990)

3. พัฒนาการด้านสังคม วัยรุ่นตอนต้นมีความต้องการความเป็นส่วนตัว มักคิดว่าตนเอง สำคัญกว่าคนอื่น ให้ความสนใจตนเอง จับกลุ่มทำกิจกรรมแปลกๆ และรู้สึกโดดเดี่ยว (นิตยา ไทยาภิรมย์, 2555) ชอบเล่นกับเพศเดียวกัน เริ่มให้ความสนใจเพศตรงข้าม ให้ความสนใจกับเพื่อนมากกว่า บิดาและมารดา (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2552)

วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence)

วัยรุ่นตอนกลาง มีอายุระหว่าง 14 - 17 ปี (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2552) โดยมีพัฒนาการดังนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย ในวัยรุ่นตอนกลางส่วนสูงจะเพิ่มมากที่สุดในช่วงนี้โดยสามารถเพิ่มได้ถึง 6 – 11 เซนติเมตรต่อปีในเพศหญิง มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากขนาดของร่างกายและชั้นไขมันที่ เพิ่มขึ้น (Vaughan & Litt, 1990) กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่และแข็งแรงมากขึ้น การทำงานของกล้ามเนื้อ มดเล็กดีขึ้น ต่อมาเหงื่อทำงานมากขึ้นทำให้เกิดสิว หัวนมและลานนมยื่นจากฐานเต้านม (นิตยา ไทยาภิรมย์, 2555)

2. พัฒนาการด้านจิตใจ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอารมณ์ทางเพศที่สูงขึ้น มีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าตนเองผิดปกติหรือไม่ มีความสนใจ อยากรู้และอยากเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศ มีการเรียนรู้ที่จะสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง มีความวิตกกังวลกลัวที่จะไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลรอบข้าง ยังไม่สามารถควบคุมตนเองได้หรือควบคุมอารมณ์ของตนได้ไม่ดี (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2552) จึงมีความรู้สึกและอารมณ์ที่รุนแรง หากเกิดปัญหาหรือวิกฤติในชีวิต ความคิดและการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาการในด้านต่างๆ ของวัยรุ่นตอนกลางอาจถดถอยไปสู่ความเป็นวัยรุ่นตอนต้น หากเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้วัยรุ่นรู้สึกท้อแท้และขาดความเชื่อมั่นอาจจะทำให้วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าได้ (วิโรจน์ อารีย์กุล, 2553) นอกจากนี้วัยรุ่นตอนกลางมีความคิดเกี่ยวกับศีลธรรมจรรยา โดยมีความต้องการที่จะรักษาประเพณีและบรรทัดฐานของสังคม (Vaughan & Litt, 1990)

3. พัฒนาการด้านสังคม วัยนี้มีความสนใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง รักสวยรักงามหรือการแต่งตัวทันสมัย เพื่อนมีบทบาทค่อนข้างมาก มีความขัดแย้งกับบิดาและมารดา ไม่ชอบการถูกบังคับ มักฝ่าฝืนข้อบังคับและกฎระเบียบ มีความสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม (นิตยา ไทยภิรมย์, 2555) ต้องการการยอมรับจากสังคม ต้องการให้บุคคลรอบข้างเห็นคุณค่าของตนเอง เลียนแบบเพื่อนสนิทหรือบุคคลที่ชื่นชอบ เก็บตัว และไม่ชอบไปไหนมาไหนกับผู้ปกครองแต่ชอบไปกับเพื่อน (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2552) มีการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรัก (Vaughan & Litt, 1990)

วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence)

วัยรุ่นตอนปลาย มีอายุระหว่าง 18 – 20 ปี (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2552) เป็นระยะสุดท้ายในการเจริญเติบโตของวัยรุ่นซึ่งมีความแตกต่างจากวัยรุ่นตอนต้น (Vaughan & Litt, 1990) โดยมีพัฒนาการดังนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย ความสูงของวัยรุ่นตอนปลายเพิ่มขึ้นจากเดิมแต่มีอัตราการเพิ่มขึ้นต่อปีน้อยกว่าวัยรุ่นตอนต้นและวัยรุ่นตอนกลาง เซลล์กล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Vaughan & Litt, 1990) มีพัฒนาการของห้วงนมและเต้านมเป็นลักษณะของเต้านมวัยผู้ใหญ่ (นิตยา ไทยภิรมย์, 2555)

2. พัฒนาการด้านจิตใจ มีการพัฒนาตนเองเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นก่อให้เกิดความวิตกกังวล (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2552) มีความคิดที่วางแผนเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง มีการแสดงความคิดเห็นของตนเองต่อผู้อื่น และมีความคิดเกี่ยวกับความรู้สึกผิดชอบชั่วดีอยู่ในระดับที่เท่ากับวัยผู้ใหญ่ (Vaughan & Litt, 1990)

3. พัฒนาการด้านสังคม มีการเรียนรู้ความแตกต่างระหว่างบุคคล มีสัมพันธภาพที่มั่นคงกับบุคคลอื่น และมีวุฒิภาวะเพิ่มมากขึ้น ให้ความนับถือบุคคลผู้มีประสบการณ์มากกว่า และมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเต็มที่ (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2552) ยอมรับฟัง

ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และสร้างความสัมพันธ์แบบผู้ใหญกับผู้ใหญ่กับบิดาและมารดา มีความอดทน ยับยั้งชั่งใจ ประณีประนอม และรู้ขอบเขตของตนเอง (นิตยา ไทยาภิรมย์, 2555) นอกจากนี้ ความขัดแย้งที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลางจะแปรเปลี่ยนเป็นความเข้าใจในความหวังดีของผู้ปกครอง (วิโรจน์ อารีย์กุล, 2553) สำหรับสตรีวัยรุ่นตอนปลายมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันทำให้เกิดการตั้งครรภ์ (Vaughan & Litt, 1990)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคือ การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่สตรีวัยรุ่นเองยังคงมีการเจริญเติบโต มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของพัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (WHO, 2014) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึก (บุญฤทธิ สุขรัตน์, 2557) การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่เพิ่มสูงขึ้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านวัฒนธรรม (WHO, 2014) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม รูปแบบการใช้ชีวิต และค่านิยมต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งนำไปสู่การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น ได้แก่ รูปแบบของการรับประทานอาหารทำให้วัยรุ่นเข้าสู่การเป็นหนุ่มสาวเร็วมากขึ้น การเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ง่ายเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้วัยรุ่นมีความต้องการทางเพศเพิ่มมากขึ้น ความห่างเหินของครอบครัวซึ่งวัยรุ่นจะได้รับอิสระจากครอบครัวทำให้มีโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น (บุญฤทธิ สุขรัตน์, 2557) ทั้งนี้การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของเพศศึกษา การมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และการรับรู้การตั้งครรภ์ไม่เพียงพอ ทำให้สตรีวัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น (สุภาชัย สารจรัส, 2553)

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคือ อายุเมื่อแต่งงาน เชื้อชาติ การถูกกีดกันทางสังคม (social deprivation) และภาวะเจริญพันธุ์ (fertility) ทั้งนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา (WHO, 2014) และยังพบว่าสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จะพบปัญหาของการตั้งครรภ์ การใส่สารเสพติด รายได้น้อย ขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ที่จะเป็นบิดา เคยถูกทำร้ายร่างกาย ขาดความเข้าใจในบทบาทการเป็นมารดา พัฒนาการของทารกไม่ดี และขาดความรู้เกี่ยวกับทรัพยากรทางสังคม เช่น การศึกษา ขาดการวางแผนในชีวิต และการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ (Akinson & Peden – McAlpine, 2014) และหน้าที่การทำงานไม่ดี หรือไม่มีการทำงาน (Santrock, 2001) ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ (Vongjinda, 2002) ไม่ได้วางแผนการมีบุตร และไม่พร้อมที่จะมีบุตร โดยมีเหตุผลของความไม่พร้อมคือ ฐานะทางเศรษฐกิจไม่มั่นคง อายุน้อย อยู่ในวัยเรียน และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2543) เมื่อเกิดการตั้งครรภ์สตรีวัยรุ่นมักจะไม่ต้องการบุตร (Vongjinda, 2002) มีความขัดแย้งระหว่างความต้องการในฐานะที่ตนเองเป็นมารดา กับในฐานะที่ตนเองเป็นวัยรุ่น (Pungbangkradee,

2007) มีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับการตอบสนองของสามี ผู้ปกครอง และบุคคลในสังคมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของตน ซึ่งวัยรุ่นมักจะไม่สามารถปรับตัวในการเป็นมารดาได้ (Bhana & Mcambi, 2013) และมีความต้องการที่จะยุติการตั้งครรภ์ (Leerlooijer, et al. 2013) นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลต่ออนาคตของสตรีวัยรุ่นเอง เช่น การศึกษา การทำงาน และชีวิตในอนาคต เป็นต้น สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีโอกาสดับเข้าไปเรียนน้อย เมื่อไม่ได้เรียน โอกาสที่จะทำงานรายได้สูงจึงมีน้อยลงก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา (จันทิตา พุกษานนท์, 2547)

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนมากมีการรับรู้การตั้งครรภ์เนื่องจากการคืนของทารกในครรภ์ มีความลังเลใจในเรื่องของการยอมรับการตั้งครรภ์ มีความวิตกกังวลในการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ยังพึ่งพาบิดาและมารดาหากบิดามารดาอนุญาตให้สามารถใช้ชีวิตคู่ได้อย่างเปิดเผยจึงจะมีการยอมรับการตั้งครรภ์และเปิดเผยการตั้งครรภ์สู่สังคม ซึ่งจะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความสัมพันธ์ที่ดีกับทารกจึงมีความสนใจและใส่ใจต่อสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์จึงนำไปสู่การฝากครรภ์ (สุภาชัย สาระจรัส, 2553) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยทั่วไปเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน (Macleod & Weaver, 2003) และเป็น การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอาการเศร้าและหดหู่ (สรุทยา รongเลื่อน, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร, และ สมประสงค์ ศิริบริรักษ์, 2555) มีความกลัว และต้องการยุติการตั้งครรภ์ (ปฤษฎพร ศิริจรรยา, 2550) ในประเทศไทยพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นคือ การศึกษาเชิงพรรณนาของปฤษฎพร ศิริจรรยา (2550) ที่ศึกษาการจัดการของครอบครัวต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยศึกษาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 17 – 19 ปี พบว่าเมื่อมีการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยอมรับว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม (ร้อยละ 92) มีความตกใจและกลัว (ร้อยละ 86) และมีความคิดที่จะยุติการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 70) ส่วนทางด้านสามีเมื่อพบว่าคู่ครองมีการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีความตกใจและต้องการให้ยุติการตั้งครรภ์ โดยการทำแท้ง (ร้อยละ 60) นอกจากนี้สรุทยา รongเลื่อน และคณะ (2555) ได้ศึกษาสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 73 คน พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ตั้งใจที่จะมีบุตร (ร้อยละ 94.1) ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 46.5) และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์มากที่สุด ส่วนปัญหาในด้านจิตสังคม (psychosocial problem) จะพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีอารมณ์เศร้าและหดหู่ (ร้อยละ 67.1) และมีความรู้สึกผิดและรู้สึกไม่มีคุณค่า (ร้อยละ 56.2) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศของแมคเคลียด และ วีเวอร์ (Macleod & Weaver, 2003) ที่ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 14 – 18 ปี พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนและไม่คาดคิดว่าตนเองจะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 70) ซึ่งเมื่อมีอายุครรภ์มากขึ้น (ในช่วงอายุครรภ์ 20 – 37 สัปดาห์) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และทารกเพิ่มมากขึ้น

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ต่อวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีที่ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เศรษฐกิจ และสังคม ส่วนผลกระทบด้านร่างกายในขณะตั้งครรภ์นั้น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเองยังคงมีการเจริญเติบโต ซึ่งจะพบว่าความสูงของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังคงเพิ่มขึ้น แต่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักจะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนบางอย่างที่มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (WHO, 2014) ในด้านสตรีตั้งครรภ์เองจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด (Santrock, 2001) การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นจึงเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงทางสูติกรรม (Corbett & Meyer, 1987) ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ (pregnancy induced hypertension [PIH]) รกมีความผิดปกติ ภาวะโลหิตจาง (Qazi, 2011) ขาดสารไอโอดีน (WHO, 2014) เพิ่มอัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะและกรวยไตอักเสบ (Leppälähti, Gissler, Mentula, & Heikinheimo, 2013) ระยะคลอดยาวนาน การคลอดติดขัด ศีรษะทารกมีขนาดไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกราน (cephalopelvic disproportion [CPD]) (Lowdermilk & Perry, 2006) มีการฉีกขาดของแผลฝีเย็บมาก (Ago, et al. 2012) เพิ่มอัตราการใช้สูติศาสตร์หัตถการ (Qazi, 2011) และเพิ่มอัตราการผ่าคลอด (Ayuba & Gani, 2012; Hoque & Hoque, 2010) โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการผ่าคลอด มักเกิดจากขนาดของศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกราน และช่องเชิงกรานแคบ (contracted pelvis) (WHO, 2014) ดังเช่นการศึกษาของชวมัช สืบบุญการณ์ (2554) ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจังหวัดสุรินทร์ที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี จำนวน 3,176 คน พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจาง จำนวน 1,267 คน คิดเป็นร้อยละ 39.9 รองลงมาคือ คลอดโดยวิธีการผ่าตัด จำนวน 814 คน คิดเป็นร้อยละ 25.6 ส่วนการศึกษาการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นในต่างประเทศของอูยูบา และ กานี (Ayuba & Gani, 2012) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไนจีเรีย มีอัตราการคลอดก่อนกำหนด และผ่าตัดคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นที่มีต่อทารก ได้แก่ ทารกตายคลอด (Klingberg – Allvin, Graner, Phuc, Hojer, & Johansson, 2010) ตายปริกำเนิด (Qazi, 2011) คลอดก่อนกำหนด (Liran, Vardi, Sergienko, & Sheiner, 2013) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Kurth, et al. 2010; Sulaiman, Othman, Razali, & Hassan, 2013) มีความพิการแต่กำเนิด และมีอัตราการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดสูง (neonatal intensive care unit [NICU]) (Shrim, et al. 2011) ส่งผลให้ทารกเสียชีวิต มีปัญหาทางระบบประสาท และมีความเจ็บป่วยในวัยเด็กเพิ่มสูงขึ้น (Santrock, 2001) ดังเช่นการศึกษาของชวมัช สืบบุญการณ์ (2554) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปีคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 20.2

เมื่อเปรียบเทียบสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์น้อย มีน้ำหนักเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์น้อย (ปัญญา สนั่นพานิชกุล และ ยศพล เหลืองโสมนภา, 2558) ความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ ไทรอยด์เป็นพิษ (hyperthyroid) การคลอดก่อนกำหนด ช่องเชิงกรานแคบ สตรีชะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกราน การคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ และการเสียชีวิตของมารดา (maternal mortality) (WHO, 2004) เป็นต้น ในส่วนของทารกที่เกิดจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะเสี่ยงมากกว่าทารกที่เกิดจากสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (สลักจิต วรรณโกมิตย์, 2555) ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome [RDS]) (วิชาญ เวชยันต์ศฤงคาร, 2555) ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth restriction [IUGR] ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (fetal death) ทารกตายคลอด (still birth) และทารกตายปริกำเนิด (perinatal death) (WHO, 2004) ดังเช่นการศึกษาของสลักจิต วรรณโกมิตย์ (2555) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะซีด และมีน้ำหนักเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ การศึกษาของวิมล กิตติพิบูลย์ (2555) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการเกิดการคลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจาง ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 22.1 กับ ร้อยละ 14.2, ร้อยละ 19.3 กับ ร้อยละ 9.0, และร้อยละ 18.0 กับร้อยละ 10.3 ตามลำดับ) การศึกษาของวิชาญ เวชยันต์ศฤงคาร (2555) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่เกิดในโรงพยาบาล มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและมีภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษาของปัญญา สนั่นพานิชกุล และ ยศพล เหลืองโสมนภา (2558) ที่ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ และพบภาวะโลหิตจางมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางเป็น 2.38 เท่า ($p < .01$) ทารกคลอดก่อนกำหนด 1.75 เท่า ($p < .01$) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย 1.69 เท่า ($p < .01$) และทารกเสียชีวิตในครรภ์ 3.59 เท่า ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ตามลำดับ และการศึกษาของณรงค์ชัย พิวกคำศรีบุญเรือง (2553) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางเป็น 2.15 เท่าของสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาในต่างประเทศ พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ รกผิดปกติ และภาวะโลหิตจาง (Qazi, 2011) การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Liran, et al. 2013) และทารกตายคลอด (Qazi, 2011) มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ดังเช่นการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นของกาซีย (Qazi, 2011) พบว่าการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 41.0 มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 31.2 มีทารกตายคลอด ร้อยละ 18.0 และรกมีความผิดปกติ ร้อยละ 13.1 ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ไม่

พบทารกตายคลอด แต่พบภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ และรกมีความผิดปกติ ร้อยละ 15.0, ร้อยละ 8.1, และร้อยละ 6.8 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของลิราน และคณะ (Liran, et al. 2013) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 - 17 ปี คลอดก่อนกำหนดเป็น 1.59 เท่า ($p < .05$) คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็น 1.30 เท่า ($p < .05$) และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 18 ปี - 19 ปี คลอดก่อนกำหนดเป็น 1.14 เท่า ($p < .05$) และคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็น 1.08 เท่า ($p < .05$) ของสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ตามลำดับ และการศึกษาของวีรา และคณะ (Viera, et al. 2012) ในประเทศบราซิล (Brazil) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีการคลอดก่อนกำหนดมาก (very preterm birth) เป็น 0.80 เท่า คลอดก่อนกำหนด (prematurity) เป็น 0.90 เท่า และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็น 0.90 เท่าของสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ตามลำดับ และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ เกิดการคลอดก่อนกำหนดมากเป็น 10.40 เท่า คลอดก่อนกำหนดเป็น 3.70 เท่า และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็น 3.10 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ตามลำดับ

ในระยะหลังคลอดสตรีวัยรุ่นมีความเสี่ยงในการเกิดการตกเลือดหลังคลอดและติดเชื้อหลังคลอด (WHO, 2007a) โดยทั่วไปแล้วสตรีวัยรุ่นจะมีปัญหาเกี่ยวกับการได้รับและสูญเสียสารอาหารจำพวกธาตุเหล็ก (iron) และโฟเลต (folate) ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ จึงก่อให้เกิดการอักเสบ (inflammation) และติดเชื้อ (infection) ได้ง่ายทั้งแบบเฉียบพลัน (acute) และแบบเรื้อรัง (chronic) หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ได้รับการฝากครรภ์อย่างเหมาะสมอาจจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเสียเลือดในระยะคลอด จึงทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระยะหลังคลอดได้เพิ่มสูงขึ้น (WHO, 2014) ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงควรฝากครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้

นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกาย การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นยังก่อให้เกิดผลกระทบในหลากหลายด้าน เช่น พฤติกรรม สุขภาพ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ เป็นต้น (ศรีเพ็ญ ดันติวิสส และคณะ, 2556) โดยส่งผลกระทบต่อทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น การศึกษาอยู่ในระดับต่ำ การหย่าร้าง (WHO, 2004) การทำร้ายบุตร การทอดทิ้งบุตร และปัญหาค่าใช้จ่าย เป็นต้น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบางรายจะตกอยู่ในสถานะสิ้นหวัง หวาดกลัว และไม่สามารถทำตามความต้องการของตนเองได้ จึงนำไปสู่พฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสมหลังจากการตั้งครรภ์ เช่น สูบบุหรี่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ และการดูแลตนเอง เป็นต้น (Ricci, 2007) นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเองยังขาดแหล่งสนับสนุนทางการเงิน ทำให้ไม่มีความสามารถในการฝากครรภ์หรือไม่สามารถฝากครรภ์ตามนัด อาจทำให้เกิดความบกพร่องของพัฒนาการของทารก (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2012) ซึ่งทารกที่เกิดจากสตรีวัยรุ่นมักมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร

พัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า (WHO, 2004) เสี่ยงต่อการถูกทำร้าย และถูกทอดทิ้ง เนื่องจากสตรีวัยรุ่นผู้เป็นมารดาขาดความรู้ในการเจริญเติบโต พัฒนาการ และบทบาทในการเป็นมารดา (Lowdermilk, et al. 2012) ทั้งนี้ผลกระทบจากการตั้งครรภ์วัยรุ่นแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. ผลกระทบด้านสังคม

1.1 การจัดการศึกษาเฉพาะสำหรับสตรีวัยรุ่นและทารกที่เกิดจากสตรีวัยรุ่น เนื่องจากสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักจะต้องหยุดเรียนหรือเลิกเรียน หรือต้องมีการจัดการศึกษาพิเศษให้กับสตรีวัยรุ่นและทารกที่เกิดจากสตรีวัยรุ่น (ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และคณะ, 2556) ซึ่งเป็นการจัดการโดยกระทรวงศึกษาธิการมีบทบาทในการรับประกันว่านักเรียนวัยรุ่นจะสามารถเรียนหนังสือต่อจนจบ โดยไม่ถูกกีดกันออกจากระบบการศึกษา ไม่ละเมิดสิทธิ ได้รับความสงเคราะห์เรื่องรายได้ และการดูแลบุตรตามสมควร เพื่อให้สามารถเลี้ยงดูบุตรได้โดยไม่ต้องออกจากโรงเรียน และส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรู้ ทักษะ มีความสามารถในการประกอบอาชีพและพึ่งพาตนเอง ได้ (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556)

1.2 การใช้ความรุนแรงในครอบครัว เนื่องจากวัยรุ่นอยู่ในวัยที่ขาดวุฒิภาวะทำให้เกิดการใช้ความรุนแรงในครอบครัวขึ้น (ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และคณะ, 2556) โดยครอบครัวที่มีปัญหาความรุนแรง ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ครอบครัวที่ดีได้ เกิดการหย่าร้าง ครอบครัวแตกแยก ส่งผลกระทบต่อทารกและอาจเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมที่รุนแรงได้ (อังคณา ช่วยคำชู, 2555)

1.3 การยุติการตั้งครรภ์และการทอดทิ้งทารก โดยทารกที่เกิดจากวัยรุ่นมักจะถูกทอดทิ้ง และมีปัญหาทางด้านพัฒนาการ (ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และคณะ, 2556) เนื่องจากเมื่อเกิดการตั้งครรภ์สตรีวัยรุ่นมักไม่ต้องการบุตร (Vongjinda, 2002) เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน และไม่คาดคิดว่าตนเองจะตั้งครรภ์ (Macleod & Weaver, 2003) จึงต้องการที่จะยุติการตั้งครรภ์ (Leerlooijer, et al. 2013) ในด้านของทารกนั้นอาจมีปัญหาทางระบบประสาท มีความเจ็บป่วยในวัยเด็กที่เพิ่มสูงขึ้น (Santrock, 2001) รวมไปถึงมีปัญหาทางด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาที่ล่าช้าว่าทารกทั่วไป (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556)

2. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

2.1 สภาพเศรษฐกิจของประเทศพัฒนาช้า เนื่องจากบิดาและมารดาวัยรุ่นมักไม่สามารถหางานที่ดีและรายได้สูงตามที่ต้องการได้ ไม่มีความสามารถหรือความสามารถในการจ่ายภาษีให้กับประเทศชาติลดลง (ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และคณะ, 2556) นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะยังเพิ่มต้นทุนในการดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยให้กับสตรีวัยรุ่นและทารก รวมไปถึงภาวะทางสุขภาพอื่นๆ ที่เกิดจากการตั้งครรภ์หรือการคลอด (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556)

2.2 รัฐเสียโอกาสในการได้รับประโยชน์จากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หากสตรีวัยรุ่นมีโอกาสได้เรียนหนังสือต่อ มีอำนาจต่อรองทางเศรษฐกิจ อาจมีโอกาสดังงานที่ดี หรือมีโอกาสหารายได้ซึ่งประโยชน์และส่งผลดีต่อเศรษฐกิจของประเทศ เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ทำให้รัฐเสียประโยชน์ที่ควรจะได้จากวัยรุ่นกลุ่มนี้ (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556)

การฝากครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักเกิดจากการไม่คุมกำเนิด เนื่องจากสตรีวัยรุ่นมีความคิดว่าตนเองยังไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ถึงแม้ว่าจะมีเพศสัมพันธ์ก็ตาม ประกอบกับการมีประจำเดือนที่ไม่สม่ำเสมอ การรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นจึงไม่เพียงพอ (Vaughan & Litt, 1990) ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีการรับรู้การตั้งครรภ์ด้วยการเดินของทารกในครรภ์จึงนำไปสู่การฝากครรภ์ (สุภาชัย สารระจรัส, 2553) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์และเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่จะพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (วิชญา เวชยันต์ศฤงคาร, 2555; วีรพล กิตติพิบูลย์, 2555) เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (แวนดาว พิมลธเรศ, 2555) และเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (Gross, et al. 2012) ดังเช่นการศึกษาของชวมัช สืบอนุการณ์ (2554) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการฝากครรภ์ที่ไม่ครบตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขสูงถึงร้อยละ 41.1 การศึกษาของวิชญา เวชยันต์ศฤงคาร (2555) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง (ร้อยละ 57.0) น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 73.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของวีรพล กิตติพิบูลย์ (2555) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง (ร้อยละ 16.0) มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 9.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในต่างประเทศมีคล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ โดยอายุครรภ์เฉลี่ยที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกคือ อายุครรภ์ 5 เดือนหรือ 20 สัปดาห์ (Gross, et al. 2012)

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มักจะเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากหรือไม่ฝากครรภ์ (Chaibva, et al. 2009) เมื่อเปรียบเทียบการฝากครรภ์ระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (แวนดาว พิมลธเรศ, 2555) ดังเช่นการศึกษาสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในรัฐเท็กซัส (Texas) ของวิแมน และคณะ (Wieman, et al. 1997) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 14.6

สัปดาห์ และเมื่อเปรียบเทียบการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยแบ่งตามช่วงอายุจะพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยจะเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุมากกว่า และการศึกษาของคองยูก และคณะ (Kongnyuy, et al. 2008) ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้งตามเกณฑ์ คิดเป็น 1.59 เท่าของสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากและฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

จากการศึกษาการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเปรียบเทียบการฝากครรภ์วัยผู้ใหญ่ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศจะเห็นได้ว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการฝากครรภ์ที่ไม่เหมาะสมคือ เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์น้อย ซึ่งการฝากครรภ์ที่ไม่เหมาะสมนี้ถือเป็นความเสี่ยงอีกอย่างหนึ่งที่นอกเหนือจากความเสี่ยงที่เกิดจากการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเอง ทำให้ความเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น การส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

แนวปฏิบัติของการฝากครรภ์

การฝากครรภ์ (prenatal care [PNC]) คือ การดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระหว่างตั้งครรภ์เพื่อให้ทารกในครรภ์และสตรีตั้งครรภ์มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (กุนฑริ ไตรศรีศิลป์ และ พรณี ศิริวรรณธนาภา, 2555) ซึ่งการฝากครรภ์เป็นการป้องกันการเกิดความพิการแต่กำเนิด การคลอดก่อนกำหนด โรคแทรกซ้อนของมารดา และการตายของมารดา (Moos, 2006) เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจ และมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูทารก ซึ่งมีความสำคัญต่อการคลอดที่ประสบความสำเร็จ (Ricci, 2007) ส่งผลดีต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ทำให้มารดาและทารกมีสุขภาพดีเมื่อคลอด (Issel, et al. 2011) โดยเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ครบกำหนด การคลอดทางช่องคลอด และทารกแรกเกิดที่มีสุขภาพดี (Mersal, et al. 2013) ดังนั้นการฝากครรภ์จึงเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และลดการตายปริกำเนิด (WHO, 2002)

การฝากครรภ์มีความสำคัญต่อการคลอดที่ประสบความสำเร็จ เพื่อป้องกันภาวะคุกคาม หรือจัดการปัญหาทางสุขภาพ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์ ผลลัพธ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์ รวมไปถึงการเตรียมสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวด้วยคำแนะนำที่เหมาะสมในเรื่องของการดูแลสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด ระยะเวลาหลังคลอด การดูแลทารกแรกเกิดและการส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน นอกจากนี้การฝากครรภ์ยังเป็นการช่วยเหลือในการตัดสินใจเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อการตั้งครรภ์ (WHO, 2007b) โดยองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะแนวทางให้สตรีตั้งครรภ์เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์อย่าง

น้อย 4 ครั้ง (WHO, 2002) ส่วนกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ได้กำหนดให้สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คือ ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ฝากครรภ์ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ (ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย, 2554) และสตรีตั้งครรภ์ควรมีการฝากครรภ์ตามอายุครรภ์คือ อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ ควรมาฝากครรภ์ทุก 4 สัปดาห์ อายุครรภ์ระหว่าง 29 ถึง 36 สัปดาห์ ควรฝากครรภ์ทุก 2 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 37 สัปดาห์จนถึงครบกำหนดคลอด ควรมาฝากครรภ์ทุกสัปดาห์ (Ricci, 2007) ในประเทศไทยได้มีแนวปฏิบัติในการให้บริการฝากครรภ์ตามท้องที่การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตามคู่มือสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ (ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย, 2554) ได้เสนอแนวปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ปกติไว้ ดังนี้

การฝากครรภ์ครั้งที่ 1

การฝากครรภ์ครั้งแรก สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ หากเป็นสตรีตั้งครรภ์ปกติจะได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพที่เป็นผลเสียต่อการตั้งครรภ์ เพื่อให้การรักษา คำแนะนำ ทรชนัก และเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ควรฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์

1. ชักประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย โรคหรือภาวะผิดปกติที่เคยเป็น และประวัติทางสูติกรรม
2. ตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ตรวจครรภ์ ประเมินอายุครรภ์ วัดความสูงของยอดมดลูกเพื่อคาดประมาณอายุครรภ์และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และฟังเสียงหัวใจทารก
3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจปัสสาวะด้วยแถบสำหรับตรวจปัสสาวะ (urine dip stick) ตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคติดเชื้อ เช่น เอชอี กามโรค เป็นต้น ตรวจหมู่เลือด และตรวจความเข้มข้นของเลือด
4. ประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนเพื่อการส่งต่อ และคะเนกำหนดคลอด หากต้องการการดูแลพิเศษให้ส่งต่อเพื่อพบแพทย์หรือโรงพยาบาลที่มีความพร้อม
5. จัดให้มีการดูแลรักษาโดยการให้ยาเสริมธาตุเหล็กและโฟเลตสำหรับสตรีตั้งครรภ์ทุกรายและฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มแรก
6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวน้อย 6 เดือน การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ การสังเกตการเดินของทารก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และนัดตรวจครั้งต่อไป รวมไปถึงนัดสามีและสตรีตั้งครรภ์เข้าอบรมโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 1

การฝากครรภ์ครั้งที่ 2

สตรีตั้งครรภ์ควรฝากครรภ์ครั้งที่ 2 เมื่อมีอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ โดยมีการปฏิบัติ ดังนี้

1. ชักประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติทางสูติกรรม และประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน
2. ตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และวัดระดับยอดมดลูก พร้อมบันทึกบนกราฟในสมุดฝากครรภ์ ตรวจการบวมทั่วร่างกาย ประเมินอาการเตือนของโรคอื่นๆ เช่น หายใจถี่ ไอเป็นต้น และตรวจทางช่องคลอดหากไม่ได้ตรวจเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอดหรือเลือดออกกะปริบกะปรอยไม่ควรตรวจ และบันทึกลงสมุดบันทึกการฝากครรภ์
3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยทำการตรวจเพื่อหาแบคทีเรียในทางเดินปัสสาวะ (bacteriuria) และทำการตรวจโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะซ้ำ โดยเฉพาะในรายที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกหรือมีประวัติความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ (pre-eclampsia หรือ eclampsia) ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน
4. ประเมินเพื่อการส่งต่อ โดยประเมินซ้ำว่าสตรีตั้งครรภ์ยังควรอยู่ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ปกติตามหลักฐานจากการมาตรวจครั้งแรกหรือจากการสังเกตในการมาฝากครรภ์ครั้งนี้ ประเมินอาการแสดงที่ผิดปกติและส่งต่อตามความจำเป็น เช่น ค่าฮีโมโกลบิน (hemoglobin [Hb]) ต่ำกว่า 70 กรัม/ลิตร มีเลือดออกทางช่องคลอด มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เป็นต้น ถ้าสตรีตั้งครรภ์ยังไม่มีความรู้ถึงการดัดแปลงของทารกให้ใช้เครื่องดอปเลอร์ (dopler) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกเพื่อช่วยตรวจสอบ หากไม่ได้ยินเสียงหัวใจทารกต้องส่งต่อโรงพยาบาลที่มีความพร้อมหรือพบแพทย์
5. จัดให้มีการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ โดยให้ยาเสริมธาตุเหล็กต่อไปทุกราย หากมีค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 70 กรัม/ลิตร ให้เพิ่มขนาดยาบำรุง หากมีอาการของภาวะโลหิตจางให้ดำเนินการส่งต่อ หากพบแบคทีเรียในปัสสาวะและได้รับการรักษาในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก แต่ยังคงตรวจพบในการฝากครรภ์ครั้งนี้ให้ดำเนินการส่งต่อ และฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มที่ 2 (ห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย 1 เดือน)
6. ให้คำแนะนำ ถาม ตอบคำถาม และนัดตรวจครั้งต่อไป

การฝากครรภ์ครั้งที่ 3

สตรีตั้งครรภ์ควรฝากครรภ์ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์

1. ชักประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติทางสูติกรรม ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาบำรุง ทบทวนและสังเกตอาการที่

เปลี่ยนแปลงจากการฝากครรภ์ครั้งก่อน รวมไปถึงการบันทึกอาการที่เปลี่ยนแปลงลงในสมุดฝากครรภ์

2. ตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัดระดับยอดมดลูก ประเมินอายุครรภ์พร้อมบันทึกบนกราฟในสมุดฝากครรภ์ ตรวจการบวมทั่วร่างกาย และประเมินอาการเตือนของโรคอื่นๆ เช่น หายใจตื้น ไอ เป็นต้น

3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะซ้ำ โดยเฉพาะในรายที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกหรือมีประวัติความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน และตรวจหาความเข้มข้นของเลือดซ้ำโดยเฉพาะในรายที่มีผลการตรวจครั้งแรกมีภาวะโลหิตจางหรือได้รับการรักษา

4. ประเมินเพื่อการส่งต่อ โดยประเมินซ้ำว่าสตรีตั้งครรภ์ยังควรอยู่ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ปกติตามหลักฐานจากการมาตรวจครั้งแรกหรือจากการสังเกตในการมาฝากครรภ์ครั้งนี้ อาการแสดงที่ผิดปกติ หากมีค่าฮีโมโกลบินต่ำกว่า 110 กรัม/ลิตร หรือ 11 กรัม/เดซิลิตร ควรได้รับการแนะนำด้านโภชนาการและตรวจหาสาเหตุของโลหิตจาง และส่งต่อตามความจำเป็น เช่น ค่าฮีโมโกลบินต่ำกว่า 70 กรัม/ลิตร มีเลือดออกทางช่องคลอด มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ และมีระดับยอดมดลูกต่ำกว่า 10 เพอร์เซนไทล์ ซึ่งแสดงถึงทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เป็นต้น

5. จัดให้มีการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์โดยให้ยาเสริมธาตุเหล็กและไอโอดีน สตรีตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับแคลเซียมในรูปแบบเม็ดวันละ 500 – 1000 มิลลิกรัม โดยไม่ควรรับประทานแคลเซียมพร้อมกับยาเสริมธาตุเหล็ก และฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มที่ 1 หรือ 2 (หากยังไม่ได้รับการฉีดมาก่อน)

6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน อาการที่ต้องมาตรวจก่อนนัด เช่น การมีเลือดออกทางช่องคลอด บวม ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะแสบขัด เจ็บครรภ์ถี่ เป็นต้น พร้อมให้สตรีตั้งครรภ์ตั้งคำถามและตอบคำถาม รวมไปถึงการนัดตรวจครั้งต่อไป

การฝากครรภ์ครั้งที่ 4

สตรีตั้งครรภ์ควรฝากครรภ์ครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ซึ่งในการตรวจครรภ์ครั้งนี้ สตรีตั้งครรภ์บางรายอาจมีการเข้าสู่ภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนที่จะถึงกำหนดในการนัดครั้งต่อไป จึงควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอด และมีน้ำเดิน ในครั้งนี้สตรีตั้งครรภ์และสามีควรได้รับการนัดหมายในการเข้าอบรมโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2

1. ชักประวัติส่วนตัวและประวัติการตั้งครรภ์ และสังเกตการเปลี่ยนแปลงจากการฝากครรภ์ครั้งก่อน

2. ตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัดระดับยอคมดลูก คลำหน้าท้อง ประเมินอายุครรภ์พร้อมบันทึกบนกราฟในสมุดฝากครรภ์ ตรวจการบวมทั่วร่างกาย และประเมินอาการเตือนของโรคอื่นๆ เช่น หายใจถี่ และไอ เป็นต้น

3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะซ้ำ โดยเฉพาะในรายที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกหรือมีประวัติความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ตรวจหาความเข้มข้นของเลือดซ้ำ โดยเฉพาะในรายที่มีผลการตรวจครั้งแรกมีภาวะโลหิตจางหรือได้รับการรักษา

4. ประเมินเพื่อการส่งต่อ ทำการประเมินความเสี่ยงอีกครั้งโดยพิจารณาหลักฐานจากการตรวจครั้งก่อน และจากการสังเกตในการฝากครรภ์ครั้งนี้

5. จัดให้มีการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ โดยให้ยาเสริมธาตุเหล็กและไอโอดีนต่อไปทุกราย และเสริมแคลเซียมวันละ 500 – 1000 มิลลิกรัม โดยไม่ควรรับประทานแคลเซียมพร้อมกับยาเสริมธาตุเหล็ก และฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มที่ 1 หรือ 2 (หากยังไม่ได้รับการฉีดมาก่อน)

6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคลอดชนิดต่างๆ การเตรียมคลอด การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ในระยะนี้ เช่น เลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะแสบขัด การดิ้นของทารกน้อยลง การเจ็บครรภ์คลอด การมีน้ำเดิน เป็นต้น และนัดตรวจครรภ์ครั้งต่อไป

การฝากครรภ์ครั้งที่ 5

สตรีตั้งครรภ์ควรฝากครรภ์ครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ หรือควรดำเนินการในช่วงของอายุครรภ์ 36 – 38 สัปดาห์ เพื่อตรวจยืนยันท่าของทารกในครรภ์

1. ซักประวัติส่วนตัว และสังเกตการเปลี่ยนแปลงจากการฝากครรภ์ครั้งก่อน
2. ตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัดระดับยอคมดลูก คลำหน้าท้อง ฟังเสียงหัวใจทารก ตรวจท่าของทารก ตรวจการบวมทั่วร่างกาย และประเมินอาการเตือนของโรคอื่นๆ

3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะซ้ำ

4. ประเมินเพื่อการส่งต่อ โดยประเมินความเสี่ยงอีกครั้ง ซึ่งพิจารณาหลักฐานจากการตรวจครั้งก่อนและจากการสังเกตในการฝากครรภ์ครั้งนี้ เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงสูงให้ส่งต่อแพทย์หรือโรงพยาบาลที่มีความพร้อม

5. จัดให้มีการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ โดยให้ยาเสริมธาตุเหล็กและไอโอดีนต่อไปทุกราย และเสริมแคลเซียมวันละ 500 – 1000 มิลลิกรัม ซึ่งไม่ควรรับประทานพร้อมกับยาเสริมธาตุเหล็ก และฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มที่ 1 หรือ 2 (หากยังไม่ได้รับการฉีดมาก่อน)

6. ให้คำแนะนำอาการที่ต้องมาโรงพยาบาลเพื่อการคลอด เช่น การเจ็บครรภ์ น้ำเดิน มีมูกเลือด เป็นต้น การเตรียมเตียงบุตรด้วยนมมารดา และแนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกทางช่องคลอด ทารกคืบน้อยลง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และมีไข้ รวมไปถึงให้คำแนะนำในกรณีที่ต้องเร่งคลอด

7. เน้นย้ำกำหนดคลอด หากไม่คลอดหรือเลยกำหนดคลอดไป 7 วัน ให้มาโรงพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการประเมินตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรกว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือไม่ หากเป็นการตั้งครรภ์ที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษจะได้รับการส่งต่อแพทย์หรือโรงพยาบาลที่มีความพร้อม หากเป็นสตรีตั้งครรภ์ปกติจะได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพที่เป็นผลเสียต่อการตั้งครรภ์ ให้การศึกษา ให้คำแนะนำ ให้ตระหนัก และเฝ้าระวัง (ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554) แนวทางการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ไม่แตกต่างจาก สตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ สามารถใช้แนวทางปฏิบัติร่วมกันได้ แต่สิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ให้บริการฝากครรภ์จะต้องตระหนักคือ การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง คลอดทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อย และคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงควรที่จะได้รับสารอาหารเพิ่มเติมเพื่อรองรับการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (WHO, 2007a) และมีความต้องการการดูแลสุขภาพระหว่างการตั้งครรภ์ที่เฉพาะสำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังเช่นการศึกษาของวาสนา ถิ่นখনอน และ วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ (2555) ที่ทำการศึกษากำหนดแนวทางการให้บริการสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในคลินิกฝากครรภ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวมีความต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ให้บริการฝากครรภ์ ส่งเสริมในเรื่องของการดูแลสุขภาพ การให้คำแนะนำ และออกเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ได้เสนอแนะแนวทางการให้บริการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไว้ว่า ควรมีการพัฒนาความรู้เฉพาะด้านของผู้ให้บริการฝากครรภ์ในเรื่องของการให้บริการสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และควรจัดตั้งคลินิกเฉพาะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการให้บริการฝากครรภ์ตามมาตรฐาน การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล การให้การดูแลหลังคลอด การคุมกำเนิดที่ถูกต้อง การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เช่น การทำกิจกรรมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในต่างประเทศพบการศึกษาของดูแกน และ อะเดจุมโม (Duggan & Adejumo, 2012) ที่ทำการศึกษาเชิงพรรณนาการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 – 19 ปี ในสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ (Republic of South Africa) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความต้องการสถานที่บริการฝากครรภ์ที่เป็นส่วนตัว เพื่อที่จะสามารถพูดคุยถึงปัญหาของตนให้แก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพได้อย่างสะดวก

ความสำคัญของการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรก

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้สตรีตั้งครรภ์ควรเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ (WHO, 2002) และกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ได้กำหนดให้สตรีตั้งครรภ์ทุกราย ควรฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย, 2554) ซึ่งการฝากครรภ์ที่เหมาะสม ทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Gofin & Gofin, 2010) ช่วยลดอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และการคลอดก่อนกำหนด (Partington, Steber, Blair, & Cisler, 2009) โดยสตรีตั้งครรภ์ทุกรายควรเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ รวมไปถึงมีการเริ่มบันทึกประวัติของสตรีในระยะตั้งครรภ์ (Confidential Enquiry into Maternal and Child Health [CEMACH], 2007) หากสตรีตั้งครรภ์เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ หรือฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 1 ทำให้สามารถวินิจฉัยและป้องกันโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย หรือป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus [HIV]) จากมารดาสู่ทารก เป็นต้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการเสริมธาตุเหล็กตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 จะสามารถลดความเสี่ยงของภาวะโลหิตจางได้ (Cunningham, et al. 2014) นอกจากนี้ สตรีตั้งครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยจะลดอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Canning, Frizzell, & Courage, 2009) รวมทั้งได้รับคำแนะนำในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ส่งผลให้น้ำหนักของทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด เพิ่มอัตราการคลอดทางช่องคลอด เพิ่มอัตราการคุมกำเนิด และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Das, Dhulkotia, Brook, & Amu, 2007) จากการศึกษาผลลัพธ์ของการฝากครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อยของแคนาดา และคณะ (Canning, et al. 2009) พบว่าทารกที่เกิดจากสตรีตั้งครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยมีอัตราการเกิดทารกน้ำหนักน้อยเมื่อแรกเกิดน้อยกว่าทารกที่เกิดจากสตรีที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก ซึ่งในสตรีตั้งครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากพบทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยคิดเป็น 2.76 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อย ดังนั้นการที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มักฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากจะก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น

การฝากครรภ์จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและผู้ใหญ่และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังเช่นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการฝากครรภ์ของสตรีวัยรุ่นที่ส่งผลต่อทารกของอัลเลน, แกมเบิล, สเตปเลตัน, และ คิลเดีย (Allen, Gamble, Stapleton, & Kildea, 2011) พบว่าการฝากครรภ์ช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และลดความเสี่ยงของการเกิดทารกคลอดก่อนกำหนดของสตรีวัยรุ่น และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นผู้ใหญ่ของดิกค์, แอน

เดอร์โก, และ สเตตเซอร์ (Dijk, Anderko, & Stetzer, 2011) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์เกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าสตรีที่ได้รับการฝากครรภ์คือ ทารกมีภาวะแรกเกิดน้ำหนักน้อย 0.84 เท่า การคลอดก่อนกำหนด 0.83 เท่า และทารกเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤติ 0.83 เท่าของสตรีที่ได้รับการฝากครรภ์ และในสตรีที่ฝากครรภ์มากกว่า 6 ครั้งจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารกน้อยกว่าสตรีที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 6 ครั้ง สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก มีความเสี่ยงต่อการใช้สูติศาสตร์หัตถการ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (ชวมัย สืบบุญการณ, 2554) น้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์น้อย เพิ่มอัตราการเสียชีวิตทางสูติกรรม (Haeri, et al. 2009) และเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด (Iklaki, et al. 2012) ตลอดจนเสียชีวิต (WHO, 2004) นอกจากนี้ส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย (Haeri, et al. 2009) และตายคลอด (Iklaki, et al. 2012)

ดังนั้น การฝากครรภ์ส่งผลดีต่อการตั้งครรภ์ การคลอด รวมไปถึงสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกในระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดทั้งในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ เมื่อฝากครรภ์สตรีตั้งครรภ์ทุกคนและทุกวัยจะได้รับการดูแลที่มีความสำคัญต่อทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์คือ การได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรค การดูแล การให้คำแนะนำ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และความรู้ (WHO, 2007b) ซึ่งการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยระยะเวลาและการดูแลที่เหมาะสมในระยะตั้งครรภ์ การเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยทำให้สามารถวินิจฉัยและจัดการภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันที เช่น มาลาเรีย โลหิตจาง เป็นต้น รวมไปถึงส่งเสริมให้ลดการสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร (WHO, 2007a)

ผลกระทบของการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มาก

การฝากครรภ์ช้าหรือการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ เป็นการฝากครรภ์ที่ไม่ครบตามเกณฑ์ (Haeri, et al. 2009) ซึ่งการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารก โดยทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยภาวะเสี่ยงและดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงที (Lowdermilk & Perry, 2006) โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากพบว่า มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์น้อย เกิดภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจาง เพิ่มอัตราการเสียชีวิตทางสูติกรรม มีการคลอดก่อนกำหนด (Haeri, et al. 2009) มีความเสี่ยงต่อการใช้สูติศาสตร์หัตถการ (ชวมัย สืบบุญการณ, 2554) เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด (Iklaki, et al. 2012) และตกเลือดหลังคลอด (Haeri, et al. 2009) ตลอดจนเสียชีวิต (WHO, 2004) ดังเช่นการศึกษาของเฮิรีและคณะ (Haeri, et al. 2009) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 3

มีน้ำหนักเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์น้อย และมีอัตราการเสียชีวิตทางสูติกรรมมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เริ่มฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 1 นอกจากนั้นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจาง 4.40 เท่า เกิดภาวะความดันโลหิตสูงในระหว่างการตั้งครรภ์ที่มีภาวะชักร่วมด้วย 3.94 เท่า และเกิดการตกเลือดหลังคลอด 2.23 เท่า ของสตรีวัยรุ่นที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 1

ผลกระทบของการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เกิดกับทารกคือ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การคลอดก่อนกำหนด (Webby, et al. 2009) และทารกเสียชีวิต (Kongnyuy, et al. 2008) จากการศึกษาของเฮียริ และคณะ (Haeri, et al. 2009) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยคิดเป็น 2.15 เท่าของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เริ่มฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 1 สำหรับสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่พบผลกระทบของการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากต่อทารกคือ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกช้า 1 สัปดาห์ ทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็น 0.002 เท่าของสตรีที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อย คลอดก่อนกำหนด (Webby, et al. 2009) และตายคลอด (Beauclair, et al. 2014) ดั้งการศึกษาของบิวแคลร์ และคณะ (Beauclair, et al. 2014) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 2 มีทารกตายคลอด คิดเป็น 0.78 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 1 และสตรีตั้งครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 3 มีทารกตายคลอดคิดเป็น 1.03 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 1

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกจากการทบทวนวรรณกรรม คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ (Wieman, et al. 1997) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ (Chaibva, 2007) การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ (Gross, et al. 2012; Teagle & Brindis, 1998) การสนับสนุนทางสังคม (Gross, et al. 2012) และระบบบริการสุขภาพ (เอี่ยมพร ราชภูติ และคณะ, 2554) ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การทำงาน (Wieman, et al. 1997) ระดับการศึกษาของสามี (OR = 1.63, $p < .01$) จำนวนของอุปสรรคในการฝากครรภ์ (OR = 0.51 – 0.65, $p < .01 - .05$) และมีรายได้สูง (OR = 2.77, $P < .01$) (Singh, et al. 2013) และปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถทำนายการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ คือ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการแท้งบุตร การได้รับคำแนะนำ ระยะเวลาในการเดินทาง และรายได้ ซึ่งสามารถทำนายการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ได้ร้อยละ 27.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นาตยา อารินทร์, 2552) และ

การศึกษาของวิทีย์บาย และคณะ (Wehby, et al. 2009) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงและมีงานทำจะเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อย

2. การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ เป็นการให้คุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดจากการฝากครรภ์ต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์ (Chaibva, et al. 2009) ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์มากจะเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อย ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (Pichayapinyo, 2005) และมีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์มาก (Cananub, 2004; Pichayapinyo, 2005)

3. การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ เป็นสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์ให้เหตุผลในการไม่ฝากครรภ์ (Chaibva, et al. 2007) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์มากจะเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก (McKeon, 1997)

4. การสนับสนุนทางสังคม เป็นการแสดงออกหรือการปฏิบัติพฤติกรรมระหว่างบุคคลของบุคคลในสังคมที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (House, 1981) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเครือข่ายทางสังคมที่แลกเปลี่ยนกันได้โดยทั่วไป (House, et al. 1988) ซึ่งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อย และมีการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ได้ดี (Daniels, et al. 2006)

5. ระบบบริการสุขภาพ เป็นลักษณะของสถานให้บริการและผู้ให้บริการสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ระบบบริการฝากครรภ์ที่ไม่ชัดเจน ขั้นตอนในการฝากครรภ์ใช้เวลานาน การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและสตรีตั้งครรภ์ และการคมนาคมที่ไม่สะดวก (เอี่ยมพร ราชภูติ และคณะ, 2554)

สำหรับการวิจัยนี้ เลือกตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเป็นตัวแปรที่สามารถจัดกระทำทางการแพทย์พยาบาลได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์

แนวคิดการรับรู้ประโยชน์

การรับรู้ประโยชน์ เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายถึงความพร้อมของบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีพื้นฐานมาจากการวิเคราะห์และการทบทวนอย่างเป็นระบบจากความเชื่อของผู้ป่วย และเป็นแบบจำลองที่สามารถ

ทำนายพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ การใช้บริการทางการแพทย์ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เป็นต้น โดยความเชื่อด้านสุขภาพจะเกิดในตัวบุคคลที่ต้องการหลีกเลี่ยงการเกิดโรค มีความเชื่อในความเสี่ยงที่จะเกิดโรค มีความเชื่อว่าความรุนแรงของโรคนั้นส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและความคิด รวมไปถึงมีความคิดในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่จะลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นได้ (Becker, 1974)

การรับรู้ประโยชน์ หมายถึงการที่บุคคลมีความคิดหรือความเชื่อในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลในการลดการเกิดโรค โดยมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเป็นประโยชน์และเหมาะสมที่จะช่วยการลดความเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรคหรือภาวะคุกคามทางสุขภาพ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นประโยชน์นั้น (Becker, 1974) โดยบุคคลมีการยอมรับในโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค มีความเชื่อในความรุนแรงของการเกิดโรค และมีความคิดที่จะหาหนทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค ซึ่งการรับรู้ประโยชน์เกิดจากบุคคลที่มีการยอมรับความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง เช่น ให้ความสำคัญกับโรคหรือปัญหาทางสุขภาพที่สามารถจะเกิดขึ้นได้ หรือมีความกังวลเกี่ยวกับโรคนั้น เป็นต้น บุคคลที่มีการยอมรับในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกาย บุคคลที่ต้องการลดการรับรักษาโรค และบุคคลที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหา เช่น ภาวะทางเศรษฐกิจ สภาพร่างกาย และสภาพจิตใจ เป็นต้น นอกจากนี้บุคคลที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคจะมีความเชื่อว่า บุคลากรทางสุขภาพหรือการเข้ารับการตรวจนั้น สามารถป้องกันโรคและแสดงให้เห็นถึงโรคหรืออาการแสดงของโรคได้ และการเข้ารับการตรวจตั้งแต่แรกทำให้การพยากรณ์โรคเป็นไปในทิศทางที่ดี โดยการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแบบป้องกันโรค เช่น การเข้ารับการตรวจโรคตั้งแต่แรก เป็นต้น และการให้ความร่วมมือในการตรวจภายหลัง เช่น การรับภูมิคุ้มกัน การคัดกรองโรค และการเข้าพบแพทย์ เป็นต้น ซึ่งบุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มักจะไปพบแพทย์หรือไปตรวจซ้ำ เนื่องจากมีความเชื่อว่า ร่างกายจะสามารถรักษาตัวเองได้หรือมีอาการดีขึ้นในไม่ช้า นอกจากนี้การรับรู้ประโยชน์ยังเป็นความเชื่อในประสิทธิภาพของการดูแลรักษา จึงมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัด (Becker & Maiman, 1975)

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ในผลของการฝากครรภ์ว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์ ทำให้ตนเองและทารกมีสุขภาพที่ดี ซึ่งการ

รับรู้ประโยชน์ของการฝึกครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการฝึกครรภ์ (Stout, 1997) และเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มฝึกครรภ์ (Chaibva, 2007) โดยสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ฝึกครรภ์เนื่องจากเห็นความสำคัญของการฝึกครรภ์ มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝึกครรภ์ และต้องการทราบภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ดังเช่นการศึกษาของอด ออบบีแซท (Al – Obiesat, 1999) พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีความคิดว่า ฝึกครรภ์เพื่อตรวจสอบเพศของทารกในครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ร้อยละ 96.0 ฝึกครรภ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ร้อยละ 91.8 และการฝึกครรภ์เป็นสิ่งสำคัญ ร้อยละ 87.9 การศึกษาการฝึกครรภ์ของเดวิส (Davis, 1996) พบว่าสตรีที่เริ่มฝึกครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 สัปดาห์ (ร้อยละ 48.3) เพราะมีความเชื่อว่าการฝึกครรภ์ช่วยให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพดี ร้อยละ 86.0 ครอบครัวและเพื่อนแนะนำให้ฝึกครรภ์ ร้อยละ 79.0 และกลัวความผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นหากไม่ได้ฝึกครรภ์ ร้อยละ 65.0 การศึกษาของแดเนียล และคณะ (Daniels, et al. 2006) ที่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในการฝึกครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เริ่มฝึกครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยเพราะเห็นว่าการฝึกครรภ์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ การศึกษาของคาโรแลน และ คาสซาร์ (Carolan & Cassar, 2010) ที่สัมภาษณ์สตรีตั้งครรภ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีความต้องการที่จะรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ มีความเชื่อว่าการฝึกครรภ์ตามนัดจะช่วยให้การตั้งครรภ์เป็นไปได้อย่างราบรื่น และได้รับความรู้ที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์จากแพทย์และผดุงครรภ์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ และการศึกษาของฟูลเลอร์ และ กาลลาจห์เทอร์ (Fuller & Gallagher, 1999) ที่ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการฝึกครรภ์ในสตรีที่มีรายได้น้อย พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝึกครรภ์มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝึกครรภ์คือ เพื่อสุขภาพที่ดีของทารกในครรภ์ เพื่อสุขภาพที่ดีของสตรีตั้งครรภ์ และเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการคลอด

สำหรับประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเฉพาะที่เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการฝึกครรภ์กับการเริ่มฝึกครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น แต่พบการศึกษาเชิงคุณภาพในสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ของเดือนเพ็ญ ศิลปอนันต์ (2557) ที่ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกสตรีตั้งครรภ์ที่ฝึกครรภ์ครั้งแรก ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 21 คน พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ประโยชน์ของการเริ่มฝึกครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยคือ การฝึกครรภ์ช่วยตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ การฝึกครรภ์ช่วยให้สุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์แข็งแรง การฝึกครรภ์ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และขณะคลอดได้ และการฝึกครรภ์ช่วยวางแผนเรื่องวิธีการคลอดและสถานที่ที่จะคลอดได้

ในต่างประเทศพบการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการฝึกครรภ์กับการเริ่มฝึกครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังการศึกษาของของไชบวา (Chaibva, 2007) ที่ศึกษาปัจจัยที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝึกครรภ์ในซิมบับเว (Zimbabwe) โดยการสัมภาษณ์สตรีตั้งครรภ์ที่วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 19 ปี จำนวน

200 คน ที่มาฝากครรภ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์คือ เพื่อยืนยันว่าตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัยรวมไปถึงต้องการยืนยันกำหนดคลอด (ร้อยละ 91.0) ต้องการตรวจโรค การติดเชื้อ และรับการดูแลรักษา (ร้อยละ 75.5) ต้องการคลอดอย่างปลอดภัย (ร้อยละ 35.0) ต้องการความรู้เพื่อตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย (ร้อยละ 6.5) และมีปัญหาทางสุขภาพในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน (ร้อยละ 1.5)

การประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ เป็นการรับรู้ในคุณค่าของการฝากครรภ์ว่าเป็นการปฏิบัติเพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์ (Chaibva, et al. 2009) มีการประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ของฤดี ปุบบางกระดี (2540) สร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .70 ต่อมามะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2551) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .77

2. แบบสอบถามประโยชน์ของการฝากครรภ์ (Prenatal Benefit Scale) ของเทียตเจ คินกรี และสตอมเมล (Tiedje, Kingry, & Stommel, 1992) ที่สร้างขึ้นจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .62 ต่อมาพรทิพย์ คณานับ (Cananub, 2004) ได้นำแบบสอบถามประโยชน์ของการฝากครรภ์มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นใหญ่ชาวไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 64 ข้อ และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .77

3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ (Perceived Benefits of Prenatal Care Scale) ของบริด และคณะ (Byrd, et al. 1996) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Maiman & Becker, 1974) เพื่อศึกษาการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยของสตรีที่มีรายได้ต่ำในเมืองฮิวสตัน (Houston) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .92 ต่อมาปาหนัน พิษยภิญโญ (Pichayapinyo, 2005) ได้นำมาแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นใหญ่ชาวไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .80

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อประโยชน์ของการฝากครรภ์ครั้งแรกของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ของนาตยา อารินทร์ (2542) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ของสตรีวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .93

5. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy Health Belief Scale) ที่พัฒนาโดยโฟยา (Phoya, 1993) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, Drachman & Krischt, 1974) เพื่อศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ในสตรีชาวเจอร์แดน มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .86 ต่อมาออล ออบบิแซต (Al - Obeisat, 1999) นำมาใช้ในการศึกษาการเข้ารับบริการฝากครรภ์ของสตรีชาวเจอร์แดน โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .73

ผู้วิจัยได้เลือกแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการฝากครรภ์ของบริด และคณะ (Byrd, et al. 1996) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยปาหนัน พิชยภิญโญ (Pichayapinyo, 2005) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพและมีการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรีในระยะตั้งครรภ์ชาวไทย และผู้วิจัยนำมาดัดแปลงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์กับการฝากครรภ์

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ (มยุรี นิรัทธราดร, 2539) การเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อย การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (Pichayapinyo, 2005) และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ (Canannub, 2004; Pichayapinyo, 2005) ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์นี้จะนำไปสู่การเริ่มฝากครรภ์ และชักนำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นใช้บริการฝากครรภ์ (Chaibva, 2007)

สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ 2 เรื่องคือ การศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์กับการฝากครรภ์ของผู้เป็นมารดาครั้งแรกชาวไทยของปาหนัน พิชยภิญโญ (Pichayapinyo, 2005) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อย ($r = .145$) การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ($r = .184$) และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ($r = .147$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ของพรทิพย์ คณานับ (Canannub, 2004) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนครั้งในการฝากครรภ์ ($r = .320$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ต่างประเทศของคิวโลพานา และคณะ (Quelopana, et al. 2009) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของ

การฝากครรภ์มีผลต่อการเริ่มฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ 0.71 เท่า

ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์กับการเริ่มฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น แต่มีการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นของมยุรี นิรัทธราคร (2539) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ โดยมีความเห็นว่าการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้แพทย์และพยาบาลดูแลได้อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (ร้อยละ 81.7) และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ตามนัดมีการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นประจำ (ร้อยละ 95.4) นอกจากนี้การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ($r = .413, p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์

แนวคิดการรับรู้อุปสรรค

การรับรู้อุปสรรค หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าในทางลบของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เสียค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การตรวจเลือดทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การเข้ารับการตรวจเป็นสิ่งที่ขัดกับการทำงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้บุคคลมีความไม่สบายใจ มีความเจ็บปวด และสับสน เป็นต้น จึงส่งผลทางลบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรือกระตุ้นให้เกิดการหลีกเลี่ยงการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลทางลบต่อการดูแลรักษา และทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพใหม่ที่ตีหุดยชะงัก โดยการรับรู้อุปสรรคยังรวมถึงบรรทัดฐานทางสังคม (norms) แรงผลักดันทางสังคม (Becker, 1974) การยอมรับทางสังคม (social approval) และการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self - efficacy) (Janz & Becker, 1984) ซึ่งการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของบุคคล (Becker & Maiman, 1975)

การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ว่าเป็นสิ่งที่ขัดขวางหรือมีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ฝากครรภ์หรือเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก

โดยเป็นสิ่งที่มีความเฉพาะของแต่ละบุคคล (Stout, 1997) การรับรู้อุปสรรคในการฝากครรภ์ของสตรี ตั้งครรภ์วัยรุ่นนั้น มีทั้งอุปสรรคที่เกิดจากตัวของวัยรุ่นเองและเกิดจากสถานบริการทางสุขภาพหรือ สถานที่ฝากครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์มักมีความเป็นห่วงหรือกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของ ทารกในครรภ์ แต่ไม่สามารถมาฝากครรภ์ได้หรือเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก เพราะฐานะ ทางเศรษฐกิจ ปัญหาการเดินทาง ระยะเวลารอในการใช้บริการ ใช้เวลาในการจัดการปัญหา กับ ครอบครัว และไม่มีความต้องการที่จะตั้งครรภ์ (Teagle & Brindis, 1998) อุปสรรคของการฝากครรภ์ จึงเป็นสิ่งที่ขัดขวางการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยอุปสรรคส่วนบุคคลเป็นการขาดความรู้ ความเข้าใจในการฝากครรภ์ (Gross, et al. 2012) มีความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับประโยชน์ของการฝากครรภ์ ปัญหาทางเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการฝากครรภ์ (Chaibva, et al. 2009) ดังเช่น การศึกษาของทีเกิล และ บรินดิส (Teagle & Brindis, 1998) พบว่าอุปสรรคของการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรก และการฝากครรภ์ตามนัดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น แบ่งเป็นอุปสรรคส่วนบุคคลและอุปสรรคของ ระบบบริการสุขภาพ โดยอุปสรรคส่วนบุคคล ได้แก่ กลัวกระบวนการตรวจ (ร้อยละ 28 และร้อยละ 31) กลัวผู้ให้บริการฝากครรภ์ (ร้อยละ 24 และร้อยละ 16) กลัวผู้ปกครองทราบว่าตั้งครรภ์ (ร้อยละ 20 และร้อยละ 18) ต้องการเวลาจัดการปัญหาครอบครัว (ร้อยละ 19 และร้อยละ 15) ไม่ต้องการ ตั้งครรภ์ (ร้อยละ 18 และร้อยละ 31) และมีความรู้สึกเศร้า (ร้อยละ 13 และร้อยละ 19) ส่วนอุปสรรค ของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ (ร้อยละ 63 และร้อยละ 39) การฝากครรภ์ใช้เวลานาน (ร้อยละ 31 และร้อยละ 33) ไม่ทราบสถานที่ฝากครรภ์ (ร้อยละ 28 และร้อยละ 26) ไม่ทราบว่าจะไปฝากครรภ์อย่างไร (ร้อยละ 26 และร้อยละ 21) สถานที่บริการฝาก ครรภ์อยู่ไกล (ร้อยละ 19 และร้อยละ 22) สถานที่ในการฝากครรภ์เข้าถึงยาก (ร้อยละ 17 และร้อยละ 8) และไม่มีเวลา (ร้อยละ 13 และร้อยละ 16)

นอกจากนี้ การศึกษาของกรอส และคณะ (Gross, et al. 2012) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นขาด ความรู้ในการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 88 ซึ่งมากกว่าสตรี ตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ โดยสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ขาดความรู้ในการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 76 และการศึกษาของไชบวา และคณะ (Chaibva, et al. 2009) พบว่าปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการไม่มาฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นคือ มีความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับประโยชน์ของการ ฝากครรภ์ (ร้อยละ 31.3) ปัญหาทางเศรษฐกิจ (ร้อยละ 21.3) กลัวและต้องการปกปิดการตั้งครรภ์จาก ผู้ปกครองและโรงเรียน (ร้อยละ 15.0) ตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน (ร้อยละ 13.8) และวางแผนที่จะยุติ การตั้งครรภ์ (ร้อยละ 2.5) และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ในต่างประเทศของมอร์เรตา (Moretta, 2006) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์คือ ผู้ให้บริการฝากครรภ์ไม่ให้ความสำคัญ ในปัญหาของสตรีตั้งครรภ์ และมีความกลัวหากตรวจพบปัญหาทางสุขภาพที่รุนแรง

การประเมินการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์

การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ เป็นการรับรู้ของบุคคลที่รู้สึกสูญเสียมากกว่าได้รับประโยชน์จากการฝากครรภ์ จึงเป็นสิ่งที่ขัดขวางการฝากครรภ์ (Chaibva, et al. 2009) สามารถประเมินการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ ดังนี้

1. แบบสอบถามอุปสรรคของการฝากครรภ์ (Prenatal Care Barriers Scale) ของมีลินค์ (Melynk, 1990) สร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1960) เพื่อศึกษาอุปสรรคที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในการเข้ารับการดูแลรักษา มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือรายด้านตั้งแต่ .63 ถึง .91 ต่อมาพริทซ์ คณานับ (Cananub, 2004) ได้แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงเครื่องมือเพื่อศึกษาปัจจัยในการฝากครรภ์ของสตรีชาวไทย โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .92

2. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ (Perceived Barriers to Prenatal Care Scale) ของบริด และคณะ (Byrd, et al. 1996) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Maiman & Becker, 1974) เพื่อศึกษาการเข้ารับการฝากครรภ์ของสตรีรายได้ต่ำที่มีเชื้อสายสเปน มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .87 ต่อมาปาหนัน พิชยภิญโญ (Pichayapinyo, 2005) ได้นำเครื่องมือมาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงเพื่อศึกษาการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ชาวไทยที่เป็นมารดาครั้งแรก ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .72

ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ของของบริด และคณะ (Byrd, et al. 1996) ที่ดัดแปลงโดยปาหนัน พิชยภิญโญ (Pichayapinyo, 2005) เนื่องจากสร้างขึ้นจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและมีจำนวนข้อคำถามที่เหมาะสม และผู้วิจัยนำมาดัดแปลงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ความสัมพันธ์ของการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์กับการฝากครรภ์

ความสัมพันธ์ของการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ยังไม่พบการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นชาวไทย มีการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นผู้ใหญ่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อย การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (Pichayapinyo, 2004) และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ (Cananub, 2005; Pichayapinyo, 2004) แต่การศึกษาศตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ในต่างประเทศ พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์มี

ความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่มากขึ้นเมื่อเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรก ($r = .474, p < .01$) และการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์สามารถทำนายอายุครรภ์เมื่อเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกได้ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = .300, p < .01$) (McKeon, 1997) และสตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์มากจะเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากเป็น 1.29 เท่าของสตรีที่ไม่มีการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ ($B = .258, p < .01$) (Quelopana, 2009) และการศึกษาของโพยา (Phoya, 1993) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกของสตรีตั้งครรภ์ชาวมาลาวี ($r = .420, p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความเห็นของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการหรือที่ได้รับการปฏิบัติจากบุคคลอื่นของสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเครียด ปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น ช่วยลดความรุนแรงและขัดขวางผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากความเครียด โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของบุคคล ลดภาวะเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยป้องกันสิ่งที่เป็นอันตราย ส่งเสริมสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และเป็นสิ่งช่วยลดความรุนแรงของความเครียดที่จะส่งผลต่อสุขภาพอีกด้วย (House, 1981)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม (supporters) และผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (supportive) โดยทั่วไปผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมในลำดับแรกคือ บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง รองลงมาคือ เพื่อน คู่ครอง ญาติพี่น้อง และบุคคลอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน เช่น หัวหน้างาน ครู แพทย์ พยาบาล เป็นต้น ซึ่งเป็นผู้ที่แสดงออกให้เห็นถึงการให้การสนับสนุนทางสังคม เช่น ให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัย ให้กำลังใจ ช่วยค่าใช้จ่าย เป็นต้น ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เป็นผลให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ดี (House, 1981)

การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน ดังนี้ (House, 1981)

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การให้การสนับสนุนจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งในด้านของความรู้สึก เช่น การใส่ใจในความรู้สึก ให้ความหวังใจ ให้ความรัก และเชื่อในตัวของคุณคน เป็นต้น

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อให้บุคคลได้ประเมินตนเอง

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อให้บุคคลสามารถนำข้อมูลนั้นไปแก้ไขปัญหาของตนเองและสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง หรือเป็นการช่วยให้บุคคลนั้นสามารถช่วยเหลือตนเองได้เสมือนการทำหน้าที่เป็นผู้สอนหรือพี่เลี้ยง

4. การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ และบริการ (instrument support) หมายถึง การแสดงถึงการช่วยเหลือในสิ่งที่บุคคลต้องการ โดยตรง เช่น ช่วยทำงาน ช่วยดูแล ช่วยค่าใช้จ่าย เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยมีกระบวนการดังนี้ (House, 1981)

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ (main effect)

1.1 การสนับสนุนทางสังคม ช่วยส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของคุณคนโดยตรง เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่บุคคลต้องการ เพื่อตอบสนองความต้องการของคุณคนเกี่ยวกับความปลอดภัย การติดต่อทางสังคม ความพึงพอใจ ความสัมพันธ์ระหว่างกัน และความรัก

1.2 การสนับสนุนทางสังคม ที่บุคคลได้รับในที่ทำงาน สามารถลดความเครียดในการทำงานได้โดยตรง และสามารถปรับปรุงสุขภาพได้ในทางอ้อม

2. การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวบรรเทา (buffering) การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บรรเทาหรือลดผลกระทบของความเครียดที่ส่งผลต่อสุขภาพให้ลดความรุนแรงลง

นอกจากนั้นลักษณะส่วนบุคคล ระดับของความสัมพันธ์ และลักษณะทางสังคมเป็นสิ่งที่กำหนดความเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมหรือเป็นผู้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นตัวกำหนดการแสดงออกทางพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของคุณคน (House, 1981) ในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งนี้ ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981)

การสนับสนุนทางสังคมในการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีและครอบครัวที่ดี ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อย (Daniels, et al. 2006) ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (จุฑาทิพย์ ชื่อศักดิ์, 2537) มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม มีความมั่นใจในตนเอง เกิดพลังและแรงจูงใจในการเผชิญปัญหา (พรณี กุ๊นประดับ, 2538) มีสัมพันธภาพที่ดีกับทารกในครรภ์ (รพีพรรณ เรืองเดชอนันต์, 2539) และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2535) ซึ่งในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมและมีสิ่งขัดขวางในการฝากครรภ์ ส่งผลให้เกิดการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก (Gross, et al. 2012) เช่น นโยบายหรือโครงสร้างของสถานบริการที่ขัดขวางการฝากครรภ์ (Chaibva, et al. 2009) และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการฝากครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ดี (Smith & Roberts, 2009) เป็นต้น โดยบุคคลผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่คือ บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี บิดา และมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (สรุทยา รองเลื่อน และคณะ, 2555)

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบการศึกษาของแมคเคลียด และ วีเวอร์ (Macleod & Weaver, 2003) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก และมีสามีเป็นบุคคลผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมในระยะตั้งครรภ์มากที่สุด (กลุ่มอายุ 17 – 18 ปี ร้อยละ 76.8) โดยบุคคลผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่คือ บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี บิดา มารดา และครอบครัว มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ เพียง 2 คนที่มีบุคคลผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมคือ นักสังคมสงเคราะห์ และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ จำนวน 7 คน ที่มีบุคคลผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นนักสังคมสงเคราะห์ ครู/อาจารย์ แพทย์ทั่วไป และพยาบาลผดุงครรภ์ และการศึกษาของไชบวา (Chaibva, 2007) พบว่าบุคคลผู้ให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์ คือ บิดาหรือมารดา (ร้อยละ 47) สามี (ร้อยละ 29.5) และบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว (ร้อยละ 22.0) เช่น พี่สาวหรือน้องสาว ป้าหรือน้า และย่าหรือยาย เป็นต้น นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเห็นเกี่ยวกับผู้ให้บริการฝากครรภ์ว่า วินิจฉัยและจัดการภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 64.0) ช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 33.5) และให้การสนับสนุนในการฝากครรภ์ (ร้อยละ 33.5) และสิ่งที่ยังขัดขวางในการฝากครรภ์ คือ ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (ร้อยละ 34.0)

สำหรับประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พบการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นของรภีพร ประกอบทรัพย์ (2541) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยศึกษาใน

สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 13 – 19 ปี มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 210 คน พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี การสนับสนุนทางสังคมจากสามีโดยรวมอยู่ในระดับดี และการสนับสนุนทางสังคมจากมารดาโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี และพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ($r = .443, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมจากมารดา ($r = .303, p < .01$) โดยการสนับสนุนทางสังคมจากสามีสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 19.67 ($p < .01$)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม สามารถวัดได้จากบุคคลผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม โดยวิธีในการให้การสนับสนุนทางสังคม และปริมาณของการให้การสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) มีวิธีการประเมินการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Behaviors Inventory [SBI]) ของบราวน์ (Brown, 1986) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกถึงการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .97 ต่อมากาญจนา บุญทับ (2534) นำมาแปลเป็นภาษาไทยเพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .91 และโสภิต สุวรรณเวลา (2537) ได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางสังคมมาดัดแปลง เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังคลอด มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .82 และมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิตร (2551) ได้ดัดแปลงเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ในกรุงเทพมหานครประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .97

2. แบบสอบถามทรัพยากรบุคคลส่วนที่ 2 (Personal Resource Questionnaire Part II) ของแบรนต์ และ ไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1987) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของไวสส์ (Weiss, 1974) เพื่อศึกษาลักษณะของการสนับสนุนการสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .87 ต่อมาสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (Puttapitukpol, 2001) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยเพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในสตรีวัยรุ่นชาวไทยในระยะหลังคลอด มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .83 และพรทิพย์ คณานับ (Cananub, 2004) นำมาดัดแปลงเพื่อศึกษาการสนับสนุนทาง

สังคมกับการฝากครรภ์ของสตรีชาวไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .84

3. แบบสอบถามระดับการสนับสนุนทางสังคม (Social APGAR Scale) ของนอร์วูด (Norwood, 1996) ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามครอบครัว (Family APGAR) ของสมิลค์สไตน์ (Smilkstein, 1978) เพื่อศึกษาการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระยะตั้งครรภ์ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .88 ถึง .93 ต่อมาปาหนัน พิชยภิญโญ (Pichayapinyo, 2005) ได้นำแบบสอบถามระดับการสนับสนุนทางสังคมมาดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทย เพื่อศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .89

ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม ที่พัฒนาให้เหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยมะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิชิต (2551) เนื่องจากมีความเหมาะสมในการมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการฝากครรภ์

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อย การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (Pichayapinyo, 2005) จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ (Cananub, 2004) ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นผู้ใหญ่ ดึงการศึกษาของพรทิพย์ คณานับ (Cananub, 2004) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการมาฝากครรภ์ (ร้อยละ 90) ซึ่งบุคคลที่ทำให้การสนับสนุนทางสังคมในการฝากครรภ์คือ สามี (ร้อยละ 31.8) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์ ($r = .230, P < .05$) และการศึกษาของปาหนัน พิชยภิญโญ (Pichayapinyo, 2005) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อย ($r = .266, p < .01$) และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ($r = .220, p < .01$)

สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพบการศึกษาในต่างประเทศของกรอส และคณะ (Gross, et al. 2012) ที่ศึกษาระยะเวลาเริ่มฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่จำนวน 400 คน พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 5 เดือน หรือคิดเป็น 20 สัปดาห์ (S.D. = 1.2) ในสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามี 0.60 เท่า ($p < .05$) อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทย แต่พบการศึกษาเชิงพรรณนาของการฝากครรภ์ครบและไม่ครบตาม

เกณฑ์ของสตรีตั้งครรภ์ชาวไทยของมะลิวรรณ หมิ่นแก้วกล้าวิชิต (2551) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างจากกลุ่มที่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความสำคัญต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยปัจจัยที่ศึกษาได้จากการทบทวนวรรณกรรม คือ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม โดยการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ คือการที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเชื่อว่าการฝากครรภ์ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรับรู้ว่าการฝากครรภ์มีประโยชน์เป็นอย่างมากต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อย การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ คือสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความคิดเห็นว่าเป็นสิ่งที่ขัดขวางการฝากครรภ์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ว่าการฝากครรภ์เป็นปัญหาและมีสิ่งขัดขวางมาก สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มาก และการสนับสนุนทางสังคมคือ ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมเกี่ยวกับการฝากครรภ์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการฝากครรภ์มาก สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อย ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved