

ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน

ทิพย์วรรณ โปธิตา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน


คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


สิงหาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

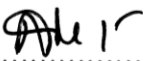
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวสน์)

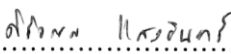
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


  
.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวสน์)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๒๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความมุ่งมั่นและตั้งใจของผู้วิจัย และได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา และแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน เอาใจใส่ กับลูกศิษย์ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงแก้ไขรวมทั้งให้คำปรึกษาและวิจารณ์ผลงาน ทำให้งานวิจัยมีคุณภาพ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ รวมทั้งให้คำแนะนำและแก้ไขเพื่อให้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดนครปฐม ตลอดจนพี่ ๆ และเพื่อนพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นกำลังใจที่ดีช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดาและครอบครัวที่เป็นกำลังใจอย่างดียิ่ง และคอยให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้านจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและคุณประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่ บุพการี ครู-อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษามีความอุตสาหะพากเพียรจนประสบความสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวังมาตราบนานทุกวันนี้

ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา

55920221:สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: การฝากครรภ์/ ฝากครรภ์ช้า/ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา: ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น  
ในชุมชน (DETERMINANTS OF HAVING FIRST ANTENATAL CARE VISIT LATE  
AMONG PREGNANT TEENAGERS IN COMMUNITY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์:  
รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, Ph.D., พรนภา หอมสินธุ์, Ph.D. 98 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การฝากครรภ์มีความจำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง  
การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น  
ในชุมชน ใช้กรอบแนวคิดอิทธิพล 3 องค์ประกอบของเฟรห์ (TTI, Fray & Petraitis, 1994) รูปแบบ  
การศึกษาเป็น Case-control study กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปีที่มารับบริการ  
ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐมจำนวน 220 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม  
ได้แก่ กลุ่มศึกษา (Case) คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์  
จำนวน 110 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control) คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์  
ภายในอายุครรภ์ 12 สัปดาห์จำนวน 110 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม  
ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความตั้งใจการตั้งครรภ์ แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์  
แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ แบบวัดเจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์  
และแบบสอบถามการยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส/ คู่รัก ครอบครัว และชุมชน โดยแบบวัดความรู้  
เกี่ยวกับการฝากครรภ์มีค่า KR-20 (Kuder Richardson-20) เท่ากับ .81 ส่วนแบบวัดอื่นมีค่า Cron-  
bach alpha 0.70 ถึง 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Binary logistic regression  
ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าของหญิงตั้งครรภ์  
วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน ( $OR_{adj} = 18.00, 95\%$   
 $CI = 5-12-63.27$ ) การยอมรับการตั้งครรภ์จากครอบครัว ( $OR_{adj} = 15.37, 95\% CI = 5.27-44.80$ ) ความรู้  
เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ( $OR_{adj} = 11.81, 95\% CI = 4.16-33.50$ ) การรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์  
( $OR_{adj} = 9.15, 95\% CI = 3.02-27.72$ ) และเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ( $OR_{adj} = 4.54, 95\%$   
 $CI = 1.51-13.63$ )

จากผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีการดำเนินงานเชิงรุก  
ในการจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์แรกที่ตั้งครรภ์ โดยเน้นการให้ความรู้  
ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฝากครรภ์และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์แก่  
หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ครอบครัว และชุมชน

55920221: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER, M.N.S.

(COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEY WORDS: ANTENATAL CARE VISIT/ HAVING ANTENATAL CARE LATE/  
TEENAGE PREGNANCY

TIPPAWAN POTA: DETERMINANTS OF HAVING FIRST ANTENATAL CARE VISIT AMONG PREGNANT TEENAGERS IN COMMUNITY. ADVISORY COMMITTEE: RUNGRAT RISURIYAWATE, Ph.D., PORNNAPA HOMSIN, Ph.D. 98 P. 2018.

Antenatal care is necessary for pregnant women especially pregnant adolescents who are at high risk. Purpose of this study was to identify factors associated with first antenatal care (ANC) late among pregnant teenagers in community. The study had a theoretical framework as theory of triadic influence: (TTI, Fray & Petraitis, 1994) and had a design as a case-control study. Participants consisted of 220 pregnant adolescent aged less than 20 years old having first ANC visit late at sub-district health promoting hospitals in Nakornprathom province. Participants were divided into two groups, case and control. Case group included 110 women receiving first ANC after 12 weeks of gestation. Control group consisted of 110 women receiving first ANC visit within the first 12 weeks of gestation. Data were collected by personal questionnaire, Intention of Pregnancy Scale, Perceived Self-efficacy for ANC, Knowledge of ANC, Attitude toward Pregnancy and ANC, and Approval of Partner, Family and Community. Knowledge of ANC had an acceptable value of KR-20 (Kuder Richardson-20) as 0.81. Others had acceptable Cronbach's alpha coefficients from 0.70 to 0.97. Data were analyzed by descriptive statistics and binary logistic regression.

Study resulted that significant factors related to having ANC visit late were perceived self-efficacy for ANC ( $OR_{adj} = 9.15$ , 95% CI = 3.02-27.72), knowledge of ANC ( $OR_{adj} = 11.81$ , 95% CI = 11.81, 95% CI = 4.16-33.50), attitude toward pregnancy and ANC ( $OR_{adj} = 4.54$ , 95% CI = 1.51-13.63), approval of family ( $OR_{adj} = 15.37$ , 95% CI = 5.27-44.80), and community approval ( $OR_{adj} = 18.00$ , 95% CI = 5.12-63.27).

Findings suggest that community nurse practitioners would be proactive in motivating pregnant teenagers to have ANC visit within the first 12 weeks of pregnancy. They may emphasize on educating and encouraging an awareness of ANC visit importance for pregnant adolescents, their families, and their communities.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.....	9
การฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำ.....	11
ผลกระทบของการตั้งครรภ์ต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและการฝากครรภ์ล่าช้า.....	14
บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการให้บริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น.....	18
แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย .....	24
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น .....	29
3 วิธีดำเนินงานวิจัย .....	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	40
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	41

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
4 ผลการวิจัย.....	45
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	45
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น .....	52
5 สรุปและอภิปรายผล .....	56
สรุปผลการวิจัย.....	56
อภิปรายผลการวิจัย.....	57
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	61
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป .....	61
บรรณานุกรม .....	63
ภาคผนวก .....	75
ภาคผนวก ก.....	76
ภาคผนวก ข.....	78
ภาคผนวก ค.....	84
ภาคผนวก ง.....	96
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	98

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอ .....	37
2	ค่าความตรงของเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามและแบบวัด .....	41
3	สรุปตัวแปรที่ศึกษาเป็นตัวแปรระดับกลุ่ม .....	43
4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป .....	45
5	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามประวัติเกี่ยวกับการตั้งครุฑ และการคุมกำเนิด.....	48
6	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามเหตุผลที่มาฝากครุฑซ้ำ .....	51
7	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และปัจจัย สถานการณ์ทางสังคมต่อการมาฝากครุฑครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครุฑวัยรุ่น .....	52
8	จำนวน และร้อยละของคะแนนรายชื่อของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครุฑ .....	92
9	จำนวน และร้อยละของคะแนนรายชื่อของแบบวัดเจตคติต่อการตั้งครุฑ และการฝากครุฑมาฝากครุฑ.....	93
10	จำนวน และร้อยละของคะแนนรายชื่อของแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการมา ฝากครุฑ .....	95



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	7
2	อิทธิพลปัจจัยระดับบุคคล .....	26
3	อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม .....	27
4	อิทธิพลด้านสถานการณ์ทางสังคม .....	28
5	การคัดเลือกกลุ่มอย่าง .....	36

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฝากครรภ์ (Antenatal care) เป็นบริการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และนับได้ว่าเป็นขั้นตอนแรกในการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะของการเจ็บครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด (อุ๋นใจ กอนันตกุล, 2551) องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้มีการฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์แรกที่ตั้งครรภ์ (World Health Organization [WHO], 2010) เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครอบคลุม สืบเนื่องจากสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์ ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุข (กรมอนามัย, 2559) พบว่าวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเพิ่มขึ้นจาก 95,000 คนในปี พ.ศ. 2546 เป็นประมาณ 104,300 คนในปีพ.ศ. 2558 ในจำนวนนี้เป็นการคลอดบุตรโดยวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีประมาณปีละ 3,000 คน ปี พ.ศ. 2559 พบอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี เท่ากับ 1.4 ต่อประชากรหญิงวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี 1,000 คน และพบอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีเท่ากับ 42.5 ต่อประชากรหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ซึ่งยังอยู่ในเกณฑ์สูงเมื่อเทียบกับเป้าหมายของประเทศ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยกำหนดให้ลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ลงไม่เกิน 0.5 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน และลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ลงไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน (กรมอนามัย, 2559)

จากข้อมูลของ งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม (2558) พบอัตราการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2556-2558 คิดเป็น 50.71, 52.18 และ 54.45 ตามลำดับ และจากข้อมูลการมารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดนครปฐม 3 ปีซ้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2556-2558) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า คิดเป็นร้อยละ 57.24, 59.16 และ 57.81 ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี เท่ากับ 25.44 คน ต่อประชากร 100,000 คน จุดมุ่งหมายในการฝากครรภ์นั้นเพื่อให้แน่ใจว่ามารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพดี และแข็งแรงตลอดการตั้งครรภ์ เป็นการประเมินภาวะเสี่ยงและผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดา และบุตรในครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์ และการคลอด (สายใจ โหมจิตกุลพร, 2555) การฝากครรภ์จึงเป็นหนึ่งในบริการอนามัยแม่และเด็ก

เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด (เดือนเพ็ญ ศิลปอนันต์, 2557) ในอดีตการฝากครรภ์มุ่งเน้นที่จำนวนการมารับการฝากครรภ์ แต่ในปัจจุบันให้ความสำคัญในเรื่องเนื้อหาที่จะได้จากการฝากครรภ์ ทั้งเรื่องการตรวจคัดกรอง (ภาวะโลหิตจาง, ความดันโลหิตสูง, โปรตีนในปัสสาวะ) (มนฤดี เตชะอินทร์ และพรณี ศิริวรรณภา, 2555) WHO (2010) และกระทรวงสาธารณสุข (2555) ได้กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อย 5 ครั้ง จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และควรมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ เพื่อลดปัญหาภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายของมารดาและทารก

วัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับการฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอเนื่องจากเริ่มฝากครรภ์ช้า หรือไม่เข้ารับการฝากครรภ์ วัยรุ่นส่วนหนึ่งไม่สามารถแยกแยะความแตกต่างของเลือดออกในช่วงแรกของการตั้งครรภ์กับประจำเดือนปกติได้ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ระยะเวลารอตรวจ ขาดความเป็นส่วนตัว และทัศนคติด้านลบของเจ้าหน้าที่ อีกส่วนหนึ่งปฏิเสธว่าตนเองตั้งครรภ์ และพยายามปกปิดเรื่องนี้ไว้ และประมาณร้อยละ 30-60 ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ โดยการทำแท้ง (มนฤดี เตชะอินทร์ และพรณี ศิริวรรณภา, 2555) ซึ่งพบว่า ร้อยละของผู้ที่ทำแท้งในกลุ่มอายุ 15-19 ปีมีการทำแท้งสูงที่สุดคือร้อยละ 23.8 (ภาวิ ไชยรักษ์, 2558) และพบว่า 1 ใน 4 ของผู้วัยทำแท้งที่มีภาวะแทรกซ้อนและเข้ารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี (กรมอนามัย, 2559) อีกทั้งการตั้งครรภ์ไม่พร้อมทำให้ต้องปกปิดเรื่องการตั้งครรภ์ หรือการมีลูกต่อผู้ปกครอง รวมทั้งการไม่ได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การมาฝากครรภ์ และการไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้มารดาวัยรุ่นไม่มารับบริการฝากครรภ์ (ยูกะ อิโนะ, จุฑาธิป ศีลบุตร และจิราพร ชมพิกุล, 2554) นอกจากนี้ยังพบปัญหาเรื่องการเรียน และการทำแท้งในมารดาวัยรุ่นอีกด้วย (เทพลักษณ์ ศิริชนะวุฒิชัย, ศิริพรพรเสน และอรสวัสดี รังสร้อย, 2552)

ในกรณีที่วัยรุ่นเลือกตั้งครรภ์ต่อ ปัญหาที่ตามมาคือ การไม่ดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ไม่กล้ามารับการฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ช้า ส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพอนามัย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทั้งมารดาวัยรุ่นและทารกทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดเพิ่มมากขึ้น (จิราพร กาญจนสาธิต และสุดถนอม ปิตตาทะโน, 2556) ภาวะทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (อภิชัย มหารุ่งเรืองรัตน์, 2555) และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ในมารดาพบสูงในมารดาวัยรุ่น อาทิเช่น ปัญหาอัตราการคลอดทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ 2,500 กรัม (2.5 กิโลกรัม) พบมากถึงร้อยละ 8.7 ซึ่งมากกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าจะต้องไม่เกินร้อยละ 7 (อนันต์ คำแก้ว, 2557) และยังพบว่า

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อย จะมีการเพิ่มของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ น้อยด้วย และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่มาฝากครรภ์ จะมีภาวะโลหิตจางมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ (ปัญญา สนั่นพานิชกุล และยศพล เหลืองโสมนภา, 2558)

จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดา และทารกทั้งในขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด (บดินทร์ จักรแก้ว, 2555) การจัดระบบบริการในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการตรวจครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์แรก จึงมีประโยชน์มากทั้งต่อตัวหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพควรฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์หรือฝากครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์ (อรทัย วงศ์พิกุล, สินีนาถ โรจนานุกุลพงษ์ และอำพรพรรณ คำรณฤทธิ, 2558) ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของ กระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี, 2558) ได้กำหนดไว้ว่า ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจร่างกายและตรวจครรภ์ เพื่อค้นหา ภาวะเสี่ยงหรือความผิดปกติที่ต้องได้รับการดูแลรักษา ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ระหว่างการตั้งครรภ์ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้จากผลกระทบ หลายประการดังกล่าวข้างต้น การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงเป็นปัญหาสำคัญ และเร่งด่วน ต้องทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาว่ามีสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงใดที่มีอิทธิพลต่อการมา ฝากครรภ์หรือไม่ฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ช้า ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการฝากครรภ์ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น น้อยมาก ทั้งที่หน่วยงานของรัฐบาลได้มีมติให้มีการฝากครรภ์คุณภาพมากขึ้น คือการฝากครรภ์ ตามเวลา โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงดังที่กล่าวข้างต้น การมาฝากครรภ์ตั้งแต่ช่วงแรกของการตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญมาก

จากการทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์หรือไม่ฝากครรภ์ของมารดา ตั้งครรภ์ทั่วไปและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่ามีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายระดับ คือ มีทั้งปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยระดับสิ่งแวดล้อม ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ว่าตนเองสบายดี และยังสามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ไปรับบริการฝากครรภ์ช้า (เอี่ยมพร ราชภูติ, จันทรัตน์ เจริญสันติ และกรรณิการ์ กัณษะรักษา, 2554) และยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรับรู้ภาวะสุขภาพ ของตนเองน้อยส่งผลให้มารับบริการฝากครรภ์ช้า (มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต, 2551; ยูกะ อิโนะ และคณะ, 2554; สุภาวดี พันธุมาศ, 2556; เอี่ยมพร ราชภูติ และคณะ, 2554; Ye, Yoshida, Rashid, & Sakamoto, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2552) หญิงตั้งครรภ์ทั่วไป และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีปัจจัยด้านเจตคติ และทัศนคติ

ต่อการตั้งครรภ์เชิงลบต่อการมาฝากครรภ์ทำให้มาฝากครรภ์ช้า (มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต, 2551; ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และปราณี สุทธิสุขคนธ์, 2550; สุภาวดี พันธุมาศ, 2556; Effendi & Isaranurag, 2012; Erlindawati, Isaranurug, & Chompikul, 2008) และถ้าขาดความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเรื่องการฝากครรภ์มีแนวโน้มมาฝากครรภ์น้อยด้วย (ยุพิน พรสมุทธรินทร์ และอัจฉริยา ภู่มรินทร์, 2554)

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยระดับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และสังคมมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (ทัศนีย์ หล้าเนียม, 2553; ปาหนัน พิษขยัญญา, 2550; มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต, 2551; ยูกะ อิโนะ และคณะ, 2554; สุภาวดี พันธุมาศ, 2556) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่สมรสแล้ว มีการมาฝากครรภ์เร็วขึ้น (เทพลักษณ์ ศิริชนะวุฒิชัย และคณะ, 2552) และครอบครัวที่มีปัญหา ด้านเศรษฐกิจมีรายได้น้อย ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่เห็นความสำคัญ ของการมาฝากครรภ์ (ยุพิน พรสมุทธรินทร์ และอัจฉริยา ภู่มรินทร์, 2554) รวมถึงการไม่มีสิทธิ ในการรักษาพยาบาลทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ส่งผลต่อการไม่มาฝากครรภ์ ของ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (ทัศนีย์ หล้าเนียม, 2553)

จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่พบส่วนใหญ่ได้พยายามอธิบายถึงปัจจัยที่สัมพันธ์หรือส่งผล ต่อการมาฝากครรภ์หรือไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ แต่การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการมาฝากครรภ์ช้าในช่วงแรกคือ 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์มีน้อยมากโดยเฉพาะการศึกษา ในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ช้าในช่วงแรก (หลัง 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีอิทธิพลของ 3 องค์ประกอบ (Theory of Triadic Influence) ของ Flay and Petraitis (1994) ที่บูรณาการทฤษฎีทางพฤติกรรม หลาย ๆ ทฤษฎีเข้าด้วยกัน ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีมหภาคของพฤติกรรมสุขภาพ (Mega-theory) ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมต่าง ๆ เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยสามด้าน คือ บุคลิกลักษณะส่วนบุคคล สถานการณ์ทางสังคมในปัจจุบัน และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ทฤษฎีนี้อธิบายให้เห็นว่า พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นเป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อน มิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียง อย่างเดียว แต่เป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการร่วมกันทั้งปัจจัยป้องกันและปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยต่าง ๆ มีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันทั้งในระดับเดียวกันและต่างระดับ การแสดงพฤติกรรมจึงมิได้เกิด จากอิทธิพลของปัจจัยเพียงตัวใดตัวหนึ่งเท่านั้น แต่มักเกิดพร้อมกันหรือร่วมกันอย่างเป็นพลวัต (Dynamic) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงกลับไปมาอยู่ตลอดเวลาทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ความเชื่อ ทัศนคติและปัจจัยทางสังคม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงไม่สามารถคำนึงถึงแต่เฉพาะปัจจัย ในระดับบุคคลเท่านั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยในระดับกว้างด้วย (พรนภา หอมสินธุ์, 2558) ผู้วิจัยจึงนำ

ทฤษฎีนี้มาใช้อธิบายถึงปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อการมาฝากครรภ์ซ้ำในช่วงแรกได้อย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับผลการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัญหาการมาฝากครรภ์ซ้ำหรือไม่มาฝากครรภ์เกิดจากปัจจัยที่หลากหลาย โดยในการศึกษานี้ได้แบ่งกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ซ้ำในช่วงแรกในระดับต่าง ๆ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม โดยปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการฝากครรภ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการตั้งครรภ์และความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ การยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส/ คู่รัก ครอบครัวและชุมชนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำในช่วงแรกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กสามารถนำผล การศึกษานี้ไปเป็นแนวทางในการดูแลเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการมาฝากครรภ์ซ้ำหรือไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไป

### คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำในช่วงแรกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์ที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ และความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ การยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส/ คู่รัก ครอบครัว และชุมชน ที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

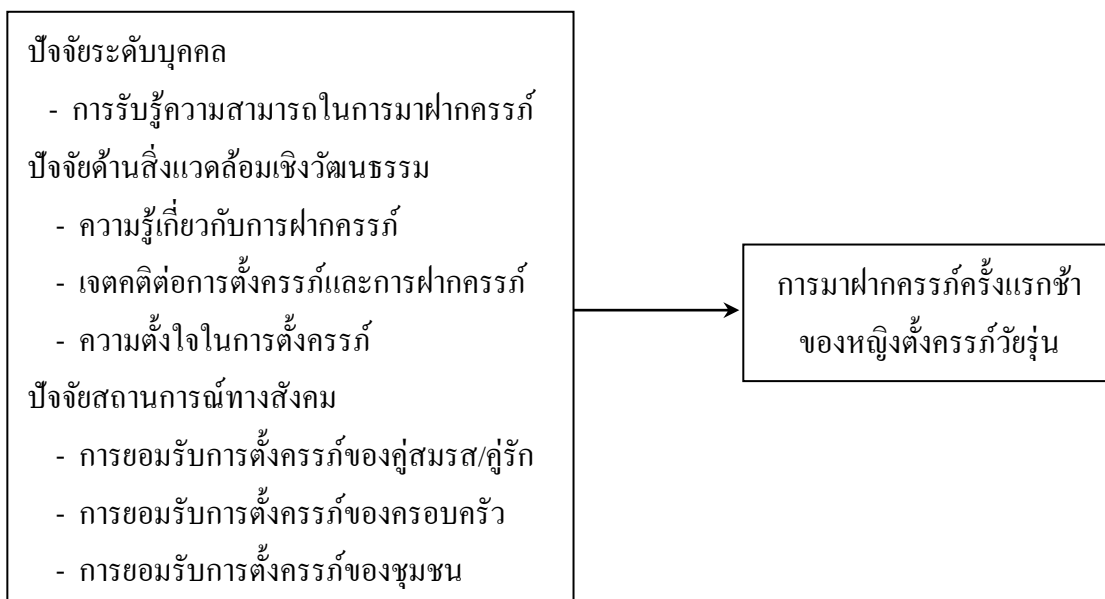
### สมมติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

2. ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
3. เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
4. ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
5. การยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
6. การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
7. การยอมรับการตั้งครรภ์ของชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีอิทธิพลของ 3 องค์ประกอบ (Theory of Triadic Influence: TTI) ของ Flay and Petraitis (1994) เป็นกรอบในการศึกษาตัวแปรในการอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำในช่วงแรกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น TTI เป็นทฤษฎีที่บูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะอธิบายและทำนายปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรม วิธีส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ทฤษฎีนี้อธิบายว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) อิทธิพลปัจจัยระดับบุคคล (Biology/ Personality) 2) อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม (Cultural environmental influences) และ 3) อิทธิพลสถานการณ์ทางสังคม (Social situation-context influences) ภายในอิทธิพลแต่ละตัวดังกล่าว จะประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อ การมาฝากครรภ์ซ้ำในช่วงแรก ในการศึกษาี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ พบว่า ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ การยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส ครอบครัว และชุมชนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำในช่วงแรก ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์ กับกลุ่มวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ซ้ำ (หลัง 12 สัปดาห์) โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครปฐม มารับบริการฝากครรภ์ ในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559

### นิยามศัพท์เฉพาะ

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยนับอายุประมาณ ถึงวันกะเนกำหนดคลอด

การมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมารับบริการดูแล การตั้งครรภ์โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหลังตั้งครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ หรือหลังไตรมาสที่ 1

รับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความมั่นใจ ว่าตนเองสามารถมาฝากครรภ์ได้ตามกำหนดเวลา ประเมิน โดยใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถ ในการมาฝากครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น



ความรู้เกี่ยวกับฝากครรภ์ หมายถึง ความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ให้มีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ได้แก่ การดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์อาการเริ่มแรกของการตั้งครรภ์และความสำคัญของการฝากครรภ์ครั้ง ประเมิน โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ หมายถึง การวางแผนหรือคาดหวังในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นว่าเป็นที่ต้องการของตนเองหรือของแฟนหรือไม่ ประเมิน โดยใช้แบบวัดความตั้งใจการตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีต่อการตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกที่มีต่อทารกในครรภ์ ประเมิน โดยใช้แบบวัดเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส/ คู่รัก หมายถึง การคาดถึงปฏิกิริยาหรือการแสดงออกที่ต่อต้านหรือสนับสนุนของกลุ่มสมรสหรือคู่รักต่อการตั้งครรภ์ ประเมิน โดยใช้แบบวัดการยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส/ คู่รักที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัว หมายถึง การคาดถึงปฏิกิริยาหรือการแสดงออกที่ต่อต้านหรือสนับสนุนของครอบครัวต่อการตั้งครรภ์ ประเมิน โดยใช้แบบวัดการยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การยอมรับการตั้งครรภ์ของสังคม/ ชุมชน หมายถึง การคาดถึงปฏิกิริยาหรือการแสดงออกที่ต่อต้านหรือสนับสนุนของเพื่อนบ้านต่อการตั้งครรภ์ ประเมิน โดยใช้แบบวัดการยอมรับการตั้งครรภ์ของสังคม/ ชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ล่าช้า (หลัง 12 สัปดาห์) ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดนครปฐม ดังนั้นผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2. การฝากครรภ์ครั้งแรกช้า
3. ผลกระทบของการตั้งครรภ์ต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และการฝากครรภ์ล่าช้า
4. บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการให้บริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
5. แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย
6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

#### การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น Adolescents คือ ช่วงอายุ 15-19 ปี และ Younger adolescent คือ ช่วงอายุ 10-14 ปี (WHO, 2004)

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นถือว่าเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อตัวหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์และอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ การสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถดำเนินชีวิตในบทบาทของความเป็น “แม่” ที่สมบูรณ์ (อัญญา ปลอดเปลื้อง, 2554) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นควรเริ่มมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยจะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมาก

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (High risk pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ที่ทั้งหญิงตั้งครรภ์และ/หรือทารกในครรภ์มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพหรือการตายทั้งระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (อุ้นใจ กออนันตกุล, 2551) หญิงตั้งครรภ์ที่จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง ได้แก่

1. สตรีที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีโอกาสที่จะเกิดการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และการคลอดยาก จากมารดาเกิดภาวะขาดโภชนาการที่อาจมีผลต่อการพัฒนาของร่างกาย

โดยเฉพาะกระดูกเชิงกรานที่ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ส่วนสตรีที่อายุมากกว่า 35 ปีมีความเสี่ยงของการคลอดบุตรที่มีโครโมโซมผิดปกติเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

2. จำนวนการคลอดบุตร สตรีตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรมากกว่า 4 คนขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะ Placenta previa สูงขึ้น และเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดสูง
  3. ความสูง สตรีตั้งครรภ์ที่สูงน้อยกว่า 140 เซนติเมตร มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ cephalopelvic disproportion
  4. น้ำหนัก สตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 7 กิโลกรัม ตลอดการตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยหรือภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth restriction)
  5. ความผิดปกติทางสูติกรรม ได้แก่ การมีเลือดออกระหว่างการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ภาวะ Pre-eclampsia และ Eclampsia ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ทารกตายในครรภ์ เป็นต้น
  6. ผลตรวจเลือดผิดปกติ เช่น VDRL ให้ผล Reactive, HBsAg ให้ผลบวก หรือ Anti HIV ให้ผลบวก
  7. โรคเบาหวาน หรือมีประวัติเป็นโรคเบาหวานในครอบครัว หรือมีประวัติเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 4,000 กรัม
  8. โรคทางด้านเลือด ได้แก่ โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และโรคธาลัสซีเมีย เป็นต้น
  9. โรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ โรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และโรคทางอายุรกรรมอื่น ๆ
  10. ประวัติความผิดปกติในครรภ์ก่อน ๆ ได้แก่ การผ่าตัดคลอดหรือผ่าตัดมดลูกคลอดบุตรก่อนกำหนด ทารกตายในครรภ์ มดลูกแตกหรือภาวะมีเลือดออกก่อนคลอด เป็นต้น
- กิจกรรมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกที่สำคัญคือ การประเมินสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ (Health assessment) ควรประเมินภาวะสุขภาพอย่างละเอียด (Comprehensive evaluation) และสืบค้น (Screening test) การประเมินสุขภาพในครั้งแรกควรทำทุกระบบอย่างครบถ้วนเพื่อให้มีข้อมูลเพียงพอในการเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อการเปรียบเทียบข้อมูลในการตรวจครั้งต่อไป และใช้วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงและภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์
- การประเมินสุขภาพประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วรรณรัตน์ สุวรรณ, 2556) นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสขอคำแนะนำปรึกษา ซักถามปัญหาต่าง ๆ ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวล รวมทั้งการแนะนำวิธีปฏิบัติตัวระหว่าง

การตั้งครรภ์ ตลอดจนการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติในการปฏิสนธิ และระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าใจในหลักการของธรรมชาติ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและนำไปสู่การปฏิบัติตัวระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดได้ดีขึ้น ตลอดจนส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์มีการปรับตัวและเตรียมพร้อมในการเป็นมารดาต่อไป (สุพร แก้วศิริวรรณ, 2556)

### การฝากครรภ์ครั้งแรกช้า

การฝากครรภ์ครั้งแรกช้า (Late start of antenatal care) หมายถึง การมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (สุพร แก้วศิริวรรณ, 2556)

การตั้งครรภ์ในสตรีอายุระหว่าง 15-19 ปี เป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) ซึ่งยังมีความไม่พร้อมหลายประการทั้งด้านสังคม ร่างกาย และวุฒิภาวะทางจิตใจ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เช่น ภาวะซีด ทารกโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และยังพบปัญหาการติดเชื้อจากโรคทางเพศสัมพันธ์ได้บ่อย (อุ๋นใจ กอนันตกุล, 2551) อีกทั้งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ (Unintended pregnancy) ซึ่งพบได้บ่อยในสตรีที่ยังไม่ได้แต่งงาน และอาศัยอยู่ในเมือง และมีฐานะยากจน (Cunningham et al., 2005)

การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจเลือกตัดสินใจสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสูงจนถึงขั้นเสียชีวิต และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง (ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2553) จากการศึกษาของ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, กิมาพร ขมะณะรงค์, สุรนาท ขมะณะรงค์ และเจศฎา ถิ่นคำรพ (2551) พบว่า วัยรุ่นวัยเรียนที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เลือกการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ โดยการทำแท้งร้อยละ 93.33 เป็นการทำแท้งด้วยตนเองโดยการซื้อยาจากร้านขายยาแบบเห็นหรือสอด ซื้อยาต้องเหล้าหรือยาขับเลือดมารับประทาน หากไม่ได้ผลก็จะเลือกทำแท้งกับคลินิกเถื่อน ซึ่งวัยรุ่นส่วนมากใช้บริการคลินิกเถื่อนหรือร้านขายยาเป็นอันดับแรกร้อยละ 73.4 และอาจพบ การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่มาฝากครรภ์ (ยุพิน พรสมุทราสินธุ์ และอัจฉริยา ภู่มรินทร์, 2554)

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นบางคนอาจเลือกที่จะตั้งครรภ์ต่อไป แต่เนื่องจากยังขาดความรู้เกี่ยวกับผลและภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทำให้การดูแลตนเอง และการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ไม่มีประสิทธิภาพ (ศรุตยา รongเถื่อน, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์, 2555) จาก ข้อมูลระบบรายงานเฉพาะกิจโรงพยาบาลสายใยรัก (2555) ในภาพรวมระดับประเทศพบจำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน

12 สัปดาห์หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ในปี พ.ศ. 2553-2558 พบร้อยละ 45.2, 36.8 และ 49.0 ตามลำดับ และจากผลการดำเนินงานของคลินิกฝากครรภ์ในเขตอำเภอกำแพงแสน อำเภอสามพราน และ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบอัตราการฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในปี พ.ศ. 2558 เท่ากับร้อยละ 38.41, 32.31 และ 47.33 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อย 5 ครั้ง จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขร้อยละ 60 เพื่อลดปัญหาภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายของมารดาและทารก การฝากครรภ์ช้ามีผลต่อสุขภาพแม่และเด็ก เนื่องจากการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความเสี่ยงและการดูแลตามมาตรฐานฝากครรภ์ช้า จะส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งในระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด เช่น ภาวะโลหิตจาง (ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, สรุตยา รองเลื่อน, ราตรี ศิริสมบุญ, 2552) การคลอดเด็กมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย (สมนึก จิรายุส, 2551) เป็นต้น อันจะส่งผลต่อสุขภาพของแม่และเด็กในระยะยาว

การฝากครรภ์ (Antenatal care [ANC]) โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ (นิสารัตน์ พิทักษ์วัชระ, วิทยา ธิฐาพันธ์ และชยวัฒน์ ผาติหัตถกร, 2552)

1. เพื่อค้นหาและให้การดูแลรักษาความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีมาก่อนการตั้งครรภ์ และอาจมีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์
2. เพื่อป้องกัน ค้นหา และให้การดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์
3. เพื่อวางแผนเตรียมความพร้อมในการคลอดบุตรให้เกิดความปลอดภัยต่อหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ รวมทั้งให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความพึงพอใจ
4. เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์ด้าน โภชนาการ ตลอดจนด้านสังคมและจิตใจ

การฝากครรภ์เป็นหนึ่งในบริการอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด (เดือนเพ็ญ ศิลปอนันต์, 2557) WHO (2010) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2557) ได้กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อย 5 ครั้ง จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีการตรวจสุขภาพ ชั่งประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าไม่พบความผิดปกติใด ๆ แพทย์จะนัดหญิงตั้งครรภ์ให้มาตรวจสุขภาพตามเวลาที่กำหนด (UNICEF, 2009) หญิงตั้งครรภ์ควรมารับบริการฝากครรภ์โดยเร็วที่สุด เมื่อทราบว่าตนตั้งครรภ์ โดยที่อายุครรภ์ไม่ควรเกิน 12 สัปดาห์ (สุพร แก้วศิริวรรณ, 2556)

การฝากครรภ์แนวใหม่ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก หญิงตั้งครรภ์จะได้รับ การประเมินตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรกว่ามีความเสี่ยงสูงที่ต้องการการดูแลพิเศษหรือไม่ โดยใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ (Classifying form) ถ้าไม่มีความเสี่ยงสูงจะดูแล หญิงตั้งครรภ์ตามรูปแบบการฝากครรภ์แนวใหม่ด้วยการคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อ การตั้งครรภ์และให้การดูแลรักษา โดยจะเน้นการให้สุศึกษาและคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2556) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการประเมินความเสี่ยงของ หญิงตั้งครรภ์แนวใหม่เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กปี พ.ศ. 2557 มีรายละเอียดดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

### ประวัติอดีต

1. เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือนแรก)
2. เคยแท้ง 3 ครั้ง ติดต่อกันหรือมากกว่าติดต่อกัน
3. เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
4. เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม
5. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพราะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือ ครรภ์เป็นพิษ
6. เคยผ่าตัดอวัยวะภายในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก, ผ่าตัดปากมดลูก, ผูกปากมดลูก ผ่าตัดคลอด ฯลฯ

### ประวัติปัจจุบัน

1. ครรภ์แฝด หากหญิงตั้งครรภ์มีประวัติการตั้งครรภ์แฝดในครอบครัว อาจทำให้มี โอกาสตั้งครรภ์แฝดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติครรภ์แฝดในครอบครัว (วรรณรัตน์ สุวรรณ, 2556)
2. อายุ < 17 ปี (นับถึง EDC) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย (Teenage pregnancy) ยังมี การพัฒนาด้านอารมณ์และจิตใจไม่ดีพอ ร่างกายก็มีการเจริญเติบโตไม่เต็มที่ทำให้เกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ได้ง่าย
3. อายุ > 35 ปี (นับถึง EDC) หญิงตั้งครรภ์ที่อายุในครรภ์แรกมากกว่า 35 ปี (Elderly primigravidarum) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ได้สูงกว่าปกติ เช่น ภาวะพิษแห่ง ครรภ์ เป็นต้น และยังพบว่า สตรีกลุ่มนี้มีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับความผิดปกติของตนเอง และทารกในครรภ์
4. ABO และ Rh blood group การตรวจกรุ๊ปเลือดนี้มีประโยชน์แก่หญิงตั้งครรภ์ และแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อเตรียมในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีหมู่เลือดที่หายาก การมีหมู่เลือด

Rh Negative และสามีของหญิงตั้งครรภ์มีหมู่เลือด Rh positive อาจทำให้เกิดภาวะ Blood incompatibility ทำให้เกิดภาวะ Hydrops fetalis และทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้

5. เลือดออกทางช่องคลอด ต้องซักถามย้อนหลังถึงประวัติเลือดที่ออก 2-3 ครั้ง (Previous menstrual period) รวมทั้งประวัติการคุมกำเนิดเพื่อประเมินว่าเลือดที่ออกเกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกต้อง (Hartman's sign) หรือเลือดออกจากการแท้งในระยะเริ่มแรก (การแท้งคุกคาม-Threatened abortion)

6. มีก้อนในอุ้งเชิงกราน สาเหตุของก้อนที่ควรคำนึงถึง ได้แก่ การตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อน ก้อนของมดลูก ก้อนของรังไข่ เป็นต้น การวินิจฉัยควรดูลักษณะอาการ การตรวจร่างกายจะสามารถบ่งชี้ว่าเป็นก้อนของอวัยวะใด จากนั้นตรวจยืนยันโดยคลื่นเสียงความถี่สูง โดยพิจารณาแยกโรคเรื้อรังของการตั้งครรภ์ก่อนเสมอ (ภาวิน พัวพรพงษ์, 2556)

7. ความดันโลหิต Diastolic  $\geq 90$  mmHg ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดแต่มีเกิดในคนที่ตั้งครรภ์แรก โดยเฉพาะผู้ที่ตั้งครรภ์แฝดหรือหญิงตั้งครรภ์มีโรคเบาหวาน โรคไต และโรคหัวใจ พบได้ระหว่างตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด (วรรณรัตน์ สุวรรณ, 2556) สาเหตุเกิดจากการสร้างโปรตีนชนิดหนึ่ง เมื่อเข้าสู่กระแสเลือดของแม่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และภาวะครรภ์เป็นพิษได้

8. การไอ้ยาเสพติด ดินยาเสพติด ดินสุรา สูบบุหรี่ ในขณะที่ตั้งครรภ์จะส่งผลกระทบต่อทั้งตัวมารดาตามฤทธิ์ของสารเสพติด และยังมีส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ทั้งในแง่การเจริญเติบโต ปัญหาพัฒนาการ และพฤติกรรม (สุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, 2553)

9. เป็นโรคอายุรกรรมอื่น ๆ เช่น โลหิตจาง ไทรอยด์ SLE ชาติสซีเมีย โรคลมชัก วัณโรค เป็นต้น อาจมีผลทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ภาวะหัวใจวาย จนถึงเสียชีวิต และผลต่อทารกในครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้า ในครรภ์ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ และทารกน้ำหนักน้อย

### ผลกระทบของการตั้งครรภ์ต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และการฝากครรภ์ล่าช้า

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ และด้านเศรษฐกิจสังคมต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนี้

#### 1. ผลกระทบทางร่างกาย

วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ต้องปกปิดไม่ให้ใครรู้ จึงทำให้มาฝากครรภ์ช้าหรือไม่มาฝากครรภ์ (แหวดาว พิมลชเรศ, 2555) ขาดการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนี้ (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช, 2557)

1.1 ภาวะซีดหรือโลหิตจาง (Anemia) ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะขาดธาตุเหล็ก กรดโฟลิก จากการศึกษาของ เอ็มพร ราชภูติ และคณะ (2554) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีภาวะโลหิตจางได้มากที่สุดถึงร้อยละ 51.6 และมารดาวัยรุ่นที่มีการฝากครรภ์ไม่ได้คุณภาพมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางได้ (แวนดาว พิมลธเรศ, 2555) ภาวะโลหิตจางสามารถรักษาได้ในช่วงแรกของการฝากครรภ์ แต่เนื่องจากสตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ช้า จึงทำให้พบอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางได้มากกว่า (WHO, 2004)

1.2 การคลอดก่อนกำหนด จากรายงานพบว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดสูง ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Khashan et al. (2010) ที่พบปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 และ 2 ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 14-17 ปี ในประเทศไทย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุไม่ถึง 20 ปี มีการคลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 40 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) สาเหตุส่วนหนึ่งเชื่อว่าเกิดจากการเจริญเติบโตที่ไม่เต็มที่ของร่างกายวัยรุ่น การศึกษา การดำรงชีวิตและสิ่งแวดล้อม การใช้ยาหรือสารเสพติด รวมถึงไม่ได้รับการดูแลในระยะก่อนคลอดที่เหมาะสม หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรม การปฏิบัติขณะตั้งครรภ์ไม่ถูกต้องทำให้พบการคลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 18.2 (แวนดาว พิมลธเรศ, 2555) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พีระยุทธ สาณกุล และเพียงจิตต์ ธารไพศาลนท์, 2551; Koravisarach Chairaj, Tosana, Asavapiriyant, & Chotigeat, 2010; Prasitlumkom, 2009; Watcharasseranee, Pinchantra, & Piyawan, 2006)

1.3 ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension) มีรายงานพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า สาเหตุการตายของมารดา 2 ใน 3 เกิดเพราะมีโรคหรือภาวะโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก พบว่าเกิดจากการฝากครรภ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน คือ มาฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

1.4 โรคติดเชื้อ HIV และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เนื่องจากพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป โอกาสการติดเชื้อ HIV จึงเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น รวมทั้ง โรคทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (บรรพจน์ สุวรรณชาติ และประภัสสร เอื้อลลิตชวงศ์, 2550)



1.5 ทูพพลภาพและเสียชีวิต อุบัติการณ์จะเพิ่มสูงขึ้นในประเทศที่ด้อยหรือกำลังพัฒนาจากรายงานของ WHO (2010) พบว่า ในละตินอเมริกาความเสี่ยงของการเสียชีวิตในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพิ่มขึ้น 4 เท่า

## 2. ผลกระทบทางจิตใจ

วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมจะมีสภาพจิตใจที่แตกต่างกัน อาจพบภาวะซึมเศร้าได้ (เนตรชนก แก้วจันทร์ และคณะ, 2557) อีกทั้งปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแม่วัยรุ่น (วรรณมา คงสุริยะนาวิณ, เบญจวรรณ คุณรัตนารักษ์ และกิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2553) เนื่องจากสังคมไทยไม่ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของหญิงวัยรุ่น ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงมักมีความรู้สึกมีปมด้อย กลัวถูกชายทอดทิ้ง โดยเฉพาะเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นก็ยิ่งรู้สึกกดดัน อับอาย และรู้สึกต้องรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น เกิดความกลัว วิตกกังวลรวมทั้งเกิดภาวะซึมเศร้าและอาจคิดฆ่าตัวตาย มีรายงานว่าระดับอาการซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้หญิงตั้งครรภ์พยายามฆ่าตัวตาย (Al-Sahab, Heifetz, Tamin, Bohr, & Connolly, 2012) นอกจากนี้ เศรษฐฐานะทางสังคมต่ำ มีความทุกข์ยากลำบากก็ส่งผลต่อความเครียดของวัยรุ่นตลอดการตั้งครรภ์ (Golden, 2006) ครอบครัวสามารถช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้สามารถเผชิญปัญหาในขณะตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ จะส่งผลช่วยให้ลดภาวะซึมเศร้า ลดความเครียด ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ (Gosdin, 2010; Meighan, 2006)

## 3. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่มีการทำงาน การจัดเตรียมสิ่งต่าง ๆ สำหรับทารกที่กำลังจะคลอดจึงได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบิดามารดาและญาติพี่น้อง (Al-Sahab et al., 2012) ส่วนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มักเจ็บป่วยในระหว่างตั้งครรภ์ และเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนดได้ (สอาดะ พันธุสะ, 2552) จากการศึกษาของ Raj, Rabi, Amudha, Edwin, and Glyn (2010) พบว่า ผู้ตั้งครรภ์ขณะยังเป็นวัยรุ่นต้องเผชิญกับปัญหาสภาพความเป็นอยู่ทั้งด้านสังคม และเศรษฐกิจตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เรื่อยมา ทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษา สูญเสียโอกาสที่ทำงานที่มีรายได้ดี หลังคลอดแล้วยังมีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจตามมา จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้แต่งงานในประเทศศรีลังกา พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานจะถูกคนในสังคมตราหน้าว่าเป็นหญิงไม่ดี (Olsson & Wijewardena, 2010) ทำให้พวกเขาสูญเสียคุณค่าในตนเอง และรู้สึกอับอายต่อสิ่งที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ จะไม่ได้รับเกียรติหรือการยกย่องเชิดชูใด ๆ จากสังคมแล้ว ยังทำให้ครอบครัว และวงศ์ตระกูลเสื่อมเสียเกียรติ และศักดิ์ศรีอีกด้วย (Wei & Yu, 2009)

นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลกระทบต่อทารกที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ช้า ด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ทารกเสียชีวิตหลังคลอด จากรายงานของ WHO (2010) พบว่า อัตราการตายปริกำเนิด ในทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี ซึ่งเป็นผลจากการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย ซึ่งตรงกับของ ภัทรวดี อัญชลีชไมกร (2554) ที่ศึกษาพบว่า มารดาที่อายุน้อยมีโอกาสคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการเจริญของกระดูกเชิงกรานไม่สมบูรณ์ ทารกมีพื้นที่จำกัดในการเจริญเติบโตในครรภ์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ทารกตายในครรภ์หรือมีความพิการทางสมอง (Molathegi, 2007)

2. ทารกคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมกาปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ไม่ถูกต้อง ทำให้พบการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 18.2 (เววดาว พิมลธเรศ, 2555) และจากรายงานของ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2552) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุไม่ถึง 20 ปี มีการคลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 40

3. ทารกมีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย มารดาที่อายุน้อยมีโอกาสคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้ (ภัทรวดี อัญชลีชไมกร, 2554) ซึ่งตรงกับการศึกษาของ เววดาว พิมลธเรศ (2555) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นที่ฝากครรภ์ไม่ได้คุณภาพ มีโอกาสให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้ และจากการศึกษาของ รัตนา เพชรพรธม และเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ (2556) พบว่า การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ของมารดาตั้งครรภ์อายุมากกว่า 20 ปี มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ และพบอุบัติการณ์ของทารกน้ำหนักตัวน้อยในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่าในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Isarranurug Mo-suwan, & Choprapawon, 2006; Koravisarach et al., 2010; Prasitlumkom, 2009; WHO, 2004)

4. ทารกขาดสารไอโอดีน ทำให้เกิดความบกพร่องทางพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย และสติปัญญา ในช่วงตั้งครรภ์หากมารดาขาดสารไอโอดีนจะทำให้สมองของทารกถูกทำลาย ทำให้สติปัญญาบกพร่อง และเกิดโรคทางระบบประสาทอื่น ๆ ได้ (มนฤดี เตชะอินทร์ และพรณิ ศิริวรรณภา, 2555)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทำให้ไม่ได้รับการดูแลครรภ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทางร่างกายทั้งต่อตัวหญิงตั้งครรภ์และทารก และยังคงเผชิญกับปัญหาสุขภาพความเป็นอยู่ทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษา สูญเสียโอกาสทำงานที่มีรายได้ดี หลังคลอดแล้วยังมีปัญหาด้านร่างกาย และจิตใจตามมา ดังนั้นเมื่อหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ควรมีความรู้และความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องโดยมารับการดูแลครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

และควรรู้จักการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

### บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการให้บริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้สตรีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตั้งแต่ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทดังกล่าว (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2556) เพราะพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มใหญ่ที่สุดของประเทศ เป็นกลุ่มบุคคลที่สามารถช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นได้หรือสามารถให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้ผ่านระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด และเพื่อให้ครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถดำเนินครอบครัวไปได้อย่างปกติสุข ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวและสังคมไทยมีความแข็งแกร่งในที่สุด (เอกชัย โควาวิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ และบุญศรี จันทร์รัชชกุล, 2554) สิ่งสำคัญที่สุดและเป็นประโยชน์อย่างมากในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรจะมีการรณรงค์และหาทางป้องกันในทุกวิถีทาง เพื่อลดอุบัติเหตุการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น มีหลักการดังนี้ (วิโรจน์ อารีย์กุล และไสววรรณ ใฝ่ประเสริฐ, 2553)

1. บทบาทในการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการส่งเสริมและป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์เกิดขึ้นในวัยรุ่น หรือถ้ามีต้องลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลง โดยการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษารอบด้าน ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งในและนอกระบบการศึกษา (เบญจพร ปัญญาขง, 2553) สอนให้วัยรุ่นมีทักษะชีวิต (Life skill) เพื่อให้วัยรุ่นสามารถเผชิญปัญหา และจัดการกับเหตุการณ์คับขันต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีเป้าหมายหลักดังนี้คือ (Lundy & Jane, 2009)

- 1.1 เพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น
- 1.2 เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการคุมกำเนิด และมีความรู้และทักษะที่เพียงพอในการเลือกใช้บริการคุมกำเนิดที่เหมาะสม
- 1.3 สร้างความเข้มแข็งของเป้าหมายในชีวิต สร้างความภาคภูมิใจในตัวเอง (Self-esteem) และวางแผนการให้กำลังใจวัยรุ่นในระยะยาว
- 1.4 ให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- 1.5 จัดตั้งเครือข่ายคลินิกวัยรุ่นในโรงเรียน โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยจัดให้มีกิจกรรมกลุ่มสนทนา หรือมีการเล่นกีฬาร่วมกันในชุมชน

นอกจากนี้ควรสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีการใช้ทรัพยากรในชุมชน จัดตั้งกลุ่มหรือชมรมเพื่อเป็นที่ปรึกษาให้กลุ่มวัยรุ่นในชุมชน และส่งเสริมให้ทุกคนในชุมชนร่วมด้วยช่วยกันดูแลวัยรุ่นในชุมชนของตนเอง ถ้าพบพฤติกรรมเสี่ยงต้องร่วมแจ้งให้ผู้ปกครองทราบและร่วมด้วยช่วยกันในการแก้ไขปัญหา และจัดให้มีชมรมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในชุมชน เช่น ชมรมจิตอาสา และช่วยขับเคลื่อนชมรมต่าง ๆ ให้มีกิจกรรมที่ให้ประชาชนและวัยรุ่นในชุมชนมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น วันพ่อ วันแม่ วันผู้สูงอายุ วันสำคัญในพระพุทธศาสนา เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ของคนในชุมชน และครอบครัว

## 2. บทบาทในการป้องกันการตั้งครรภ์ระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)

เป็นการวินิจฉัยและค้นหาผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือมีปัญหาตั้งแต่เริ่มแรก และให้การป้องกันหรือรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ มีรายละเอียดดังนี้ (วิโรจน์ อริย์กุล และไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ, 2553)

2.1 จัดทำระบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพ โดยประเมินความต้องการของผู้รับบริการ โดยใช้หลักการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และหลักการให้สุขศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ (ประเมินความรู้เดิม เพิ่มเติมความรู้ใหม่ เปิดใจให้ซักถาม ติดตามความเข้าใจ) และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงโดยใช้หลักดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

2.1.1 ให้คำปรึกษาก่อนการตรวจ (Pre-test counseling)

2.1.2 ให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลสนับสนุนด้านจิตสังคม (Psychosocial support)

2.1.3 ให้คำปรึกษาเพื่อลดความเสี่ยง (Risk reduction counseling)

2.2 จัดรูปแบบการให้คำปรึกษาที่ตรงกับความต้องการของวัยรุ่นและเข้าถึงได้ง่าย เช่น Website, Hotline, Line, Friend corner เป็นต้น และสร้างเสริมและให้กำลังใจมารดาวัยรุ่นในการใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นกำลังใจและแรงผลักดันให้ตนเองกลับไปศึกษาต่อ หรือประกอบอาชีพ เพื่อส่งเสริมครอบครัวของตนเองให้เข้มแข็ง

3. บทบาทในการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว หาแนวทางส่งเสริมให้วัยรุ่นมีภูมิคุ้มกัน รู้จักป้องกันตนเอง หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในเวลาที่ไม่มีเหมาะสม ช่วยให้พวกเขาก้าวเข้าสู่ผู้ใหญ่ได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความรับผิดชอบที่ดี สร้างครอบครัวที่เข้มแข็งในที่สุด โดยพยาบาลต้องเป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มวัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียนและชุมชน จัดตั้งชมรมต่าง ๆ ที่เปิดโอกาสให้กลุ่มวัยรุ่นมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดให้มีขึ้นในชุมชน เพื่อให้วัยรุ่นได้แสดงออกถึงความสามารถของตนเอง และควรจัดให้มี

กิจกรรมที่หลากหลาย และควรเป็นกิจกรรมที่มีการแข่งขัน หรือให้โอกาสในการแสดงออก เพื่อให้วัยรุ่นได้ค้นพบศักยภาพของตนเอง (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2556) กิจกรรมที่จัดควรเป็น บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (Youth friendly service) ซึ่งก็คือบริการที่มีนโยบายและลักษณะบริการ ที่ดึงดูดใจให้วัยรุ่นเข้ามาใช้บริการ และตอบสนองความต้องการของวัยรุ่น โดยจัดในสถานที่ ที่สะดวกสบาย และเหมาะสม เพื่อเป็นการสนับสนุนให้วัยรุ่นมาใช้บริการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) โดยจะต้องมีรายละเอียดดังนี้

3.1 มีช่องทางให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าถึงบริการได้ง่าย

3.2 มีการให้ความรู้ที่ครอบคลุมทั้งเรื่องเพศสัมพันธ์ อนามัยการเจริญพันธุ์ และสิทธิ

3.3 มีบริการให้คำปรึกษาเรื่องต่าง ๆ ทั้งเรื่องสุขภาพทางเพศและเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น

การเรียน เพื่อน หรือครอบครัว เป็นต้น

3.4 มีบริการส่งต่อที่เป็นระบบ สะดวกในการเข้ารับบริการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่

1. การดูแลด้านการแพทย์ (Medical rehabilitation) เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ กับร่างกายของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2. การดูแลด้านสังคม (Social rehabilitation) เป็นการฝึกอาชีพเพื่อให้สามารถเลี้ยงตนเอง และบุตรได้ รวมทั้งการแนะนำเรื่องการรับบุตรบุญธรรมในกรณีที่มารดาไม่สามารถเลี้ยงเองได้

3. การดูแลด้านการศึกษา (Education rehabilitation) เพื่อให้มีโอกาสดำเนินการศึกษาคู่ต่อเนื่อง นำไปสู่การมีงานทำ สามารถเลี้ยงตนเอง และบุตรได้โดยจัดให้พ่อ และแม่วัยรุ่นได้เข้าเรียน ในโรงเรียนพ่อ-แม่

การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน (กรมอนามัย, 2559) ได้แก่

1. จัดบริการฝากครรภ์เคลื่อนที่ในกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยาก

2. จัดกิจกรรมรณรงค์/ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน เพื่อการแก้ไขปัญหาการมาฝากครรภ์ช้า และการฝากครรภ์ไม่ครบ

ปัญหาการมาฝากครรภ์ช้า และการฝากครรภ์ไม่ครบ

3. มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายคู่สมรสใหม่ เพื่อการรณรงค์การเตรียมพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ในชุมชน

4. มีนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน

5. มีระบบการติดตามกลุ่มเป้าหมายโดยใช้กลไกของ อสม. ผู้นำชุมชนหรือกลุ่มเพื่อน จะเห็นได้ว่า การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ซึ่งทำงานใกล้ชิดกับชุมชน ครอบครัว และประชาชน ต้องร่วมแรงร่วมใจ และร่วมกับบุคลากร

หลายฝ่ายหลายระดับ ภาครัฐ ประชาชนในชุมชนวัยต่าง ๆ ตลอดจนบุคคลสำคัญของชุมชนร่วมด้วยช่วยกัน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และปัญหาต่าง ๆ ที่จะตามมาได้

แนวปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกในประเทศไทย การมาฝากครรภ์ครั้งแรกควรเกิดขึ้นในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) มีแนวปฏิบัติดังนี้ (ศิริพงษ์ สวัสดิ์มงคล, 2553)

1. ซักประวัติ ได้แก่ ประวัติระดู ประวัติการคุมกำเนิด และประวัติการคลอดครั้งก่อน ๆ
2. การตรวจร่างกาย
  - 2.1 การตรวจร่างกาย เป็นการตรวจทุกระบบของร่างกาย ได้แก่
    - 2.1.1 ความดันโลหิต การวัดครั้งแรกจะเป็นพื้นฐานที่จะใช้ดูการเปลี่ยนแปลงได้ในการตรวจครั้งแรก
    - 2.1.2 น้ำหนัก เพื่อดูว่ามีน้ำหนักผิดปกติหรือไม่ และเพื่อหาอัตราการเพิ่มของน้ำหนักว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ในการตรวจครั้งต่อไป
    - 2.1.3 ส่วนสูง
    - 2.1.4 รูปร่างของกระดูกเชิงกราน
  - 2.2 การตรวจทางสูติกรรม
    - 2.2.1 ขนาดความสูงของมดลูก (Fundal height) ก่อน 12 สัปดาห์แรก อาจหาขนาดได้โดยการตรวจภายใน โดยทั่วไปเมื่อยอดมดลูกอยู่ประมาณระดับสะดือจะเท่ากับครรภ์ประมาณ 20 สัปดาห์ ในขณะที่เมื่อครรภ์ 12 สัปดาห์ จะคล้ายยอดมดลูกได้ที่ขอบบนของกระดูกหัวหน้า
    - 2.2.2 การตรวจภายใน (Bimanual examination) เพื่อตรวจขนาดมดลูก ตรวจสภาพของคอมดลูก ตรวจหาก้อนทุมในอุ้งเชิงกราน ตรวจขนาดของเชิงกราน ตรวจลักษณะของตกขาวในช่องคลอดและตรวจ Pap smear
    - 2.2.3 การตรวจท่าทารก
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
  - 3.1 ตรวจระดับฮีโมโกลบินหรือฮีมาโตคริต
  - 3.2 ตรวจไขขาวและน้ำตาลกลูโคสในปัสสาวะ
  - 3.3 ตรวจหาเลือดบวกต่อซีฟิลิส ไวรัสตับอักเสบนชนิด บี และการติดเชื้อ HIV
  - 3.4 ตรวจคัดกรองภาวะเบาหวาน ระหว่างตั้งครรภ์
  - 3.5 ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง Thalassemia
  - 3.6 ตรวจหาหมู่เลือด ABO และ Rh<sup>+</sup>

### คำแนะนำทั่วไป

หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การถ่ายอุจจาระ การใช้ยา การสูบบุหรี่ หรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ นอกจากนั้นแล้วจะต้องรีบมาพบแพทย์เมื่อมีสิ่งผิดปกติดังต่อไปนี้

1. เลือดออกทางช่องคลอด
2. มีบวมที่นิ้วมือหรือใบหน้า
3. ปวดศีรษะมากหรือปวดต่อเนื่อง
4. สายตามัวหรือมองไม่ชัดเจน
5. ปวดท้อง
6. อาเจียนติดต่อกัน
7. ไข้หนาวสั่น
8. ปัสสาวะขัด
9. มีน้ำไหลออกทางช่องคลอด

เมื่อได้ข้อมูลครบแล้วก็จะสามารถประเมินสภาพของมารดาและทารกในครรภ์ได้ รวมทั้งสามารถประเมินความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ การตรวจหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในครั้งต่อไป มีดังนี้

1. การนัด โดยทั่วไปจะนัดมาตรวจซ้ำทุก 4 สัปดาห์ ในช่วง 7 เดือนแรก หลังจากนั้นจะนัดทุก 2 สัปดาห์ จนกระทั่งเดือนสุดท้ายจะนัดมาตรวจทุก 1 สัปดาห์
2. การตรวจมารดา
  - 2.1 ความดันโลหิตและความเปลี่ยนแปลง
  - 2.2 น้ำหนักและความเปลี่ยนแปลง
  - 2.3 อาการต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ เลือดออก ปัสสาวะขัด น้ำเดิน เป็นต้น
  - 2.4 ความสูงของยอดมดลูกโดยเปรียบเทียบกับอายุครรภ์
3. การตรวจทารกในครรภ์
  - 3.1 เสียงหัวใจทารก ซึ่งปกติสามารถฟังได้ในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายเมื่ออายุครรภ์ 22 สัปดาห์ (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, 2552) และร้อยละ 80 สามารถฟังได้เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 20 สัปดาห์
  - 3.2 ขนาดของทารกและอัตราการเปลี่ยนแปลง
  - 3.3 ปริมาณของน้ำคร่ำ
  - 3.4 ส่วนน้ำและระดับของส่วนน้ำ

### 3.5 การเคลื่อนไหวกของทารก

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าการตรวจครั้งแรกปกติไม่มีความจำเป็นต้องตรวจซ้ำ ยกเว้นการตรวจหาเลือดบวกต่อซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี และ การติดเชื้อ HIV ควรจะตรวจซ้ำ ในช่วงอายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ ส่วนการตรวจปัสสาวะ เพื่อหาไข่ขาว และน้ำตาลจะต้องตรวจซ้ำ ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์

5. อายุครรภ์ การได้ประวัติระดูที่มาตามปกติและครั้งสุดท้ายถูกต้อง และมาฝากครรภ์ ในช่วงระยะไตรมาสแรกจะทำให้ทราบอายุครรภ์ที่ถูกต้องได้ การตรวจวัดขนาดของมดลูกเพื่อ เปรียบเทียบกับอายุครรภ์เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยทำนายอายุครรภ์ได้ แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถ ให้ประวัติระดูที่ถูกต้องได้ การตรวจด้วยอัลตราซาวด์จะช่วยประเมินขนาดทารกในครรภ์ และทำนายอายุครรภ์ได้ดี

โดยทั่วไปสามารถแบ่งภาวะเสี่ยงเป็น 3 ระดับตามความรุนแรงของผลกระทบต่อ ภาวะสุขภาพมารดาและทารกดังนี้ (จันทรรัตน์ เจริญสันติ, 2554)

1. กลุ่มภาวะเสี่ยงต่ำ (Low risk) คือ กลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ ทารก ในครรภ์มีการเจริญเติบโต และพัฒนาการปกติ ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยพิเศษใด ๆ

2. กลุ่มภาวะเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) คือ กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อ มารดา และทารกมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่ำเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย และเฝ้าระวัง ความรุนแรงของภาวะเสี่ยง เช่น อายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นต้น

3. กลุ่มภาวะเสี่ยงสูง (High risk) คือ กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อมารดาและทารก จัดเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (High risk pregnancy) ที่ต้องได้รับการดูแล อย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด และต้องได้รับการตรวจ และติดตามการรักษาจากแพทย์ตามความรุนแรงของภาวะเสี่ยง เช่น มีความดันโลหิตสูง เป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ ครรภ์แฝด เลือดออกขณะตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์เกินกำหนด เป็นต้น

เมื่อคัดกรองและตรวจพบภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์แล้ว หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ สามารถได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยดูแลเหมือนหญิงตั้งครรภ์ปกติ ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่พบภาวะเสี่ยงปานกลางและสูง ควรส่งต่อเพื่อรับการรักษาและตรวจวินิจฉัย เบื้องต้นจากแพทย์เฉพาะทางและเฝ้าระวังความรุนแรงของภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น (จันทรรัตน์ เจริญสันติ, 2554) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 17 ปี อาจมาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ (นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร, 2555; นงลักษณ์ ทองโต, 2552; กัทรวดี อัญชลีชไมกร, 2551; ยุพิน พรสมุทธรสินธุ์ และอัจฉริยา ภู่มรินทร์, 2554; Khashan et al., 2010) หรือไม่มาฝากครรภ์ (อภิชัย



มหารุงเรื่องรัตน, 2555) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอดได้ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (นงลักษณ์ ทองโต, 2552) ภาวะโลหิตจาง (ปัญญา สนั่นพานิชกุล และยศพล เหลืองโสมนภา, 2558) และคลอดยาก การดูแลรักษาคือ ให้มาฝากครรภ์ในไตรมาสแรก เพื่อตรวจหาอายุครรภ์ที่แน่นอน ป้องกันความดันโลหิตสูง และให้ยาบำรุงเลือดไปรับประทาน (จันทร์รัตน์ เจริญสันติ, 2554)

## แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

### แนวคิดทฤษฎีอิทธิพลของ 3 องค์ประกอบ

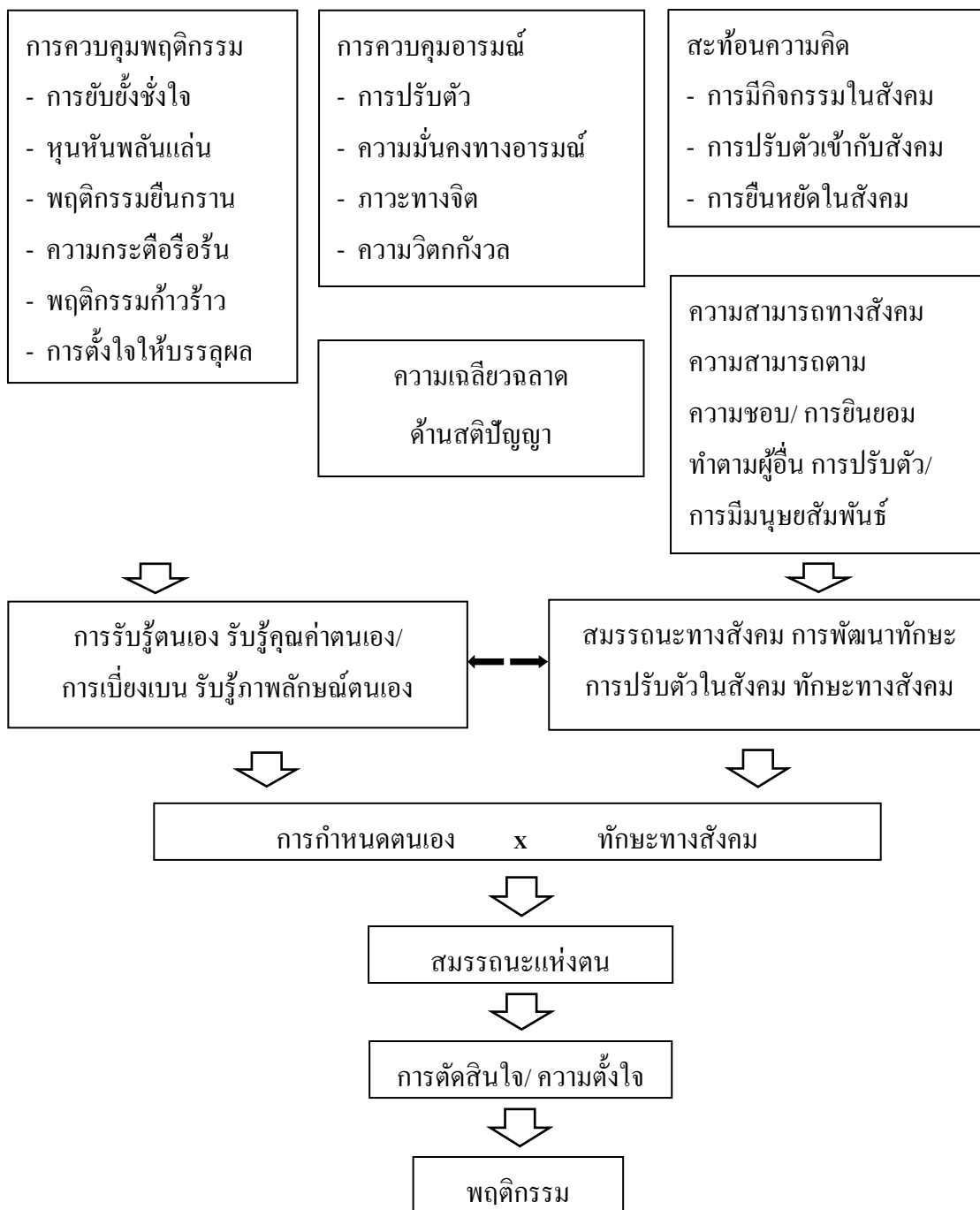
Flay and Petraitis (1994) ได้เสนอทฤษฎีอิทธิพลสามองค์ประกอบ (The Triadic Influence Theory [TTI]) มโนคติหลักของทฤษฎีนี้พัฒนามาจากทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ และได้รับการยอมรับ เช่น ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เป็นต้น ทฤษฎีอิทธิพลสามองค์ประกอบ อธิบายว่าพฤติกรรมของเยาวชนที่แสดงออกเป็นผลมาจากอิทธิพลหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) อิทธิพลปัจจัยระดับบุคคล (Biology/ Personality) 2) อิทธิพลสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม (Cultural environmental influences) 3) อิทธิพลด้านสถานการณ์ทางสังคม (Social situation-context influences) ภายในอิทธิพลแต่ละตัว จะประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ในระดับที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ส่งผลได้มากหรือโดยตรง (Proximal influences) ส่งผลได้ปานกลาง หรือโดยอ้อม (Distal influences) และส่งผลได้น้อย (Ultimate influences) ซึ่งจะเห็นได้ว่าทฤษฎีนี้ พัฒนามาจากการอธิบายพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ล้วนมีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่น ประกอบกับปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมเสี่ยงนั้นครอบคลุมปัจจัยระดับบุคคล สิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น น่าจะมีอิทธิพลจากปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ 3 กลุ่ม ได้แก่

**อิทธิพลปัจจัยระดับบุคคล (Biology/ Personality)** โดยอิทธิพลจากภายในตัวบุคคล เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล มีลักษณะ 5 มิติ ได้แก่

- 1) ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Behavioral control) เช่น การมีบุคลิกก้าวร้าว กระตือรือร้น เกียจคร้าน หุนหันพลันแล่น ขี้เกรงใจ พฤติกรรมกระทำให้บรรลู่
- 2) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ได้แก่ การปรับตัว การตัดสินใจ การมีอารมณ์ความรู้สึก อากาทางจิต ความวิตกกังวล
- 3) การแสดงออกที่สะท้อนความคิดที่มีต่อตนเอง และผู้อื่น (Extraversion/ Introversion) เช่น การมีกิจกรรมทางสังคม การปรับตัวอยู่ในสังคม
- 4) ความสามารถ

ทางสังคม (Sociability) เช่น การมีมนุษยสัมพันธ์กับคนอื่น การยินยอมตามผู้อื่น การปรับตัว  
 ความสามารถตามความชอบ 5) ความเฉลียวฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence) โดยอิทธิพลภายใน  
 ตัวเองประกอบด้วย 1) สมรรถนะทางสังคมที่มาจากทักษะทางการศึกษา (Academic skills)  
 ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction skills) และทักษะสังคมโดยทั่วไป (General  
 skills) ซึ่งมีผลต่อทักษะทางสังคม (Social skills) และ 2) การรู้จักตนเองที่มาจากกระบวนการ  
 ตนเอง (Ego integration) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หรือความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง  
 (Self-esteem/ Derogation) และภาพลักษณ์ของตนเอง (Self-image) ซึ่งมีผลต่อการกำหนดตนเอง  
 (Self determination) โดยทักษะทางสังคมและการกำหนดตนเอง นำไปสู่การรับรู้สมรรถนะแห่งตน  
 ที่มีผลต่อการตัดสินใจ หรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังภาพที่ 2

ในการศึกษาครั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ของมารดา  
 ได้ศึกษาปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมาฝากครรภ์

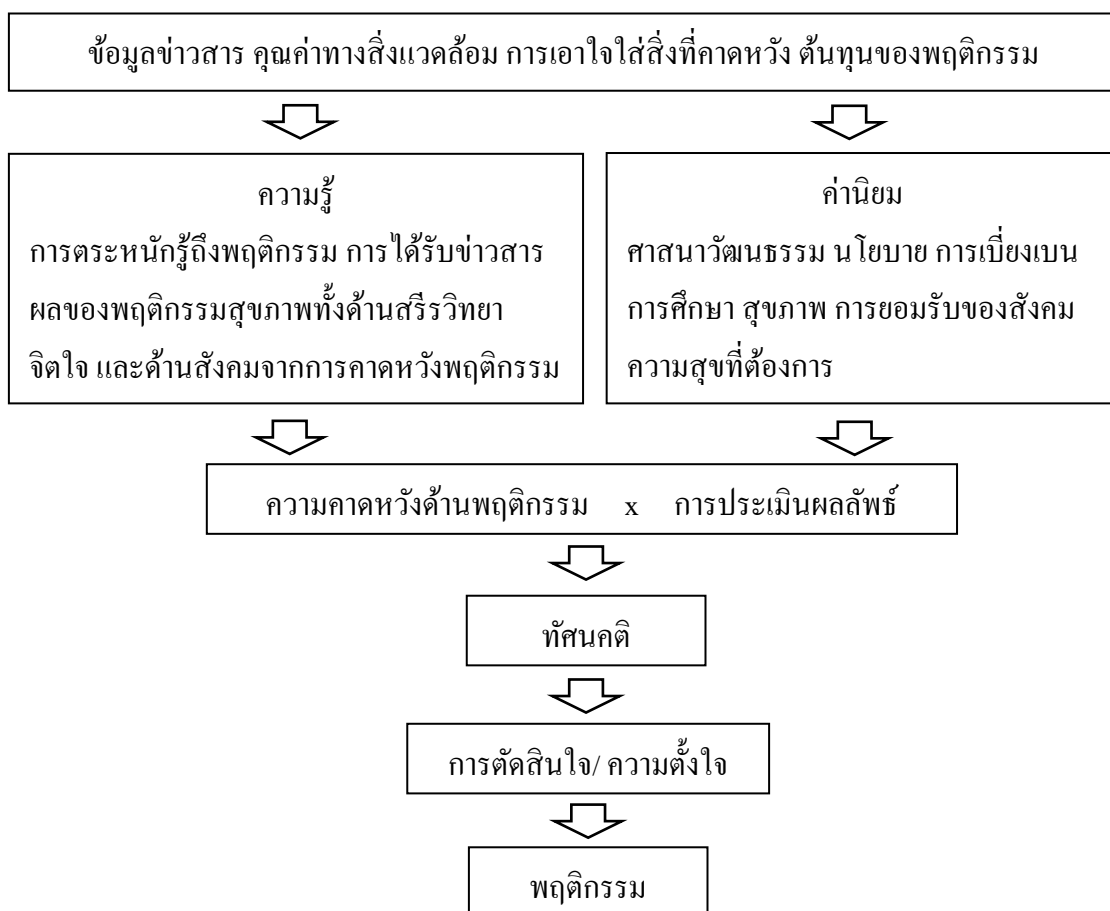


ภาพที่ 2 อิทธิพลปัจจัยระดับบุคคล (Flay & Petraitis, 1994)

อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม (Cultural environmental influences) คือ ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคล ด้านค่านิยม ได้แก่ ศาสนา/ วัฒนธรรม (Culture/ Religion) ซึ่งมีผลต่อค่านิยมหรือการประเมินค่า (Values/ Evaluation) โดยค่านิยมมาจาก

ศาสนาที่นับถือ การเปลี่ยนแปลงนโยบาย ความเป็นอิสระ การเบี่ยงเบน การศึกษา สุขภาพ การยอมรับทางสังคม และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่ต้องการ ด้านความรู้ ได้แก่ โอกาสในการรับรู้ ข้อมูลข่าวสาร (Informational opportunity) ซึ่งมีผลต่อความรู้หรือความคาดหวัง (Knowledge/ Expectancies) โดยความรู้มาจากความตระหนักรู้ถึงพฤติกรรม (Awareness of behavior) การเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร (Exposure to information) ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Consequences of behavior) และความคาดหวังเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งค่านิยม หรือการประเมินค่าและความรู้หรือความคาดหวังนำไปสู่ทัศนคติที่มีผลต่อการตัดสินใจ หรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ 3

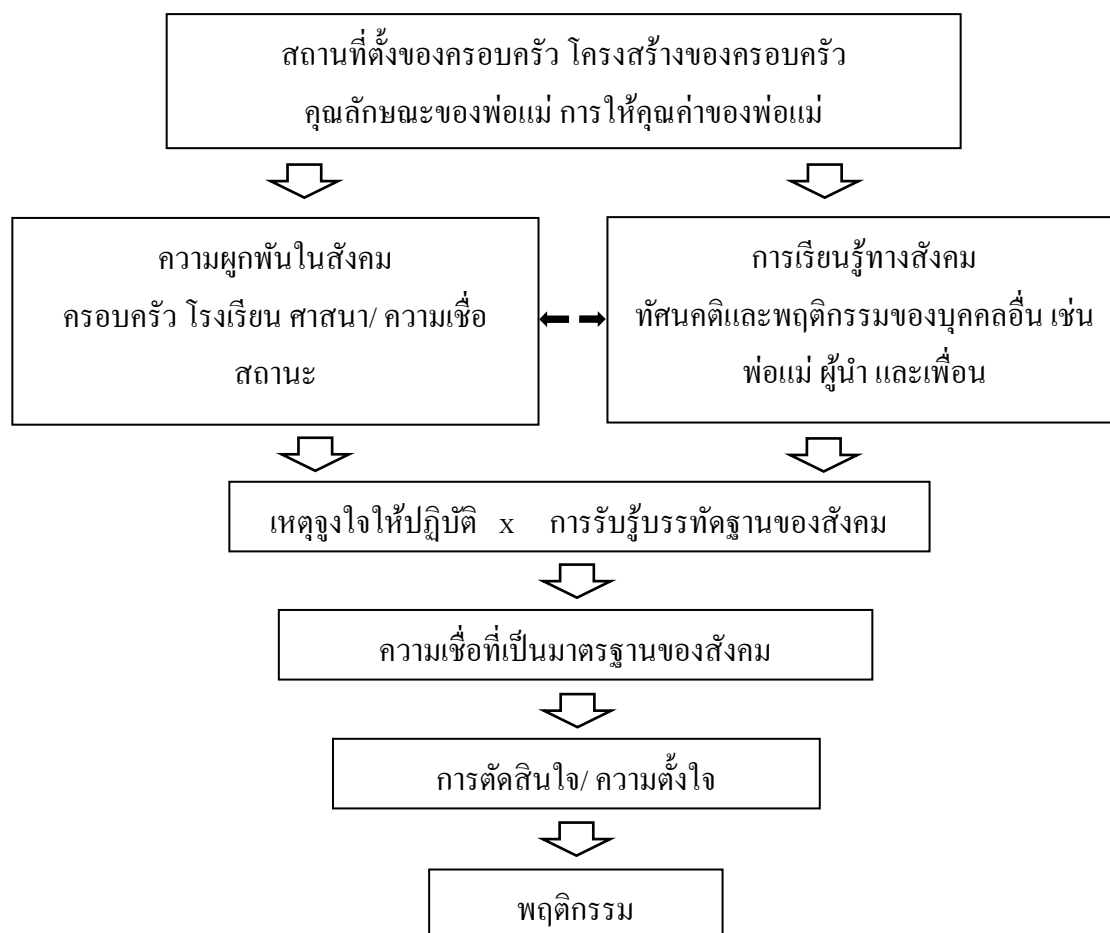
ในการศึกษานี้ ปัจจัยเสี่ยงสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม ได้แก่ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์และทัศนคติต่อการตั้งครรภ์



ภาพที่ 3 อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม (Flay & Petraitis, 1994)

อิทธิพลด้านสถานการณ์ทางสังคม (Social situation-context influences) เป็นสิ่งสำคัญ และส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลมาก ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลอื่น เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ทางสังคมที่มาจากบิดามารดา ผู้ใหญ่ ลี้อและเพื่อน พฤติกรรม และทัศนคติของบุคคลอื่นมีผลต่อบรรทัดฐานทางสังคมตามการรับรู้ (Perceived norms) และ 2) ความผูกพันทางสังคมมีที่มาจากครอบครัว บุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิด ได้แก่ การเลี้ยงดูของพ่อแม่ หรือปู่ย่า ตายาย ค่านิยมของพ่อแม่ แบบอย่างของครู โรงเรียน ความเชื่อทางศาสนา และเพื่อนสนิท มีผลต่อแรงจูงใจปฏิบัติ (Motivation to comply) โดยบรรทัดฐานทางสังคมตามการรับรู้และแรงจูงใจที่จะปฏิบัตินำไปสู่ความเชื่อที่เป็นมาตรฐานทางสังคม ที่มีผลต่อการตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังภาพที่ 4

ในงานวิจัยครั้งนี้ อิทธิพลด้านสถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ การยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส/ คู่รัก ครอบครัว และสังคม/ ชุมชน



ภาพที่ 4 อิทธิพลด้านสถานการณ์ทางสังคม (Flay & Petraitis, 1994)

อิทธิพลทั้ง 3 ประการดังกล่าวส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรมของบุคคล และการมีพฤติกรรมดังกล่าวมิได้เกิดจากอิทธิพลเพียงตัวใดตัวหนึ่งเท่านั้น แต่มักเกิดพร้อมกันหรือร่วมกัน และมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) ที่เปลี่ยนแปลงกลับไปมาอยู่ตลอดเวลา จะเห็นได้ว่าทฤษฎีอิทธิพลสามองค์ประกอบ พยายามที่จะอธิบายให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนนั้นเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนมิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากปัจจัยหลายประการร่วมกัน ทั้งปัจจัยระดับบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และปัจจัยสถานการณ์ทางสังคมซึ่งจะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมในระดับที่แตกต่างกัน ต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชน

ทฤษฎีนี้ถูกนำมาใช้อธิบายสาเหตุของพฤติกรรมและการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี (พรนภา หอมสินธุ์, 2558) เช่น พฤติกรรมสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงโปรแกรมที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาเยาวชนเชิงบวก (Positive youth development) และเมื่อใดก็ตามที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหนึ่งเกิดขึ้นย่อมกระทบต่อพฤติกรรมอื่นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เช่น พฤติกรรม การสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวมีสาเหตุต่าง ๆ มาจากปัจจัยที่ใกล้เคียงกัน (Flay, Synder, & Petraitis, 2009)

### ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการมารับบริการฝากครรภ์ ทั้งในด้านผลกระทบและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในประเทศไทยนั้นยังพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นน้อยมาก อีกทั้งปัจจัยที่ศึกษานั้นเน้นปัจจัยระดับบุคคลเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นในการงานวิจัยนี้ ผู้ทำวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยศึกษาครอบคลุมปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้คือ

ปัจจัยระดับบุคคล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ และลักษณะทางบุคลิกภาพส่วนบุคคล ได้แก่ ความฉลาดทางปัญญา ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความสามารถทางสังคม และการแสดงออกที่สะท้อนความคิดของตนเอง และผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม (Flay & Petraitis, 1994) จากการศึกษาวรรณกรรมที่ผ่านมา

ของ ยูพิน พรสมุทสินธุ์และอัจฉริยา ภู่มรินทร์ (2554) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ และการศึกษาน้อย เป็นสาเหตุที่หญิงตั้งครรภ์ไม่มารับการฝากครรภ์เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี พันธุมาศ (2556) ที่พบว่าอายุของหญิงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก ( $r = 0.15$ ) และการศึกษาของ นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร (2555) ที่พบว่า มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุเฉลี่ย 17.5 ปี มีการมาฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง และมารดาที่มีอายุน้อย (15-19 ปี) มีโอกาสให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงที่สุด ส่วนมารดาที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป มีโอกาสให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงเป็น 1.73 เท่าของมารดาที่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ (นงลักษณ์ ทองโต, 2552)

สำหรับระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มารับการตรวจครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาน้อยกว่า 8 ปี (Eijk et al., 2006) และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการศึกษาน้อย เป็นสาเหตุทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่มารับบริการฝากครรภ์ เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญ (ยูพิน พรสมุทสินธุ์ และอัจฉริยา ภู่มรินทร์, 2554) ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Erlindawati et al. (2008) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาน้อย มีแนวโน้มที่จะมารับบริการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และ Effendi and Isarranurag (2012) พบว่า ระดับการศึกษาต่ำเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ยูกะ อีโนะ และคณะ, 2554) และระดับการศึกษายังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 6.8, 95 % CI = 2.7-16.8) (Ye et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tran, Gottvall, Nguyen, Ascher, and Petzold (2010) และ Khashan et al. (2010) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความรู้หรือมีการศึกษาต่ำ มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มารดาไม่มีความรู้ (OR = 1.54, 95% CI = 1.30-1.82) และมารดาที่มีการศึกษาต่ำ (OR = 1.21, 95% CI = 1.04-1.041) มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษาของ พัชรินทร์ ช่างเจรจา (2555) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และธารารัตน์ ลือชาคำ, พูลสุข หิงคานนท์, จรรยา สันตยากร และปกรณ์ ประจัญบาน (2555) ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้ถึงร้อยละ 50.1 ได้แก่ การเรียนรู้ ( $r = 0.358$ ) การคาดการณ์ ( $r = 0.323$ ) การปรับเปลี่ยน ( $r = 0.298$ ) และอายุครรภ์ ( $r = 0.194$ ) การศึกษาของ พิกุล อุทธิยา (2557) พบว่า การเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะในการดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

การตั้งครรภ์ครั้งแรกในวัยรุ่นอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขาดความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมาฝากครรภ์ให้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จะทำให้เกิดพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่กล่าวได้ว่า หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเชื่อหรือรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ และรับรู้ว่าการกระทำนั้นให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและทารกในครรภ์ ทำให้มีความอดทน ไม่ท้อถอย อดทน และกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จและเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้จนกลายเป็นแรงเสริมในการรับรู้ความสามารถของตนเองและมาเข้ารับบริการฝากครรภ์ได้ตามเกณฑ์ ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยมุ่งเน้นศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการมาฝากครรภ์ช้า และศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมาฝากครรภ์ที่มีต่อการฝากครรภ์ช้าในมารดากลุ่มนี้

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม เป็นสิ่งที่เกิดจากสภาพทางวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ การตระหนักรู้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะหล่อหลอมให้เกิดการนึกคิด หรือให้คุณค่าต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจ และพฤติกรรมนั้น ๆ (Flay & Petraitis, 1994) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองหากหญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลข่าวสารน้อยจากผู้ให้บริการก็มีแนวโน้มที่จะมารับบริการฝากครรภ์ไม่ครบตามคำแนะนำ (Erlindawati et al., 2008) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลความรู้ที่ไม่ถูกต้อง (Effendi & Isarranurag, 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยูกะ อิโนะ และคณะ (2554) และสุภาวดี พันธุมาศ (2556) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการมาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับบริการฝากครรภ์ และความรู้ในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ หากหญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ในการมาตรวจครรภ์ ก็จะส่งผลในการมารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ช้า (Eijk et al., 2006; Khanal et al., 2015; Ye et al., 2010) และหญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการมารับบริการฝากครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ (ยุพิน พรสมุทธรสินธุ์ และอัจฉริยา ภูมรินทร์, 2554)

ปัจจัยด้านเจตคติ มีผู้ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใด ๆ ซึ่งแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในลักษณะชอบ ไม่ชอบ อาจเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย พอใจ ไม่พอใจต่อสิ่งใด ๆ ในลักษณะเฉพาะตัวตามทิศทางของทัศนคติที่มีอยู่ และเป็นตัวกำหนด



แนวทางของบุคคลในการแสดงปฏิกิริยาตอบสนอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .01$  (มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิชิต, 2551) และจากการศึกษาของ Effendi & Isarranurag (2012) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติไม่คิดต่อการฝากครรภ์เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และยังพบว่าปัจจัยด้านทัศนคติที่ไม่คิดต่อการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ (ทัศนีย์ หล้าเนียม, 2553)

ปัจจัยด้านความตั้งใจในการมาฝากครรภ์ พบว่า หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเผชิญกับปัญหา และได้รับการตอบสนองต่อความต้องการที่ถูกต้องและเหมาะสม ก็จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ยอมรับการตั้งครรภ์ เกิดความรับผิดชอบ ยอมรับบทบาทการเป็นมารดา (Mead, Brooks, Windle, Kukielka & Boyd, 2007) หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้จะสามารถดำรงการตั้งครรภ์ไปได้จนครบกำหนดคลอดได้ แตกต่างจากการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการที่หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ต้องการที่จะมีบุตรทั้งในปัจจุบันและในอนาคต หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมที่ไม่สนใจบุตร ไม่ไปตรวจครรภ์ และไม่ฝากครรภ์ (ศรุตยา รองเลื่อน และคณะ, 2555) นอกจากนี้ยังมีพบว่า สาเหตุของการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์เกิดจากการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ว่าตนสบายดี และไม่ทราบว่ากำลังตั้งครรภ์อยู่จึงไม่มารับบริการฝากครรภ์ (เอี่ยมพร ราชภูติ และคณะ, 2554) ซึ่งอาจกล่าวอ้างได้ว่า ความตั้งใจที่จะมีบุตร หรือการวางแผน การมีบุตรส่งผลต่อการมาฝากครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ ทัศนคติหรือพฤติกรรมของผู้อื่น เช่น เพื่อน พ่อแม่ ครู เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการสังเกต และการเลียนแบบทัศนคติและพฤติกรรมของผู้อื่น (Flay & Petraitis, 1994) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า สถานภาพสมรสคู่ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ยูกะ อิโนะ และคณะ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาหาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์ของ สุภาวดี พันธุมาศ (2556) พบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $X^2 = 14.014, p < 0.02$ ) การศึกษาของ ยูพิน พรสมุทรสินธุ์ และอัจฉริยา ภูมรินทร์ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยไม่ฝากครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้สมรสเป็นสาเหตุสำคัญของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ ส่วนปัจจัยด้านรายได้หรือฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวยังพบว่า เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ (Effendi & Isarranurag, 2012) และจากการศึกษาของ ยูพิน พรสมุทรสินธุ์ และอัจฉริยา ภูมรินทร์ (2554) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากครอบครัวมีรายได้น้อยไม่

เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จึงไม่เห็นความสำคัญของการมาฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็มพร ราชภูติ และคณะ (2554) ที่พบว่า ปัญหาด้านเศรษฐกิจของหญิงตั้งครรภ์เป็นสาเหตุของการมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม การศึกษาของ มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2551) พบว่า มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_{pb} = .303$ ,  $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูคะ อีโน และคณะ (2554) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และการเข้าถึงข้อมูลด้านบริการฝากครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับการให้บริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ (OR = 2.12, 95% CI = 1.03-4.38) การศึกษาของ ทศนีย์ หล้าเนียม (2553) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $X^2 = 15.310$ ,  $p < 0.001$ ) และจากการศึกษาพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาเข้ารับบริการฝากครรภ์ และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายการฝากครรภ์อย่างพอเพียง (ปานัน พิชยภิญโญ, 2550)

จากการศึกษาของ ศรีตยา รongเลื่อน และคณะ (2555) พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่สำคัญที่สุดคือ สามี รองลงมาได้แก่ บิดา มารดา คิดเป็น ร้อยละ 53.4 และ 31.5 ตามลำดับ สำหรับสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ดีจะสามารถช่วยสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติตน และดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน หากทั้งสองระบบมีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เช่น การที่โรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชนให้ความร่วมมือในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ทั้งในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด ก็จะทำให้การปรับตัวและการดำเนินบทบาทการเป็นมารดาของ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและสุขภาพของทารกเป็นไปด้วยดี (ศรีตยา รongเลื่อน และคณะ, 2555) ดังนั้นในการศึกษานี้จึงศึกษาปัจจัยด้านการยอมรับ การตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส ครอบครัว และสังคม ที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยระดับบุคคล สิ่งแวดล้อม และสังคม ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการฝากครรภ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม ได้แก่ ความรู้ในการฝากครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ การยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส /คู่รัก ครอบครัว และชุมชน

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยแบบ Case-control study ครั้งนี้เป็นการศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ (Case) กับกลุ่มวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ภายในอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Control) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในจังหวัดนครปฐม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในจังหวัดนครปฐมและมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครปฐม

##### กลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ที่เป็นคนไทยและต่างด้าว มารับบริการฝากครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในจังหวัดนครปฐมและมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครปฐม โดยมีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างต่อไปนี้คือ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ยินดีและยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัย และไม่มีโรคประจำตัวก่อนการตั้งครรภ์ เช่น โรคหอบหืด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไทรอยด์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มศึกษา หมายถึง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และมารับบริการฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์
2. กลุ่มเปรียบเทียบ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และมารับบริการฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์

##### การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างจากการเปิดตารางขนาดตัวอย่างที่ใช้สถิติ Logistic regression (Hsieh, 1989) โดยกำหนด Power ที่ 0.8 ค่าสัดส่วนการการฝากครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดนครปฐม ( $P$ ) = 0.50 ค่าความเสี่ยงของปัจจัยที่ศึกษา (Odds ratio) = 1.7 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน ( $SE$ ) = 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 103 ราย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต้องไม่น้อยกว่ากลุ่มละ 103 ราย ในการศึกษานี้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง

ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ใช้จริงทั้งหมด 220 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 110 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 110 ราย

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

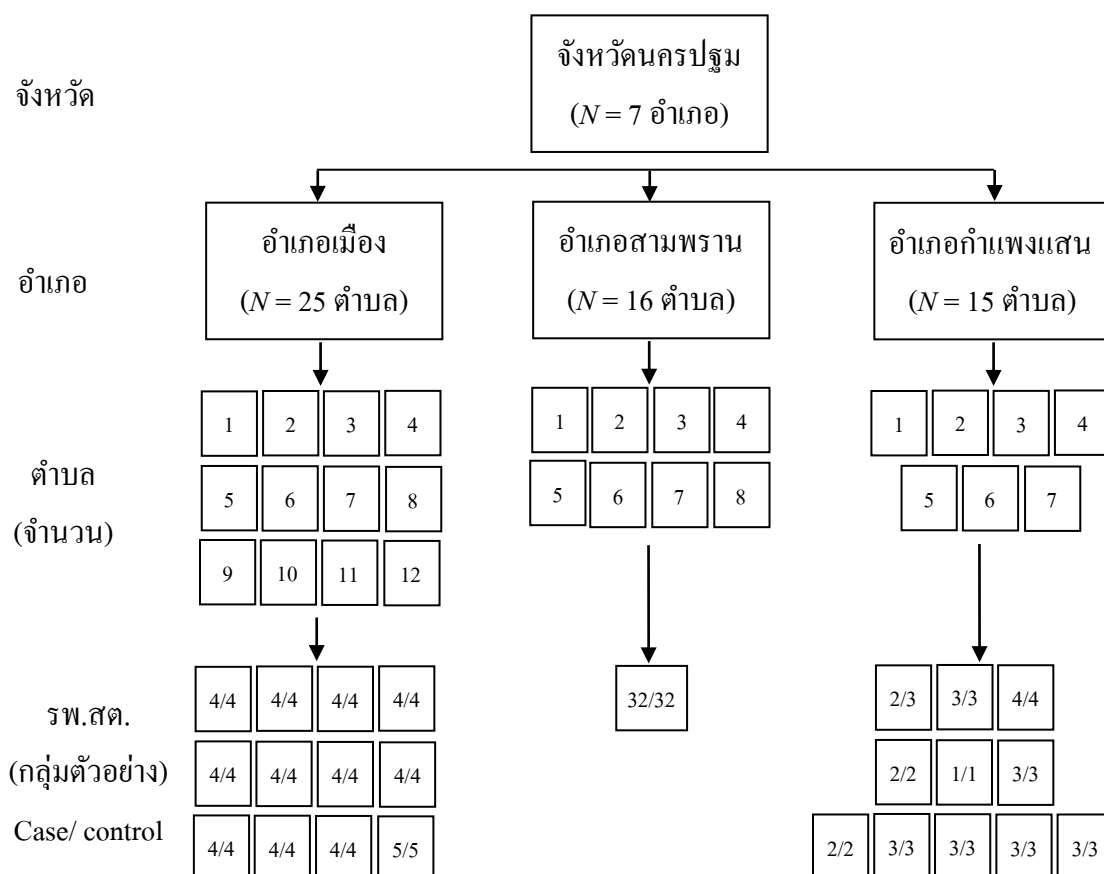
โดยพิจารณาเกณฑ์การคัดเลือกซึ่งมีลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครปฐมมารับบริการฝากครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในจังหวัดนครปฐม ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จังหวัดนครปฐม จัดอยู่ในพื้นที่ของเขตบริการสุขภาพที่ 5 มีอำเภอทั้งหมด 7 อำเภอ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม แต่ละอำเภอมิบริบทแตกต่างกันดังนี้ คือ อำเภอที่อยู่ในเขตเมือง ได้แก่ อำเภอเมือง และอำเภอพุทธมณฑล เป็นอำเภอที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น และเป็นเขตปริมณฑลที่มีอาณาเขตติดต่อกับกรุงเทพมหานคร อำเภอที่อยู่ในเขตชนบท ได้แก่ อำเภอกำแพงแสน อำเภอนครชัยศรี อำเภอดอนตูม และอำเภอบางเลน ส่วนอำเภอสามพรานจัดอยู่ในเขตเมืองอุตสาหกรรม เนื่องจากมีโรงงานอุตสาหกรรมและมีการย้ายถิ่นฐานของประชากรจากต่างจังหวัดเข้ามาทำงานมาก จึงสุ่มเลือกอำเภอที่อยู่ในเขตเมือง คือ อำเภอเมือง อำเภอในเขตชนบท คือ อำเภอกำแพงแสน และอำเภอที่อยู่ในเขตเมืองอุตสาหกรรม คือ อำเภอสามพราน

ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) โดยสุ่มเลือกตำบลของแต่ละอำเภอมาร้อยละ 50 เพื่อเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร อำเภอเมือง ได้แก่ ตำบลพระปฐมเจดีย์ ตำบลตาก้อง ตำบลบ่อพลับ ตำบลทุ่งน้อย ตำบลสระกระเทียม ตำบลมาบแค ตำบลวังตะกู ตำบลทัพหลวง ตำบลลำพญา ตำบลธรรมศาลา ตำบลหนองงูเหลือม และตำบลบ้านยาง อำเภอกำแพงแสน ได้แก่ ตำบลทุ่งกระพังโหม ตำบลทุ่งลูกนก ตำบลทุ่งขวาง ตำบลรางพิกุล ตำบลดอนข่อย ตำบลห้วยขวาง และ ตำบลห้วยหมอนทอง อำเภอสามพราน ได้แก่ ตำบลกระทู้ล้ม ตำบลตลาดจินดา ตำบลสามพราน ตำบลทรงคนอง ตำบลหอมเกร็ด ตำบลสามพราน ตำบลไร่จิง และตำบลอ้อมใหญ่

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของแต่ละตำบลที่สุ่มไว้ตำบลละ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอกำแพงแสนที่สุ่มเลือกไว้มีจำนวนประชากรที่ศึกษาไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ผู้วิจัยได้เข้าไปขออนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ใกล้เคียงเพื่อขอเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง อำเภอสามพรานมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้อย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปรับบริการฝากครรภ์ที่

โรงพยาบาลและคลินิกเอกชนนอกเวลา เนื่องจากต้องทำงานในช่วงเวลากลางวัน ผู้วิจัยจึงได้ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลสามพราน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลในขณะที่คนไข้รอเข้าพบแพทย์ เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอตามสัดส่วนที่ได้คำนวณไว้ ส่วนอำเภอเมืองมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ รายละเอียดดังภาพที่ 4



ภาพที่ 5 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอ ( $n = 220$ )

อำเภอ	จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น	จำนวนกลุ่มศึกษา	จำนวนกลุ่มเปรียบเทียบ
อำเภอเมือง	431	49	49
อำเภอสามพราณ	359	32	32
อำเภอกำแพงแสน	164	29	29
รวม	954	110	110

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำเพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติการคุมกำเนิด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความตั้งใจการตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มี 1 คำถาม เป็นข้อความเกี่ยวกับการวางแผนที่จะตั้งครรภ์ในครั้งนี้อหรือไม่

ถ้าตอบ วางแผน ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

ถ้าตอบ ไม่วางแผน ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจของหญิงตั้งครรภ์ว่าสามารถมาฝากครรภ์ได้ตามกำหนดเวลา ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม ครอบคลุมความรู้สึกละและปัญหาของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความมั่นใจในการมาฝากครรภ์ มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มั่นใจมาก ให้คะแนน 4 คะแนน

ค่อนข้างมั่นใจ ให้คะแนน 3 คะแนน

ค่อนข้างไม่มั่นใจ ให้คะแนน 2 คะแนน

ไม่มั่นใจเลย ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์อิงกลุ่มค่าเฉลี่ยรวมเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 2 ระดับ

ระดับสูง หมายถึง คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ยรวม ( $\geq 36$ )

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยรวม ( $< 36$ )

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ประเมินจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ได้แก่ การดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์อาการเริ่มแรกของการตั้งครรภ์และความสำคัญของการฝากครรภ์ครั้ง ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบถูก-ผิด มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยให้ตอบว่าข้อใดถูกต้องที่สุด

ถ้าตอบใช่ ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ถ้าตอบไม่ใช่ ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ อยู่ในช่วง 0-10 โดยใช้เกณฑ์การแบ่งของ Bloom (1968) ที่กำหนดเกณฑ์ความรู้สูงไว้ที่ระดับคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

คะแนน 8-10 หมายถึง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง

คะแนน 0-7 หมายถึง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบวัดเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ประเมินโดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกขณะตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ครอบคลุมความคิดและความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ มีคำถามเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกทางบวกจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 4, 8, 9, 11 และ 12 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1	คะแนน

คำถามเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกทางลบจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 5, 6, 7 และ 10 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5	คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์อิงกลุ่มค่าเฉลี่ยรวมเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 2 ระดับ

ระดับสูง หมายถึง คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ยรวม ( $\geq 46$ )

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยรวม ( $< 46$ )

ส่วนที่ 6 แบบวัดการยอมรับการตั้งครุฑของกลุ่มสมรส/ คู่รัก ครอบครัว และชุมชน

เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง คำถามมี 1 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale)

กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ยอมรับเลย	ให้คะแนน	1	คะแนน
ค่อนข้างยอมรับไม่ได้	ให้คะแนน	2	คะแนน
เฉย ๆ	ให้คะแนน	3	คะแนน
ค่อนข้างยอมรับได้	ให้คะแนน	4	คะแนน
ยอมรับได้มาก	ให้คะแนน	5	คะแนน

โดยมีข้อคำถามดังต่อไปนี้ คือ กลุ่มสมรสหรือแฟนของท่านได้แสดงออกว่ายอมรับหรือสนับสนุนการตั้งครุฑของท่านครั้งนี้มากน้อยเพียงใด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนน  $\geq 3$  คะแนน หมายถึง การยอมรับการตั้งครุฑ

คะแนน  $< 3$  คะแนน หมายถึง การไม่ยอมรับการตั้งครุฑ

แบบวัดการยอมรับการตั้งครุฑของครอบครัว เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง คำถามมี 1 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale)

กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ยอมรับเลย	ให้คะแนน	1	คะแนน
ค่อนข้างยอมรับไม่ได้	ให้คะแนน	2	คะแนน
เฉย ๆ	ให้คะแนน	3	คะแนน
ค่อนข้างยอมรับได้	ให้คะแนน	4	คะแนน
ยอมรับได้มาก	ให้คะแนน	5	คะแนน

โดยมีข้อคำถามดังต่อไปนี้ คือ พ่อแม่ พี่น้องและคนในครอบครัวของท่านได้แสดงออกว่ายอมรับหรือสนับสนุนการตั้งครุฑของท่านครั้งนี้มากน้อยเพียงใด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนน  $\geq 3$  คะแนน หมายถึง การยอมรับการตั้งครุฑ

คะแนน  $< 3$  คะแนน หมายถึง การไม่ยอมรับการตั้งครุฑ

แบบวัดการยอมรับการตั้งครุฑของชุมชน เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง คำถามมี 1 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้



ไม่ยอมรับเลย	ให้คะแนน	1	คะแนน
ค่อนข้างยอมรับไม่ได้	ให้คะแนน	2	คะแนน
เลย ๆ	ให้คะแนน	3	คะแนน
ค่อนข้างยอมรับได้	ให้คะแนน	4	คะแนน
ยอมรับได้มาก	ให้คะแนน	5	คะแนน

โดยมีข้อคำถามดังต่อไปนี้ คือ คนในละแวกบ้านที่ท่านอาศัยหรือเพื่อนของท่าน ได้แสดงออกว่ายอมรับหรือสนับสนุนการตั้งครรภ์ของท่านในครั้งนี้มากน้อยเพียงใด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนน  $\geq 3$  คะแนน หมายถึง การยอมรับการตั้งครรภ์

คะแนน  $< 3$  คะแนน หมายถึง การไม่ยอมรับการตั้งครรภ์

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity index [CVI]) โดยการนำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญอนามัยการเจริญพันธุ์ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้แก่

- 1.1 แบบวัดความตั้งใจในการตั้งครรภ์
- 1.2 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์
- 1.3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์
- 1.4 แบบวัดเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์
- 1.5 แบบวัดการยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส/ คู่รัก ครอบครัว และชุมชน

พิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหาสาระตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาที่ใช้ ความถูกต้องของภาษา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะมาหาค่าดัชนี ซึ่งค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (David, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีที่มารับบริการฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ จำนวน 30 ราย ในอำเภอกำแพงแสน อำเภอเมือง และอำเภอสามปราน จังหวัดนครปฐม ซึ่งมีลักษณะทางภูมิศาสตร์ รวมทั้งประเพณีวัฒนธรรม ลักษณะการดำรงชีวิตคล้ายคลึงกัน ได้ค่าความตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามและแบบวัด ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ค่าความตรงของเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามและแบบวัด

แบบสอบถาม/ แบบวัด	ค่า CVI	$\alpha$	KR-20
1. แบบวัดความตั้งใจการตั้งครรภ์	0.90	0.95	-
2. แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์	0.72	0.97	-
3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์	0.84	0.81	0.81
4. แบบวัดเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์	0.78	0.83	-
5. แบบวัดการยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส/ คู่รัก ครอบครัว และชุมชน	0.87	0.70	-

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. การวิจัยนี้ตระหนักถึงการเคารพในความเป็นบุคคลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์เป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง และเข้าพบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ แนะนำตัวเพื่อเชิญเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยให้ทราบถึง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ หรือความเสี่ยงใดบ้างที่ได้รับจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและทราบรายละเอียดทั้งหมด ผู้วิจัยจะขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ และไม่ได้สมรส ผู้วิจัยจะให้ผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมร่วมด้วย
3. การรักษาความลับ ข้อมูลที่ได้รับใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ โดยผู้วิจัยเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคลแต่อย่างใด แบบสอบถามเป็นแบบนิรนาม
4. ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงการมีอิสระที่จะยินดีหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัย ภายหลังไม่ว่าด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม การปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อทำให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์แต่อย่างใดทั้งสิ้น

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 เป็นเวลา 3 เดือน โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอของอำเภอกำแพงแสน อำเภอเมือง และอำเภอสามพรานจังหวัดนครปฐม

2. โดยชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา และขอความร่วมมือและชี้แจงการใช้เครื่องมือกับพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง อำเภอกำแพงแสน และอำเภอสามพรานเพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. พื้นที่เขตอำเภอกำแพงแสนเป็นอำเภอเดียวกันกับที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ ผู้วิจัยมีผู้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ จึงติดต่อประสานขอนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมงานวิจัย โดยนัดกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมาในวันที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกำแพงแสน ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที ขณะรอพบแพทย์ โดยใช้ห้องของคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างอีกส่วนหนึ่งไปรับบริการที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมบ้านและแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

4. พื้นที่เขตอำเภอเมือง ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยติดตามเยี่ยมบ้านและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม โดยก่อนทำแบบสอบถามพยาบาลชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที กลุ่มตัวอย่างอีกส่วนหนึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลจึงชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที เช่นกัน

5. พื้นที่เขตอำเภอสามพราน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงงาน ผู้วิจัยจึงประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าแผนกเวชปฏิบัติครอบครัว

และชุมชนของโรงพยาบาลสามพราน เพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่หน้าห้องแผนก ผ่ากกรรมขณะที่รอเข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนต่างด้าว และสื่อสารภาษาไทยได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที

#### 6. ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

ส่วนที่ 1 สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่ศึกษา

ส่วนที่ 2 สถิติเชิงอ้างอิง วิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุของการไม่มาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยไบนารีลอจิสติก (Binary Logistic Regression) และคำนวณหาค่า Odds Ratio (OR) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI โดยจัดแบ่งตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็น 2 กลุ่ม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปตัวแปรที่ศึกษาเป็นตัวแปรระดับกลุ่ม

ตัวแปรที่ศึกษา	การจัดกลุ่มคำนิยามปฏิบัติการ	
ตัวแปรต้น		
การรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์	0 = ต่ำ ( $\geq$ คะแนนเฉลี่ยรวม)	
	1 = สูง (< คะแนนเฉลี่ยรวม)	
ความรู้เกี่ยวกับฝากครรภ์	0 = สูง ( $\geq$ ร้อยละ 80)	
	1 = ต่ำ (< ร้อยละ 80)	
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์	0 = ตั้งใจ	
	1 = ไม่ตั้งใจ	
เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์	0 = เชิงบวก ( $\geq$ คะแนนเฉลี่ยรวม)	
	1 = เชิงลบ (< คะแนนเฉลี่ยรวม)	

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	การจัดกลุ่มคำนิยามปฏิบัติการ
การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส/ คู่รัก ครอบครัว และชุมชน	0 = ยอมรับ ( $\geq 3$ คะแนน) 1 = ไม่ยอมรับ ( $< 3$ คะแนน)
ตัวแปรตาม	
การมารับบริการฝากครรภ์	0 = ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ 1 = หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคล ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคม ที่มีผลต่อการไม่มาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครปฐม ซึ่งจะนำเสนอผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการไม่มาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคม

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดมีจำนวนทั้งสิ้น 220 ราย แบ่งเป็น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำ จำนวน 110 ราย และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนด จำนวน 110 ราย

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำ (n = 110)		ฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนด (n = 110)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
10-14 ปี	9	8.2	14	12.7
15-19 ปี	101	91.8	96	87.3
Mean, SD	17.47, 1.43		17.55, 1.48	
Min:Max	13:19		14:19	
สถานภาพสมรส				
คู่และอยู่กับสามี	51	46.4	53	48.2
คู่และไม่ได้อยู่กับสามี	56	50.9	56	50.9

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ฝากครรภ์ครั้งแรกเช้า		ฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนด	
	(n = 110)		(n = 110)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หย่า/ แยก	3	2.7	1	0.9
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษา	26	23.6	21	19.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	54	49.2	48	43.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	22	20.0	36	32.7
อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตร	4	3.6	4	3.6
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	3.6	1	0.9
ระดับการศึกษาสูงสุดของสามี				
ประถมศึกษา	27	24.5	28	25.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	42.7	35	31.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	23	21.0	34	31.0
อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตร	8	7.3	3	2.7
ปริญญาตรี	3	2.7	5	4.5
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	1.8	5	4.5
อาชีพ				
รับจ้าง	30	27.3	40	36.4
ค้าขาย	19	17.3	15	13.6
เกษตรกรกรรม	4	3.6	5	4.5
ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน	57	51.8	50	45.5
อาชีพของสามี				
รับจ้าง	69	62.7	68	61.8
ค้าขาย	18	16.4	21	19.1
นักเรียน/ นักศึกษา	10	9.1	6	5.5
เกษตรกรกรรม	7	6.4	12	10.9
ว่างงาน	5	4.5	1	0.9

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ฝากครรภ์ครั้งแรกเช้า		ฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนด	
	(n = 110)		(n = 110)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้าราชการ	1	0.9	2	1.8
รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน				
< 9,000	45	40.9	46	41.8
9,001-14,000	29	26.3	23	20.9
14,001-19,000	17	15.5	10	9.1
19,001-24,000	9	8.2	13	11.8
> 24,000	10	9.1	18	16.4
Mean, SD	13,010, 9,901.9		13,861.6, 8,201.5	
Min:Max	3,000:70,000		3,000:40,000	
ความพอเพียงของรายได้				
รายได้พอใช้	66	60.0	65	59.1
รายได้ไม่พอใช้	44	40.0	45	40.9
สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล				
มี	79	71.8	82	74.5
ไม่มี	31	28.2	28	25.5
การโยกย้าย/ เปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย				
ไม่มี	98	89.1	99	90.0
มี	12	10.9	11	10.0

จากตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเช้ามีอายุเฉลี่ย 17.47 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.43 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 15-19 ปี (ร้อยละ 91.8) สถานภาพสมรสคู่ และไม่ได้อยู่กับสามีสูงสุด (ร้อยละ 50.9) รองลงมา คือ สถานภาพสมรสคู่และอยู่กับสามี (ร้อยละ 46.4) ระดับการศึกษาสูงสุดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเช้ากว่าครึ่งจบระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 49.1) รองลงมาจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 23.6) ระดับ



การศึกษาสูงสุดของสามีคือระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 42.7) รองลงมา คือ จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 24.5) กว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำงานนอกบ้าน (ร้อยละ 51.8) รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 27.3) ส่วนสามีส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 62.7) รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 9,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 43.3) รองลงมา รายได้อยู่ในช่วง 9,001-14,000 บาท (ร้อยละ 26.3) อย่างไรก็ตามพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้จ่าย (ร้อยละ 60) ส่วนใหญ่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 71.8) และไม่มีการโยกย้าย/เปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 89.1)

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มที่ฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนดมีอายุเฉลี่ย 17.55 ปี

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.48 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 15-19 ปี (ร้อยละ 87.3) สถานภาพสมรสคู่ และไม่ได้อยู่กับสามีสูงสุด (ร้อยละ 50.9) รองลงมา คือ สถานภาพสมรสคู่ และอยู่กับสามี (ร้อยละ 48.2) ระดับการศึกษาสูงสุดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนด คือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 43.6) รองลงมา จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 32.7 และ 19.1 ตามลำดับ) ระดับการศึกษาสูงสุดของสามีคือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 31.8) รองลงมา จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 31) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน (ร้อยละ 45.5) รองลงมา มีอาชีพอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 13.6) ส่วนสามีมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 61.8) รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 9,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 41.8) รองลงมา รายได้อยู่ในช่วง 9,001-14,000 บาท (ร้อยละ 20.9) อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ตอบว่ารายได้พอใช้จ่าย (ร้อยละ 59.1) ส่วนใหญ่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 74.5) และไม่มีการโยกย้าย/เปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 90.0)

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิด

ประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และ การคุมกำเนิด	ฝากครรภ์ครั้งแรกช้า (n = 110)		ฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนด (n = 110)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์			
1	79	71.8	63	57.3
2	21	19.1	32	29.1
3	8	7.3	12	10.9
4	2	1.8	3	2.7

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และ การคุมกำเนิด	ฝากครรภ์ครั้งแรกช้า (n = 110)		ฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนด (n = 110)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ประวัติการคุมกำเนิด			
ไม่สม่ำเสมอ	88	80.0	72	65.5
คุมอย่างสม่ำเสมอ	22	20.0	38	34.5
ประวัติการแท้งบุตร				
ไม่มี	98	89.1	109	99.1
มี	12	10.9	1	0.9
จำนวนบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน				
0	81	73.6	69	62.7
1	25	22.7	29	26.4
2	4	3.6	10	9.1
3	0	0.0	2	1.8
ได้รับคำแนะนำให้มาฝากครรภ์				
เคย	74	67.3	80	72.7
ไม่เคย	36	32.7	30	27.3
สถานที่ฝากครรภ์				
โรงพยาบาลชุมชน	59	53.6	73	66.4
โรงพยาบาลศูนย์	42	38.2	28	25.5
คลินิก	5	4.6	6	5.4
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	3	2.7	1	0.9
ตำบลใกล้บ้าน				
โรงพยาบาลอื่น ๆ	1	0.9	2	1.8
อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก				
ไตรมาสที่ 1 ( $\leq 12$ สัปดาห์)	0	0	110	100
ไตรมาสที่ 2 (13-24 สัปดาห์)	101	91.8	0	0
ไตรมาสที่ 3 (25-40 สัปดาห์)	9	8.2	0	0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และ การคุมกำเนิด	ฝากครรภ์ครั้งแรกช้า (n = 110)		ฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนด (n = 110)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Mean, SD	18.25,		9.96,	1.96
Min:Max	4:11		6:12	
จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์	13:30			
ครั้งที่ 1 ( $\leq 12$ สัปดาห์)	8	7.3	20	18.2
ครั้งที่ 2 (16-20 สัปดาห์)	14	12.7	20	18.2
ครั้งที่ 3 (24-28 สัปดาห์)	22	20.0	21	19.1
ครั้งที่ 4 (30-34 สัปดาห์)	16	14.5	12	10.9
ครั้งที่ 5 (36-44 สัปดาห์)	18	16.4	6	5.4
ฝากครรภ์มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป	32	29.1	31	28.2
Mean, SD	4.86, 3.61		4.41, 3.37	
Min:Max	1:11		1:14	
เหตุผลที่มาฝากครรภ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ต้องการให้ตัวเองและลูกแข็งแรง	57	60.0	48	61.5
ต้องการได้รับการดูแลจาก	17	17.9	16	20.5
แพทย์/ พยาบาล				
ต้องการความรู้ขณะตั้งครรภ์	11	11.5	7	9.0
ใกล้คลอด/ ลูกคืบ/ เจ็บท้อง	7	7.4	2	2.6
ใกล้บ้าน/ ญาติพาไปฝากครรภ์	3	3.2	5	6.4

จากตารางที่ 5 ข้อมูลด้านประวัติการฝากครรภ์และประวัติการคลอดพบว่า ข้อมูลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครั้งแรกช้าส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 71.8) และมีประวัติการคุมกำเนิดเคยคุมแต่ไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 80.8) พบว่า ไม่มีประวัติแท้งบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 89.1) ส่วนใหญ่ยังไม่เคยคลอดบุตร (ร้อยละ 73.6) และเคยได้รับคำแนะนำให้มาฝากครรภ์ (ร้อยละ 67.3) สถานที่ฝากครรภ์ คือ ที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 53.6) รองลงมา คือ

โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 38.2) อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกอยู่ในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ คือ อายุครรภ์ 13-24 สัปดาห์ (ร้อยละ 91.8) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 29.1) รองลงมาคือ 3 ครั้ง (อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์) และ 5 ครั้ง (อายุครรภ์ 36-44 สัปดาห์) (ร้อยละ 20.0 และ 16.4 ตามลำดับ) เหตุผลส่วนใหญ่ที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมาฝากครรภ์เพราะต้องการให้ตัวเองและลูกในครรภ์สุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 60.0)

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนดพบว่าตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 57.3) รองลงมาเคยตั้งครรภ์มาแล้ว 2 และ 3 ครั้ง (ร้อยละ 29.1 และ 10.9 ตามลำดับ) และมีประวัติการคุมกำเนิดเคยคุมแต่ไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 65.5) พบว่า ไม่มีประวัติแท้งบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 99.1) ส่วนใหญ่ยังไม่เคยคลอดบุตร (ร้อยละ 62.7) และเคยได้รับคำแนะนำให้มาฝากครรภ์ (ร้อยละ 72.7) สถานที่ฝากครรภ์คือ ที่โรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 66.4) รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม (ร้อยละ 25.5) อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกอยู่ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ คือ  $\leq 12$  สัปดาห์ พบมากที่สุด (ร้อยละ 100) จำนวนครั้งที่หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์มากกว่า 5 ครั้ง (ร้อยละ 28.2) รองลงมา คือ 3 ครั้งอายุครรภ์ 24.28 สัปดาห์ (ร้อยละ 19.1) เหตุผลส่วนใหญ่ที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมาฝากครรภ์เพราะต้องการให้ตัวเองและลูกในครรภ์สุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 61.5)

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามเหตุผลที่มาฝากครรภ์ซ้ำ ( $n = 89$ )

เหตุผลที่มาฝากครรภ์ซ้ำ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบที่ตั้งครรภ์	46	51.7
คิดเรียน/ ทำงาน/ ไม่มีเวลา	22	24.7
ปิดบังครอบครัว	11	12.4
กลัว/ ไม่กล้าไปฝากครรภ์	4	4.5
ไม่มีค่าใช้จ่าย/ ไม่มีใครพาไปโรงพยาบาล	3	3.4
มีภาวะเสี่ยง	1	1.1
ไม่รู้ว่าต้องมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	1	1.1
ลืม	1	1.1

จากตารางที่ 6 พบว่า ข้อมูลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครั้งแรกชี้เหตุผลหลักมา จากไม่ทราบที่ตั้งครรภ์สูงสุด (ร้อยละ 51.7) รองลงมาคือ ดิฉันเรียน/ ทำงาน/ ไม่มีเวลา (ร้อยละ 24.7) ปกติบ่งครอบครัว (ร้อยละ 12.4) กลัว/ ไม่กล้าไปฝากครรภ์ (ร้อยละ 4.5) ไม่มี ค่าใช้จ่าย/ ไม่มีใครพาไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 3.4)

## ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่น

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และปัจจัยด้านสถานการณ์ทาง สังคม

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และปัจจัยสถานการณ์ ทางสังคมต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ปัจจัย	ฝากครรภ์ ครั้งแรกซ้ำ (n = 110)	ฝากครรภ์ครั้ง แรกตามกำหนด (n = 110)	OR <sub>adj.</sub>	95% CI
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การรับรู้ความสามารถใน				
การฝากครรภ์				
สูง <sup>r</sup>	11 (10.0)	65 (59.1)	9.15*	3.02-27.72
ต่ำ	99 (90.0)	45 (40.9)		
Mean, SD	32.39, 4.10	40.17, 7.51		
Min:Max	24:42	25:52		
ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์				
สูง <sup>r</sup>	18 (16.4)	73 (66.4)	11.81*	4.16-33.50
ต่ำ	92(83.6)	37 (33.6)		
Mean, SD	5.43, 1.33	7.76, 0.88		
Min:Max	3:9	5:10		

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ปัจจัย	ฝากครรภ์ ครั้งแรกช้า (n = 110)	ฝากครรภ์ครั้ง แรกตามกำหนด (n = 110)	OR <sub>adj.</sub>	95% CI
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์				
เชิงบวก <sup>r</sup>	39 (35.5)	95 (86.4)		
เชิงลบ	71 (64.5)	15 (13.6)	4.54*	1.51-13.63
Mean, SD	42.88, 7.40	50.99, 4.25		
Min:Max	27:55	39:58		
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์				
ตั้งใจ <sup>r</sup>	25 (22.7)	44 (40.0)		
ไม่ได้ตั้งใจ	85 (77.3)	66 (60.0)	2.55	0.89-7.23
การยอมรับการตั้งครรภ์ของ คู่สมรส/ คู่รัก				
ยอมรับ <sup>r</sup>	39 (35.5)	65 (59.1)		
ไม่ยอมรับ	71 (64.5)	45 (40.9)	1.63	0.64-4.09
การยอมรับการตั้งครรภ์ของ ครอบครัว				
ยอมรับ <sup>r</sup>	15 (13.6)	72 (65.5)		
ไม่ยอมรับ	95 (86.4)	38 (34.5)	15.37*	5.27-44.80
การยอมรับการตั้งครรภ์ของ ชุมชน				
ยอมรับ <sup>r</sup>	11 (10.0)	63 (57.3)		
ไม่ยอมรับ	99 (90.0)	47 (42.7)	18.00*	5.12-63.27

หมายเหตุ r = reference group

จากตารางที่ 7 ข้อมูลด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์ไม่ดี (ร้อยละ 90) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.10 มีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ในระดับต่ำ (คะแนน 1-7) (ร้อยละ 83.6) ค่าเฉลี่ย 5.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.33 มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์เชิงลบ (ร้อยละ 64.5) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 42.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.40 ส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนที่จะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 77.3) คู่สมรส/ คู่รัก ครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 64.5, 86.4 และ 90 ตามลำดับ)

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนดมีการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์สูง (ร้อยละ 59.1) ค่าคะแนนเฉลี่ย 40.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.51 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์สูง (ร้อยละ 66.4) ค่าคะแนนเฉลี่ย 7.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 ส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์เชิงบวก (ร้อยละ 86.4) ค่าคะแนนเฉลี่ย 50.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.25 ส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนที่จะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 60) คู่สมรส/ คู่รัก ครอบครัว และชุมชนยอมรับการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 59.1, 65.5 และ 57.3 ตามลำดับ)

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์ต่ำ มีโอกาสเสี่ยงมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำเป็น 9.15 เท่า ( $OR_{adj} = 9.15, 95\% CI = 3.02-27.72$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์สูง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ต่ำ มีโอกาสเสี่ยงมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำเป็น 11.81 เท่า ( $OR_{adj} = 11.81, 95\% CI = 4.16-33.50$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์สูง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์เชิงลบ มีโอกาสเสี่ยงมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำเป็น 4.54 เท่า ( $OR_{adj} = 4.54, 95\% CI = 1.51-13.63$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์เชิงบวก หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์จากครอบครัว มีโอกาสเสี่ยงที่จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำเป็น 15.37 เท่า ( $OR_{adj} = 15.37, 95\% CI = 5.27-44.80$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์จากครอบครัว หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน มีโอกาสเสี่ยงมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำเป็น 18 เท่า ( $OR_{adj} = 18.00, 95\% CI = 5.12-63.27$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น  
อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 (95% CI) ได้แก่ การยอมรับการตั้งครรภ์  
จากคู่สมรส/ คู่รัก และปัจจัยด้านความตั้งใจในการตั้งครรภ์



## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Case-control study เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาใช้บริการฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ (Case) จำนวน 110 ราย และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาใช้บริการฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ (Control) จำนวน 110 ราย ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ และความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม ประกอบด้วย การยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส/ คู่รัก การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัว การยอมรับการตั้งครรภ์ของชุมชน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยที่ศึกษา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำด้วยสถิติถดถอยไบนารีลอจิสติก คำนวณหาค่า Odds Ratio (OR) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI ได้ผลการศึกษาดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำ และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนดมีข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงคล้าย ๆ กัน ดังนี้ อายุเฉลี่ยพอ ๆ กัน ประมาณ 17 ปี ร้อยละ 50 สถานภาพสมรสคู่และไม่ได้อยู่กับสามี ระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด กว่าหนึ่งในสามสามมีจบระดับการศึกษาสูงสุดของสามีคือระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และไม่มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน ส่วนสามมีส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 13,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ รายได้พอเพียงกับรายจ่าย และมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ทั้งนี้ส่วนใหญ่มีประวัติการคุมกำเนิดเคยคุมแต่ไม่สม่ำเสมอ

ข้อมูลด้านประวัติการฝากครรภ์และประวัติการคลอดพบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรกสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนดเล็กน้อย (ร้อยละ 71.8, ร้อยละ 57.3) ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80 ไม่เคยแท้งบุตร เกือบสองในสามเคยได้รับคำแนะนำให้มาฝากครรภ์ (ร้อยละ 67.3, ร้อยละ 72.7) และเหตุผลส่วนใหญ่ที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์เพราะต้องการให้ตัวเองและลูกในท้องสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 60.0)

## 2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุ

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า ปัจจัยสาเหตุของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์ ( $OR = 9.15$ ) ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ( $OR = 11.81$ ) เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ( $OR = 4.54$ ) การยอมรับการตั้งครรภ์จากครอบครัว ( $OR = 15.37$ ) การยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน ( $OR = 18.00$ )

ปัจจัยสาเหตุของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้แก่ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และการยอมรับการตั้งครรภ์จากคู่สมรส/ คู่รัก

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลของปัจจัยสาเหตุการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน สามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานของการวิจัยแต่ละข้อดังต่อไปนี้

การรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์ต่ำมีความเสี่ยงต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำเป็น 9.15 เท่า ( $OR_{adj} = 9.15$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์สูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลเชื่อในความสามารถของตนเองในการทำพฤติกรรมสุขภาพ และมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้มากน้อยเพียงใดมีผลต่อความพยายามในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ดี โดยแหล่งที่ก่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถที่สำคัญคือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนดมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อนถึงร้อยละ 43.7 และสูงกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ซ้ำซึ่งมีประสบการณ์การตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 28.2 และมีประวัติการแท้งบุตรสูงกว่าคือ ร้อยละ 10 นั้นแสดงว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์น้อยกว่า จึงส่งผลให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการมาฝากครรภ์แตกต่างกับกลุ่มที่มาฝากครรภ์ตามกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลีวัลเลิศศาสตร์ศิริ (2552) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ

สุภาวดี พันธุมาศ (2555) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกคือ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ( $r = 0.47$ )

ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความรู้ในการฝากครรภ์ต่ำมีความเสี่ยงต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าเป็น 11.81 เท่า ( $OR_{adj} = 11.81$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความรู้ในการฝากครรภ์สูง ซึ่งสนับสนุนแนวคิดอิทธิพลของ 3 องค์ประกอบของ Flay and Petraitis (1994) ที่กล่าวว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคล ด้านความรู้ ได้แก่ โอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (Informational opportunity) ซึ่งมีผลต่อความรู้หรือความคาดหวัง (Knowledge/ Expectancies) โดยความรู้มาจากความตระหนักรู้ถึงพฤติกรรม (Awareness of behavior) การเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร (Exposure to information) ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Consequences of behavior) และความคาดหวังเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งค่านิยมหรือการประเมินค่าและความรู้หรือความคาดหวัง นำไปสู่ทัศนคติที่มีผลต่อการตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ นั้นสามารถอธิบายได้จากผลการศึกษานี้ที่พบว่า กลุ่มที่มาฝากครรภ์ตามกำหนดเคยได้รับคำแนะนำให้มาฝากครรภ์ถึงร้อยละ 72.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้าที่ได้รับคำแนะนำเพียงร้อยละ 67.3 และเมื่อถามถึงเหตุผลที่มาฝากครรภ์พบว่าต้องการความรู้ในขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มฝากครรภ์ครั้งแรกช้าสูงกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ตามกำหนด นอกจากนี้ยังพบว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ยังมีความรู้ไม่ถูกต้องอีกหลายประเด็น ได้แก่ ไม่จำเป็นต้องไปรับบริการฝากครรภ์หรือพบแพทย์สามารถดูแลตนเองและหาซื้อยามารับประทานเองได้ เมื่อตั้งครรภ์ควรไปฝากครรภ์ 1-2 ครั้งก็เพียงพอ และหากไม่มีอาการผิดปกติไม่ต้องมาฝากครรภ์ (ร้อยละ 93.2, 91.8 และ 86.4) (ตารางที่ 8 ในภาคผนวก) แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการมารับบริการฝากครรภ์ ส่งผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ได้ (ยุพิน พรสมุทฺธสินธุ์ และอัจฉริยา ภูมรินทร์, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ Erlindawati et al. (2008) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการศึกษาน้อย มีแนวโน้มที่จะมารับบริการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และ Effendi and Isarranurag (2012) พบว่า ระดับการศึกษาต่ำเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ และระดับการศึกษายังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $OR = 6.8, 95\% CI = 2.7-16.8$ ) (Ye et al., 2010) และการศึกษาของ Tran et al. (2010) และ Khashan et al. (2010) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความรู้หรือได้รับการศึกษาต่อมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เจตคติต่อการตั้งครุฑและการฝากครุฑ มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครุฑครั้งแรก ค่าซ้ำของหญิงตั้งครุฑวัยรุ่น โดยหญิงตั้งครุฑวัยรุ่นที่มีเจตคติในการฝากครุฑเชิงลบ มีความเสี่ยงต่อการมาฝากครุฑครั้งแรกซ้ำเป็น 4.54 เท่า ( $OR_{adj} = 4.54$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครุฑวัยรุ่นที่มีเจตคติต่อการตั้งครุฑเชิงบวก อธิบายได้จากแนวคิดของ Ajzen (2006) ที่กล่าวว่า ความสำเร็จของการกระทำพฤติกรรมขึ้นอยู่กับเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ถูกกำหนดโดยเจตคติของการกระทำพฤติกรรมหญิงตั้งครุฑวัยรุ่นที่มีเจตคติต่อการตั้งครุฑและการฝากครุฑเชิงบวกจึงมาฝากครุฑตามกำหนดมากกว่า ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าเหตุผลหนึ่งที่หญิงตั้งครุฑวัยรุ่นมาฝากครุฑซ้ำเกิดจากคิดเรียน/ทำงาน/ ไม่มีเวลาต้องการปิดบังครอบครัว รวมทั้งกลัว/ ไม่กล้าไปฝากครุฑถึงร้อยละ 24.7, 12.4 และ 4.5 ตามลำดับ ซึ่งเป็นความคิดเห็นเชิงลบต่อการฝากครุฑและไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครุฑเท่าที่ควร และผลการวิเคราะห์เจตคติดำเนินการว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติเชิงลบในเรื่องที่มีความคิดว่าการตั้งครุฑเป็นเรื่องธรรมดา ไม่มีผลต่อร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 54 และ 60.4 ตามลำดับ) รวมทั้งหญิงตั้งครุฑวัยรุ่นส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80.9 คิดว่าการฝากครุฑเป็นการเสียเวลา (ตารางที่ 9 ในภาคผนวก) สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2551) และทัศนีย์ หล้าเนียม (2553) พบว่า หญิงตั้งครุฑวัยรุ่นที่มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครุฑ มีความสัมพันธ์กับการฝากครุฑครั้งแรกของหญิงตั้งครุฑวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .01$  และ Effendi and Isarranurag (2012) พบว่า หญิงตั้งครุฑที่มีเจตคติไม่ดีต่อการฝากครุฑมีผลต่อการไม่มาฝากครุฑตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครุฑวัยรุ่น

การยอมรับการตั้งครุฑของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครุฑครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครุฑวัยรุ่น โดยหญิงตั้งครุฑวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการยอมรับการตั้งครุฑจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการฝากครุฑครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครุฑวัยรุ่นเป็น 15.37 เท่า ( $OR_{adj} = 15.37$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครุฑวัยรุ่นที่ได้รับการยอมรับการตั้งครุฑจากครอบครัว ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดซึ่งสนับสนุนแนวคิดอิทธิพลของ 3 องค์ประกอบของ Flay and Petraitis (1994) ที่กล่าวว่า ปัจจัยสถานการณ์ทางสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากการกระทำของบุคคลเกิดจากการสังเกต การเลียนแบบทัศนคติ และพฤติกรรมของบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความผูกพันทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้คือ ความผูกพันกับครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและการเข้าถึงข้อมูลด้านบริการฝากครุฑ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับการให้บริการฝากครุฑของหญิงตั้งครุฑ ( $OR = 2.12, 95\% CI = 1.03-4.38$ ) (ยูกะ อีโนะ และคณะ, 2554) และจากการศึกษาของ ศรุตยา รองเลื่อน และคณะ (2555) พบว่า สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ดีจะสามารถช่วยสนับสนุนให้หญิง

ตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติตน และดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง แหล่งสนับสนุนทางสังคมของหญิงวัยรุ่นที่สำคัญรองจากสามี คือ ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 31.5 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกของ ปาหนัน พิษขวิทยุโณ (2550) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทำให้หญิงตั้งครรภ์มาเข้ารับบริการฝากครรภ์ และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายนการฝากครรภ์อย่างพอเพียง

การยอมรับการตั้งครรภ์ของชุมชน มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็น 18 เท่า ( $OR_{adj} = 18.00$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ดีจะสามารถช่วยสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ ครอบครัว และ โรงเรียน หากทุกระบบมีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เช่น การที่โรงพยาบาล ครอบครัว ชุมชน ให้ความร่วมมือในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ทั้งในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด ก็จะทำให้การปรับตัวและการดำเนินบทบาทการเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและสุขภาพของทารกเป็นไปด้วยดี (ศรุตยา รองเลื่อน และคณะ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ หล้าเนียม (2553) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากชุมชนมีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $X^2 = 15.310, p < 0.001$ ) และ มะลิวรรณ หมั่นแกลั่วกั้ววิชิต (2551) ที่พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_{pb} = 0.303, p < 0.001$ )

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้แก่ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และการยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส/ คู่รัก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน นั้นแสดงว่าความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจไม่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ซ้ำ อธิบายได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มที่มาฝากครรภ์ตามกำหนด และกลุ่มที่มาฝากครรภ์ล่าช้าส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนที่จะตั้งครรภ์คล้ายคลึงกัน คือกว่าร้อยละ 60 และกว่าร้อยละ 70 ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก และให้เหตุผลที่มาฝากครรภ์ล่าช้าส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 70 ไม่รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ ดิเรียน และต้องการปิดบังครอบครัว และยังพบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่กับสามีพอ ๆ กันคือประมาณครึ่งหนึ่ง ฉะนั้นการยอมรับหรือไม่ยอมรับของสามีจึงไม่ส่งผลต่อการฝากครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในการศึกษาครั้งนี้

จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัว ชุมชน ตลอดจนการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีน้ำหนักและสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ช้าหลัง 12 สัปดาห์ สูงกว่าปัจจัยระดับบุคคลคือปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรดำเนินงานเชิงรุก ค้นหาหญิงวัยรุ่นทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษาที่ตั้งครรภ์โดยทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ประชาสัมพันธ์ให้มาฝากครรภ์ทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ ให้ความรู้และแนะนำให้เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ครั้งแรกภายในอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ รวมทั้งผลกระทบของการฝากครรภ์ล่าช้าที่อาจส่งผลกระทบต่อตัวหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์ได้

2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสร้างความตระหนัก สร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้มารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ ทักษะต่าง ๆ ของการดูแลแม่และเด็กที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดทำโครงการ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ในการดูแลตนเองเองขณะตั้งครรภ์ และรู้จักวางแผนครอบครัวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ช้าที่อาจเกิดขึ้น

3. สร้างเครือข่ายร่วมกันระหว่างโรงเรียน บ้าน ชุมชนและโรงพยาบาล โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน แกนนำหมู่บ้าน ครู และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนร่วมกันรณรงค์ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายในอายุครรภ์ 12 สัปดาห์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงโครงการ “ฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์” ในทุกช่องทาง มีบริการคลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น และติดตามเยี่ยมบ้านรวมทั้งประสานการดูแลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาซ้ำแบบ Case-control study โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมให้มีขนาดเพิ่มเป็นมากกว่า 1 เท่า เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ

2. ควรศึกษาไปข้างหน้า (Longitudinal study) โดยศึกษาติดตามกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก และเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงเพื่อลดอคติจากการถามปัจจัยเสี่ยงย้อนหลัง

3. ควรออกแบบการศึกษาในเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เน้นการป้องกันการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เนื่องจากใน

การศึกษานี้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีอายุน้อย และไม่ได้รับการศึกษาที่เพียงพอ  
และขาดความรู้ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และการมารับบริการฝากครรภ์ตามกำหนด

## บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย. (2558). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน*. เข้าถึงได้จาก [http://www.rh.anamai.moph.go.th/download/all\\_File/index/RH@2559.pdf](http://www.rh.anamai.moph.go.th/download/all_File/index/RH@2559.pdf).
- กรมอนามัย. (2559). *บทสรุปผู้บริหาร ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559*. เข้าถึงได้จาก [http://www.anamai.moph.go.th/download/all\\_file/index/actionplan\\_tp//the-National-Strategy-on-Prevention-and-Solution-of-Adolescent-Pregnancy-B.E.2560-2569 \(2017-2023\).pdf](http://www.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/actionplan_tp//the-National-Strategy-on-Prevention-and-Solution-of-Adolescent-Pregnancy-B.E.2560-2569 (2017-2023).pdf)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557)*. เข้าถึงได้จาก <http://bps.Ops.moph.go.th/Healthinformation/Statistic55/>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. เข้าถึงได้จาก [http://rh.anamai.go.th/all\\_file/index/teenage\\_Preg1.pdf](http://rh.anamai.go.th/all_file/index/teenage_Preg1.pdf)
- กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์. (2557). *ตำราวิจัยทางระบาดวิทยาสำหรับนิสิตแพทย์*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา. (2554). *รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่องปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2558). *สรุปผลการดำเนินงานแม่และเด็ก จังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ 2558*. นครปฐม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.
- งานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลกำแพงแสน. (2558). *สรุปผลการปฏิบัติงานแม่และเด็กประจำปีงบประมาณ 2558*. นครปฐม: โรงพยาบาลกำแพงแสน.
- จริยา เลิศอรชยมณี, ประดิษฐ์ สมประกิจ และอุบลรัตน์ สันตวัตร. (2544). *งานวิจัยทางคลินิก*. กรุงเทพฯ: ไพบูลศิลป์การพิมพ์.
- จิรภา หงส์ตระกูล. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.



- จิราพร กาญจนสาธิต และสุดถนอม ปิตตาทะโน. (2556). *ความต้องการบริการพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลสระบุรี*. เข้าถึงได้จาก <http://www.amsarthailand.utcc.ac.th/attachments/article/34/15%20Jiraporn%20thai.pdf>
- จิราภรณ์ ประเสริฐวิทย์. (2553). *ตะลึงสถิติแม่วัยโจ๋พุ่ง แค่ 11 ขวบตั้งท้องคลอดลูกแล้ว*. เข้าถึงได้จาก <http://www.loveat-1.stclick.com/02/article>
- จันทร์รัตน์ เจริญสันติ. (2554). *การคัดกรองภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ การช่วยเหลือ และการส่งต่อเพื่อรับการรักษา*. ใน อ่ำไพ จารุวัชรพานิชกุล (บรรณาธิการ), *ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 1 (ระยะตั้งครรภ์)*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐชา ชมศรีเมฆ, ภาณิต เทศ์ชบุตร และเด่นนพพร สุดใจ. (2555). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์*. *เวชเวทวาร*, 56(2), 133-1399.
- ดารารพงค์ ลังกาฟ้า. (2555). *ข้อคิดข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์*. เข้าถึงได้จาก <https://web.ku.ac.th/saranaroo/chap10a.htm>.
- ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, ศรุตยา รongเลื่อน, ราตรี ศิริสมบุญ. (2552). *การส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ*. หนังสือประกอบการประชุม วิชาการ การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อการดูแลภาวะคลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. หน้า 45-56.
- เดือนเพ็ญ ศิลปอนันต์. (2557). *ทำไมจึงมาฝากครรภ์: ทักษะของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี*. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 4(2), 125-134.
- ธารรัตน์ ลือชาคำ, พูลสุข หิงคานนท์, จรรยา สันตยากร และปกรณ์ ประจัญบาน. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 6(2), 25-34.
- ทัศนีย์ หล้าเนียม. (2553). *การศึกษาความชุกของการไม่มาฝากครรภ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ของมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพวรรณ ไชยประการ. (2556). *ปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย*. *โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา*. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 38(3), 173-178.

- เทพลักษ์ ศิริชนะวุฒิชัย, ศิริพร พรแสน และอรสวัสดิ์ รังสร้อย. (2552). ปัจจัยและเหตุผลของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ฉบับพิเศษ การประชุมทางวิชาการมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ครั้งที่ 5*, 28(2), 192-203.
- นงลักษณ์ ทองโต. (2552). ปัจจัยเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในประเทศไทย. *วารสารประชากร*, 3(1), 53-69.
- นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช. (2557). *คู่มือแนวทางการดูแลแม่วัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร. (2555). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในมารดาวัยรุ่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 21(2), 263-269.
- นิศารัตน์ พิทักษ์วัชร, วิทยา ถิฐาพันธ์ และชยวัฒน์ ผาติหัตถกร. (2552). *เวชศาสตร์ปริกำเนิดในเวชปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช.
- เนตรชนก แก้วจันทา, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, युภา ถาวรพิทักษ์, นิลุบล รุจิรประเสริฐ, อิงฉฉา โคนนารา และชมพูนุท กาบคำมา. (2557). ความชุกของภาวะซีมีเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(3), 207-220.
- บดินทร์ จักรแก้ว. (2555). ความเสี่ยงและการดูแลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 8, 160-172.
- บรรพจน์ สุวรรณชาติ และประภัสสร เอื้อลลิตชวงศ์. (2550). อายุของมารดากับผลของการคลอด. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 50, 4-47.
- บุญฤทธิ์ สุจริตน์. (2557). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- เบญจพร ปัญญาขง. (2553). *การทบทวนความรู้: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). *ระเบียบวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ปริญญา เอี่ยมสำอางค์. (2556). ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 8(1), 55-67.

- ปภาวิ ไชยรักษ์. (2558). *กระบวนการพัฒนาร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัย การเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2558-2562) ว่าด้วยการเกิดที่มีคุณภาพ*. เข้าถึงได้จาก <http://rh.anamai.moph.go.th/home.html>
- ปาหนัน พิษยัญญู. (2550). ความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ การสนับสนุนทางสังคมและการรู้สึกรู้สีกในการควบคุมการกระทำของตนเองต่อการฝากครรภ์อย่างพอเพียงในมารดาไทยครรภ์แรก, *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 11(2), 106-116.
- ปัญญา สนั่นพานิชกุล และยศพล เหลืองโสมนภา. (2558). การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น : ปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อทารก. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 32(2), 147-156.
- พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2552). *ความเชื่อ แบบแผน การดื่มและปัจจัยทำนาย การดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนไทยในเขตภาคตะวันออกเฉียง*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรนภา หอมสินธุ์. (2558). *แนวคิด และทฤษฎีสู่การปฏิบัติ: การป้องกันการสูบบุหรี่และดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- พัชรินทร์ ช่างเจรจา. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก* อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิกุล อุตธิยา. (2557). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่บ้านต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิชานัน หนุงษ์. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์และการมีบุตรของหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 2*. เข้าถึงได้จาก [www.hpc9.anamai.moph.go.th/research/index.php?option=com](http://www.hpc9.anamai.moph.go.th/research/index.php?option=com).
- พีระยุทธ สาณกุล และเพียงจิตต์ ธารไพโรสาณท์. (2551). *ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6*. *วารสารไทยเกษตรศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 3(1), 97-102.
- ภาวิน พัวพรพงษ์. (2556). *ก่อนในอุ้งเชิงกราน*. เข้าถึงข้อมูลได้จาก <http://guruobgyn.com>
- ภัทรวดี อัญชลีชไมกร. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย* โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปี 2551*, 21(1), 71-79.

- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แผนกฝากครรภ์ กรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 39(2), 161-172.*
- มนฤดี เตชะอินทร์ และพรณี ศิริวรรณภา. (2555). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. เข้าถึงได้จาก [http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com\\_content&view=article&id=742:adolescent\\_pregnancy](http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=742:adolescent_pregnancy).*
- มะลิวรรณ หมิ่นแก้วกล้าวิจิต. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดา และทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2553). *สสส. ตั้งเป้าปี 55 ลดแม่วัยรุ่น 20%. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th/node/17503>*
- ยุพิน พรสมุทรสินธุ์ และอัจฉริยา ภูมรินทร์. (2554). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยไม่ฝากครรภ์: โรงพยาบาลบ้านค่าย จังหวัดระยอง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 20(4), 629-638.*
- ยูกะ อีโนะ, จุฑาธิป ศีลบุตร และจิราพร ชมพิกุล. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับการให้บริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดนครปฐม ประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 9(2), 106-1166.*
- รัตนา เพชรพรรณ และเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์. (2556). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดและภาวะโภชนาการทารกแรกเกิดถึง 2 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 3. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30(4), 300-315.*
- โรงพยาบาลสายใยรัก ระบบรายงานเฉพาะกิจ. (2555). *จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์. เข้าถึงได้จาก <http://www.saiyairakhospital.com>.*
- วรรณมา คงสุริยะนาวิณ, เบญจวรรณ คุณรัตนารณ์ และกิตติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด. วารสารการพยาบาล, 25(1), 88-99.*
- วรรณรัตน์ สุวรรณ. (2556). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.*
- วิทยา ธิฐาพันธ์. (2553). *คู่มือตั้งครรภ์และเตรียมคลอดสำหรับคุณแม่ยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนกรุ๊ป.*

- วิทยา เชียงกุล. (2552). *จิตวิทยาวัยรุ่น. ก้าวข้ามปัญหา และพัฒนาศักยภาพด้านบวก*. กรุงเทพฯ: สายธาร.
- วิฑิตา สุขท้าวญาติ. (2551). *บทเรียนที่ได้จากการสะท้อนคิดของนักเรียนหญิงที่ออกกลางคัน เนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิโรจน์ อารีย์กุล และ ไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ. (2553). *การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และภาควิชาเวชศาสตร์ ทหารและชุมชนวิทยาลัย แพทย์ศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- แหวดาว พิมลธเรศ. (2555). *อุบัติการณ์การตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นใน โรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 29(4), 301-311.*
- สมนึก จิรายุส. (2551). *ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการรกแรกเกิดน้ำหนักรตัวน้อยและการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ดี. ขอนแก่นเวชสาร, 32(5), 121-127.*
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, กิมาพร ชมะณะรงค์, สุรนาท ชมะณะรงค์ และเจษฎา ถิ่นคำรพ. (2551). *ปัจจัยทำนายการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 31(2), 1-8.*
- สภากาพยาบาล. (2555). *ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน*. เข้าถึงได้จาก [http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-125/\\_20344.pdf](http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-125/_20344.pdf).
- สอาดะ พันธุสะ. (2552). *พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สายใจ โนมิตกุลพร. (2555). *การฝากครรภ์และพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับ บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพร แก้วศิริวรรณ. (2556). *การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2538). *รูปแบบเชิงสาเหตุของความสามารถในการดำรงบทบาทมารดา เป็นครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุภาวดี พันธุมาศ. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยรุ่นครรภ์แรก จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชานามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2551). *พัฒนาการและการปรับตัวในวัยรุ่น*. เข้าถึงได้จาก [www.dekplus.org](http://www.dekplus.org).
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2553). *วัยรุ่นกับเพศสัมพันธ์*. เข้าถึงได้จาก <http://www.nicfd.cf.mahidol.ac.th/th/images/documents/>
- สุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์. (2553). *ผลกระทบของการเสพสารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์*. เข้าถึงได้จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=796>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สถิติสาธารณสุข 2551*. เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แผนพัฒนาสาธารณสุข 4 ปี พ.ศ. 2556-2559*. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <http://www.bps.ops.moph.go.th/plan4year>.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *ระบบข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ*. เข้าถึงได้จาก <http://healthdata.moph.go.th/kpi/>
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2556). *แนวทางการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน พนักงานบริการหญิงและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. เข้าถึงได้จาก [http://rh.anamai.go.th/all\\_file/index/teenage\\_preg1.pdf](http://rh.anamai.go.th/all_file/index/teenage_preg1.pdf)
- ศรุตยา รongเลื่อน, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. (2555). *การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล*. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 3(2), 14-28.
- ศิริกุล อิศรานุกรักษ์ และปราณี สุทธิสุขนซ์. (2550). *การอบรมเลี้ยงดูเด็ก*. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 5(1), 105-118.
- ศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล. (2553). *การฝากครรภ์ Antenatal care*. ใน มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, และประเสริฐ ศันสนีย์วิทย์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราสูติศาสตร์*, กรุงเทพฯ: พี.เอ.ดีฟวิง.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2556). *แนวทางการปฏิบัติงานหน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด และวางแผนครอบครัว*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. (2558). การดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ. เข้าถึงได้จาก <http://www.hpc4.go.th>.
- อนามัยแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานตัวชี้วัดระดับกระทรวง ปีงบประมาณ 2557. เข้าถึงได้จาก <http://healthdata.moph.go.th/kpi/>
- อนันต์ คำแก้ว. (2557). ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น. เข้าถึงได้จาก <http://www.I3nr.org/posts/336092>
- อรัญญา วงศ์พิกุล, สินีนาถ โรจนานุกุลพงศ์ และอำพรพรรณ คำธนะฤทธิ. (2558). ฝากครรภ์ดีมีคุณภาพ ควรฝากก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์. เข้าถึงได้จาก <http://www.hpc.9.anamai.moph.go.th/images/pdf59/teen59/anc.pdf>
- อภิชัย มหารุ่งเรืองรัตน์. (2555). การเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นตอนต้นที่ฝากครรภ์ดีและฝากครรภ์ไม่ดี. *วชิรเวชสาร*, 56(1), 13-21.
- อัญญา พลดเปลื้อง, อัญชลี ศรีจันทร์ และสัญญา แก้วประพาพ. (2554) การสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น: กรณีศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารวิจัย มสค. สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(3): 11-20.
- อภาพร เผ่าวัฒนา. (2552). การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น: การมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน. กรุงเทพฯ: โนเบิล.
- อุ๋นใจ กอนันตกุล. (2551). การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง (เรียบเรียงครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- อรุณี พึ่งแพง. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอกชัย โควาวิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ และบุญศรี จันทร์รัชชกุล. (2554). การตั้งครรภ์ในมารดาวัยเสี่ยง. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช.
- เอี่ยมพร ราชภูติ, จันทร์รัตน์ เจริญสันติ และกรรณิการ์ กันธะรักษา. (2554). การวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลระนอง. *พยาบาลสาร*, 38(3), 20-29.
- Ajzen, I. (2006). Constructing a TpB questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.601.956&rep=rep1&type=pdf>

- Arthur, A., Unwin, S., & Mitchell, T. (2007). Teenage mothers' experiences of maternity services: a qualitative study. *British Journal of Midwifery*, 15(11), 672-7.
- Alderliesten, M. E., Vrijkotte, T. G., WAL, M. F., & Bonsel, G. J. (2007). Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnancy woman. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(10), 1232-9.
- Al-Sahab, B., Heifetz, M., Tamin, H., Bohr, Y., & Connoly, J. (2012). Prevalance and Characteristics of Teen Motherhood in Canada. *Journal of Meternal Child Health*, 16, 228-234.
- Any, S. E., Hydera, A., & Jaiteh, L. E. S., (2008). *Antenatal care in the Gambia: Missed opportunity for information, education and communication*. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/9>
- Auvsine, M. A., & Enriquez, M. G. (1990). *Comprehensive maternity nursing: Perinatal and women' s health* (2<sup>nd</sup> ed). Boston: Jones and Bartlett.
- Baker, E. C., & Rajasingam, D. (2012) *Using Trust databases to identify predictors of late booking for antenatal care within the UK*. *Public Health*, 112-6.
- Bandura, A. (1997). *Social Learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1998). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.
- Bloom, B.S. (1968). *Mastery leaning UCLA-CSEIP evaluation comment*. Los Angeles: Losangeles University of California.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-A social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Clark, M. J. (1996). *Nursing in the community* (2<sup>nd</sup> ed.). California: Appleton & Lange. Cobb, S. (1976). Social support as a moderation of life stress. *Psychosom Med*, 38, 300-314.
- Conklin, M. P. (2006). *The antithetical effects of matrix metalloproteinase inhibition on hippocampal plasticity between young-adult and Aged- Adult Rodent*. The degree of Doctor. Washington State University College of Veterinary Medicine.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. I., Hauth, J. C., Gilstrap, L. C., & Wenstrom, K., D. (2005). *Williams Obstrics*. (22<sup>nd</sup> ed). New York: Mc Graw-Hill. 10-1.



- Effendi, R., & Isaranurag, S. (2012). Factor related to regular utilization of antenatal care service among postpartum mothers in Pasar Rebo General Hospital Jakarta, Indonesia. *Journal of Public Health, 6*(1), 121-30.
- Eijk, A. M., Bles, H. M., Odhiambo, F., Ayisi, G., Blokland, I. E., Rosen, D. H., Adazu, K., Slutsker, L., & Lindblade, K. (2006). *Use of antenatal service and delivery care among Woman in rural western kenna: A community based survey*. Retrieved from <http://www.reproductive-health-journal.com/content/3/1/12>
- Erlindawati, C. J., Isaranurug, S., & Chompikul, J. (2008). Factor related to the utilization of antenatal care services among pregnant women at health centers in aceh besar district, Nanggroe aceh Darussalam province, Indonesia. *Journal of Public Health and Development, 6*(2), 99-108.
- Flay, B. R., & Petraitis, J. (1994). The Theory of Triadic Influence: A New Theory of Health Behavior with Implications for Preventive Interventions. *Advances in Medical Sociology, 4*, 19-44.
- Flay, B. R., Synder, F. J., & Petraitis, J. (2009). The theory of triadic. In R.J. DiClimente., R. A. Crosby, M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (pp.451-510). San Francisco: Jossey-Bass.
- Golden, C. (2006). *Mother's parenting stress and its relationship to their help-seeking behavior*. USA: Kent State University.
- Gosdin, M. (2010). *Postpartum depression: A sociocultural quantative and quaitative analysis of adolescent and adult hispanic mothers*. University of North Texas.
- Hsieh F.Y. (1989). Sample size tables for logistic regression. *Statistic in Medicine, 8*, 795-802.
- Isarranurug, S., Mo-Suwan, L., & Choprapawon, C. (2006). Differences in socio-economic status, service utilization, and pregnancy outcomes between teenage and adult mothers. *Journal Medical Association Thai, 89*(2), 145-151.
- Khanal, V., Cruz, J. N., Mishra, S. R., Karkee, R., & Lee, A. H. (2015). *Under-utilization of antenatal care services in Timor-leste: results from demographic and health survey 2009-2010*. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/submit>

- Khashan, A. S., Baker, P. N., & Kenny, L. C. (2010). *Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study*. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/36>
- Koravisarach, E., Chairaj, S., Tosang, K., Asavapiriyant, S., & Chotigeat, U. (2010). Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi hospital. *Journal of the medical Association of Thailand*, 93(1), 1-8.
- Lundy, K. S. & Jane, S. (2009). *Community health nursing caring for the public's health*. United States of America: Jones and Barlett Publishers, LLC.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar J., & Lwanya, S. K., (1990). *Adequate of Simple size in health studies*. New York: John Wiley & sons.
- Mead, M., Brooks, F., Windle, K., Kukielka, M., & Boyd, D. (2007). Evaluation of a midwifery support service for pregnant teenagers. *British Journal of Midwifery*, 13(12): 762-6.
- Molathegi, K. M. (2007). *Too young too know*. Nursing Update, 4, 56-58.
- Olsson, P., & Wijewardena, K. (2010). Unmarried woman's decisions on pregnancy termination: Qualitative interviews in Colombo. *Sri Lanka Sexual & Reproductive Healthcare*, 1, 135-141.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1984). The Concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 19(2), 127-140.
- Prasitlunkum, M. (2009). Risk of low birth weight and adverse pregnancy outcomes in adolescent pregnancies at Chainat hospital. *Thai Journal of Obstetrics Gynaecology*, 17, 93-7.
- Raj, A. D., Rabi, B., Amudha, P., Edwin, R. V. T., & Glyn, C. (2010). Factors associated with teenage pregnancy in south Asia: A systematic review. *Health Science Journal*, 4(1), 3-14.
- Tran, T. K., Gottvall, K., Nguyen, H. D., Ascher, H., & Petzold, M. (2012). *Factor associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexts-results from two health and demographic surveillance sites in Vietnam*. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/40>.
- UNICEF. (2009). *UNICEF' State of the world's children-2009: Maternal and born health*. Retrieved from [http://www.unicef.org/publications/index\\_47127.html](http://www.unicef.org/publications/index_47127.html)

- Vishnu, K., Jonia, L., Nunes, B., Da Cruz, S., Raj, M., Rajendra, K., & Andy, H. L. (2012). *Under-utilization of antenatal care services in Timor-Leste: results from Demographic and Health Survey 2009-2010*. Retrieved from Khanal et al. BMC pregnancy and Childbirth (2015) 15:211 DOI 10.1186/s12884-015-0646-5
- Watcharasseranee, N., Pinchantra, P., & Piyawan, S. (2006). The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi hospital. *Journal of the medical Association of Thailand*, 89(4), 118-23.
- Wei, W., & Yu, X. (2009). Study of Coping-competence among unmarried pregnant young woman in three big cites in Chaina. *Journal of Reproduction & Contraception*, 20(3), 183-194.
- Weiss, R. S. (1974). The Provisions of social relationship. In Z Rubin (ED.), *Doing Unto Other*. NJ: Prentice-Hall.
- World Health Organization [WHO]. (1995). Adolescent health and development: The key to the future. *Women's Internatiional Network New Spring*, 21(2), 38.
- World Health Organization [WHO]. (1998). *The World Health Report 1998 Life in the 21<sup>st</sup> century: a vision for all*. France: World Health Organization, 220-223.
- World Health Organization [WHO]. (2004). *Definition; Adolescent Pregnancy*. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization Geneva.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *World health statistics 2010 Genava*. Available from:URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets>
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>
- Ye, Y., Yoshida, Y., Rashid, H., & Sakamoto, J. (2010). Factors affecting the utilization of antenatal care services among women in Kham district, Xiengkhouang province, Lao PDR. *Nagoya Journal Medicine Science*, 72, 23-33.

ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**

**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย**



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน

Determinants of Late Start of Antenatal Care among Pregnant Teenagers in Community

ชื่อนิสิต นางทิพย์วรรณ โพธิ์ตา

รหัสประจำตัวนิสิต 55920221

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 08 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน

220 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง อำเภอสามพราน และ

อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 26 เดือน กันยายน พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**ภาคผนวก ข**

เอกสารชี้แจงผู้ปกครอง/ ผู้เข้าร่วมวิจัยและยินยอมเข้าร่วมวิจัย



## เอกสารชี้แจงผู้ปกครอง

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน”

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-092559

ชื่อผู้วิจัย นางทิพย์วรรณ โพธิ์ตา

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน บุตรในความปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้จะทำการเก็บข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการในเขตอำเภอเมือง อำเภอสามพราณ และอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 1 ชุด 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ 3) การรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์ 4) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ 5) เจตคติต่อการตั้งครรภ์ 6) การยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส/ คู่รัก ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 15-20 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับ อาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ แต่ข้อมูลจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการมาฝากครรภ์ช้าหรือไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไป

ในการเข้าร่วมการวิจัยของครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากบุตรในความปกครองของท่านรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะตอบแบบสอบถาม สามารถตอบปฏิเสธได้ โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อใคร ๆ ทั้งสิ้น และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ถ้าท่านยินยอมอนุญาตให้บุตรของท่านเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขอความกรุณาให้ท่านลงนามยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางทิพย์วรรณ โปธิดา หมายเลขโทรศัพท์ 08-6534-7482 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวสณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หมายเลขโทรศัพท์ 08-8203-0061

นางทิพย์วรรณ โปธิดา  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วย อธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อ ช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มตัวอย่าง)

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน”

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-09-2559

ชื่อผู้วิจัย นางทิพย์วรรณ โปธิตา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้จะทำการเก็บข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการในเขตอำเภอเมือง อำเภอสามพราน และอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 1 ชุด 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ 3) การรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์ 4) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ 5) เจตคติต่อการตั้งครรภ์ 6) การยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส/ คู่รัก ครอบครัว และชุมชน โดยท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมแต่อย่างใด ทั้งนี้ ดิฉันขอความร่วมมือท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน และครอบครัว (ถ้ามี) ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 15-20 นาที

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 1 ชุด 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ 3) การรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์ 4) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ 5) เจตคติต่อการตั้งครรภ์ 6) การยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรส/ คู่รัก ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 15-20 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับ ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ แต่ข้อมูลจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันปัญหาการมาฝากครรภ์ช้าหรือไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไป

ในการเข้าร่วมการวิจัยของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะตอบแบบสอบถาม สามารถตอบปฏิเสธได้ โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อใคร ๆ ทั้งสิ้น และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า แต่หากท่านยินดีให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ ขอความกรุณาท่านลงนามยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางทิพย์วรรณ โพธิ์ตา หมายเลขโทรศัพท์ 08-6534-7482 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 08-8203-0061

นางทิพย์วรรณ โพธิ์ตา  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัย “ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์รุ่นในชุมชน”  
วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าไม่พอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วม  
โครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ  
จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้  
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ร่วมวิจัย  
(.....)

### ผู้ปกครองให้การรับรองเพื่อเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอม  
เพื่ออนุญาตให้บุตรหลานของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการนี้

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ ผู้แทน โดยชอบธรรม  
(.....)

ลงนาม.....พยาน  
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย  
(นางทิพย์วรรณ โพธิ์ตา)

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

## แบบสอบถาม

### เรื่อง “ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน”

#### คำชี้แจง

ดิฉัน นางทิพย์วรรณ โพธิ์ตา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน” การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้จะทำการเก็บข้อมูลในมารดาวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง อำเภอสามพราน และอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

จึงขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ ขอให้ท่านอ่านคำชี้แจงในแต่ละตอนให้เข้าใจ และทำแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน โดยผู้วิจัยจะกำหนดเลขรหัสประจำตัวของท่าน แบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วจะถูกเก็บมิดชิด มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะได้อ่านและรับทราบข้อมูล ผลการศึกษาที่ได้จะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมมิได้เป็นการรายงานรายบุคคล และจะไม่มีเปิดเผยรายชื่อท่านแก่บุคคลอื่นทราบในทุกกรณี แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 6 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบวัดความตั้งใจในการตั้งครรภ์
- ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์
- ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์
- ส่วนที่ 5 แบบวัดเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์
- ส่วนที่ 6 แบบวัดการยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส/ คู่รัก ครอบครัว และชุมชน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

2. สถานภาพสมรส

( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า/แยก ( ) คู่และอยู่กับสามี ( ) คู่ไม่ได้อยู่กับสามี

3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย  
( ) อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตร ( ) ปริญญาตรี  
( ) อื่น ๆ ระบุ.....

4. ระดับการศึกษาสูงสุดของสามี

( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย  
( ) อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตร ( ) ปริญญาตรี  
( ) อื่น ๆ ระบุ.....

5. อาชีพของท่าน

( ) แม่บ้าน/ ไม่มีอาชีพ ( ) นักเรียน/นักศึกษา  
( ) ค้าขายหรือประกอบอาชีพส่วนตัว ( ) เกษตรกรรม  
( ) ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ( ) รับจ้าง/ อื่น ๆ (ระบุ).....

6. อาชีพของสามี

( ) ว่างาน ( ) นักเรียน/นักศึกษา  
( ) ค้าขายหรือประกอบอาชีพส่วนตัว ( ) เกษตรกรรม  
( ) ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ( ) รับจ้าง/ อื่น ๆ (ระบุ).....

7. รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน.....บาท (โดยไม่หักค่าใช้จ่าย)

8. ความพอเพียงของรายได้

( ) รายได้พอใช้ ( ) รายได้ไม่พอใช้

9. สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล

( ) ไม่มี ( ) มี ( ) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( ) ประกันสังคม ( ) อื่น ๆ .....

## 10. ประวัติการคุมกำเนิด

( ) เคย แต่คุมไม่สม่ำเสมอ ( ) เคย และคุมอย่างสม่ำเสมอ

## 11. ในระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งนี้ท่านมีการโยกย้ายหรือเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยหรือไม่

( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ) ย้ายมาจาก.....

## 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการฝากครรภ์และประวัติการคลอด

1. การตั้งครรภ์ครั้งนี้ เป็นลำดับที่.....

2. ประวัติการแท้งบุตร ( ) ไม่มี ( ) มี จำนวน.....ครั้ง

3. จำนวนบุตรของท่านที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน มีจำนวน.....คน

4. ท่านเคยได้รับคำแนะนำให้มาฝากครรภ์บ้างหรือไม่

( ) ไม่เคย ( ) เคย จากใครบ้าง (ระบุ).....

5. สถานที่ฝากครรภ์ (ระบุ).....

6. อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก.....สัปดาห์ อายุครรภ์ปัจจุบัน.....สัปดาห์

7. จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์.....ครั้ง

8. เหตุผลที่ท่านมาฝากครรภ์ เพราะ.....

9. ท่านมาฝากครรภ์ช้า (อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์) ท่านมีเหตุผลใด.....

## ส่วนที่ 2 แบบวัดความตั้งใจในการตั้งครรภ์

คำชี้แจง แบบวัดนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับการวางแผนที่จะตั้งครรภ์ในครั้งนี โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงช่องเดียว

1. ท่านวางแผนที่จะมีบุตรครั้งนี้หรือไม่

( ) วางแผน

( ) ไม่ได้วางแผน



### ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้ต้องการทราบถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับการมาฝากครรภ์ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ( ✓ ) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงช่องเดียว โดยความคิดเห็นแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ไม่มั่นใจเลยว่าจะไปรับบริการฝากครรภ์
ค่อนข้างไม่มั่นใจ	หมายถึง	ไม่ค่อยมั่นใจว่าจะไปรับบริการฝากครรภ์
ค่อนข้างมั่นใจ	หมายถึง	มั่นใจว่าจะอาจจะไปรับบริการฝากครรภ์
มั่นใจมาก	หมายถึง	มั่นใจว่าจะไปรับบริการฝากครรภ์แน่นอน

ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถไปฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์แรก เมื่อรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ได้ ถ้าแม้ว่าฉันจะ.....	ไม่มั่นใจ เลย	ค่อนข้าง ไม่มั่นใจ	ค่อนข้าง มั่นใจ	มั่นใจมาก
1. รู้สึกกังวลใจ				
2. รู้สึกอาย				
3. รู้สึกแย่				
4. รู้สึกกลัว				
5. ...				
6. ...				
7. ...				
8. ...				
9. ...				
10. ...				
11. มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย				
12. อยู่ตามลำพัง				
13. ไม่รู้จักแหล่งบริการ/ โรงพยาบาลที่จะไป				

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. การฝากครรภ์ครั้งแรกควรมาพบแพทย์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์		
2. หญิงตั้งครรภ์ควรมาฝากครรภ์ครั้งแรกทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์		
3. ...		
4. ...		
5. ...		
6. ...		
7. ...		
8. ...		
9. การฝากครรภ์ คือ การขึ้นทะเบียนเพื่อจองคลอดในโรงพยาบาล		
10. การฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจเพื่อการคลอด		

### ส่วนที่ 5 แบบวัดเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

โดยความคิดเห็นแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	รู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้อย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	รู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	รู้สึกไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	รู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนี้

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านรู้สึกดีใจเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์					
2. ท่านรู้สึกว่า การตั้งครรภ์ทำให้ท่านปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันมีความยุ่งยากมากขึ้น ทั้งเรื่องการกิน การนอน การทำงาน					
3. ท่านรู้สึกว่า การตั้งครรภ์ทำให้รูปร่างของ ท่านไม่ดีเหมือนเดิม					
4. ...					
5. ...					
6. ...					
7. ...					
8. ...					
9. ...					
10. ท่านคิดว่าการฝากครรภ์เป็นการเสียเวลา					
11. ท่านคิดว่าการฝากครรภ์ทำให้ได้รับ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์					
12. ท่านคิดว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับการมา ฝากครรภ์ คือ การได้คลอดบุตรที่โรงพยาบาล					

ส่วนที่ 6 แบบวัดการยอมรับการตั้งครรภ์ของกลุ่มสตรี/ คู่รัก ครอบครัว และชุมชน

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

โดยการยอมรับแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ไม่ยอมรับเลย หมายถึง ไม่มีใครยอมรับการตั้งครรภ์เลย

ค่อนข้างยอมรับไม่ได้ หมายถึง ยอมรับการตั้งครรภ์ได้น้อย

เฉย ๆ หมายถึง ไม่แสดงความรู้สึกใด ๆ เลย

ค่อนข้างยอมรับได้ หมายถึง ยอมรับการตั้งครรภ์ได้บ้าง

ยอมรับได้มาก หมายถึง ยอมรับการตั้งครรภ์ได้มาก

ข้อความ	ไม่ยอมรับเลย	ค่อนข้างยอมรับไม่ได้	เฉย ๆ	ค่อนข้างยอมรับได้	ยอมรับได้มาก
1. คู่สมรสหรือคู่รักของท่านได้แสดงออกว่ายอมรับหรือสนับสนุนการตั้งครรภ์ของท่านครั้งนี้มากน้อยเพียงใด					
2. ...					
3. ...					

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของคะแนนรายชื่อของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การฝากครรภ์ครั้งแรกควรมาพบแพทย์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์	214 (97.3)	6 (2.7)
2. หญิงตั้งครรภ์ควรมาฝากครรภ์ครั้งแรกทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์	212 (96.4)	8 (3.6)
3. ...	190 (86.4)	30 (13.6)
4. ...	202 (91.8)	18 (8.2)
5. ...	212 (96.4)	8 (3.6)
6. ...	193 (87.7)	27 (12.3)
7. ...	179 (81.4)	41 (18.6)
8. ...	205 (93.2)	15 (6.8)
9. การฝากครรภ์คือ การขึ้นทะเบียนเพื่อจองคลอดในโรงพยาบาล (ข้อผิด)	103 (46.8)	117 (53.2)
10. การฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจเพื่อการคลอด	195 (88.6)	25 (11.4)

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของคะแนนรายชื่อของแบบวัดเจตคติต่อการตั้งครรรค์ และการฝากครรรค์

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ท่านรู้สึกดีใจเมื่อทราบว่าตั้งครรรค์ (+)	88 (40)	85 (38.6)	42 (19.1)	2 (9)	3 (1.4)
2. ท่านรู้สึกว่า การตั้งครรรค์ทำให้ท่าน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความยุ่งยาก มากขึ้น ทั้งเรื่องการกิน การนอน การทำงาน (-)	16 (7.3)	41 (18.6)	28 (12.7)	101 (45.9)	34 (15.5)
3. ท่านรู้สึกว่า การตั้งครรรค์ทำให้ รูปร่างของท่านไม่ดีเหมือนเดิม (-)	7 (3.2)	57 (25.9)	36 (16.4)	88 (40.0)	32 (14.5)
4. ...	24 (10.9)	29 (13.2)	55 (25.0)	76 (34.5)	36 (16.4)
5. ...	4 (1.8)	10 (4.5)	14 (6.4)	99 (45.0)	93 (42.3)
6. ...	37 (16.8)	62 (28.2)	48 (21.8)	53 (24.1)	20 (9.1)
7. ...	51 (23.2)	96 (43.6)	38 (17.3)	26 (11.8)	9 (4.1)
8. ...	69 (31.4)	82 (37.3)	44 (20.0)	14 (6.4)	11 (5.0)
9. ...	139 (63.2)	64 (29.1)	9 (4.1)	5 (2.3)	3 (1.4)
10. ท่านคิดว่าการฝากครรรค์เป็น การเสียเวลา (-)	85 (38.6)	93 (42.3)	23 (10.5)	16 (7.3)	3 (1.4)

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
11. ท่านคิดว่าการฝากครรภ์ทำให้ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนใน ระยะตั้งครรภ์ (+)	68 (30.9)	72 (32.7)	60 (27.3)	16 (7.3)	4 (1.8)
12. ท่านคิดว่าสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับ การมาฝากครรภ์คือการได้คลอดบุตร ที่โรงพยาบาล (+)	60 (27.3)	95 (43.2)	34 (15.5)	21 (9.5)	10 (4.5)

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของคะแนนรายชื่อของแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์

ข้อความ	ไม่มั่นใจเลย	ค่อนข้างไม่มั่นใจ	ค่อนข้างมั่นใจ	มั่นใจมาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. รู้สึกกังวลใจ	29 (13.2)	58 (26.4)	80 (36.4)	53 (24.1)
2. รู้สึกอาย	25 (11.4)	65 (29.5)	67 (30.5)	63 (28.6)
3. รู้สึกเข้	29 (13.2)	57 (25.9)	76 (34.5)	58 (26.4)
4. รู้สึกกลัว	33 (15.0)	54 (24.5)	72 (32.7)	61 (27.7)
5. ...	33 (15.0)	60 (27.3)	72 (32.7)	55 (25.0)
6. ...	40 (18.2)	56 (25.5)	70 (31.8)	54 (24.5)
7. ...	40 (18.2)	51 (23.2)	76 (34.5)	53 (24.1)
8. ...	48 (21.8)	50 (22.7)	62 (28.2)	60 (27.3)
9. ...	46 (20.9)	41 (18.6)	66 (30.0)	67 (30.5)
10. ...	26 (11.8)	53 (24.1)	81 (36.8)	60 (27.3)
11. มีปัญหาเรื่อง ค่าใช้จ่าย	34 (15.5)	54 (24.5)	80 (36.4)	52 (23.6)
12. อยู่ตามลำพัง	40 (18.2)	54 (24.5)	71 (32.3)	55 (25.0)
13. ไม่รู้จักแหล่งบริการ/ โรงพยาบาลที่จะไป	41 (18.6)	46 (20.9)	63 (28.6)	70 (31.8)



ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ .ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี สาขาวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. รองศาสตราจารย์พริษา สุขศรี สาขาวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ลีลักษณ์วีระ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์ กลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัว และผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฤดี ปุ๋นบางกระดี ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล