

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

อารีชา สมรูป

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

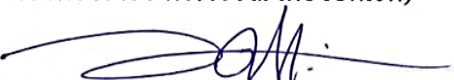
ธันวาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ อารียา สมรูป ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

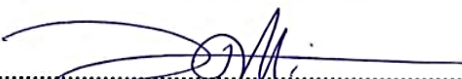

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

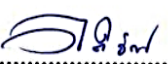

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณทนา สุภสีมานนท์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณทนา สุภสีมานนท์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

วันที่ ๒๖ เดือน มค. พ.ศ. ๖๖

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์
จากมหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ 2561

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณทนา ศุภสิมานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น แนะนำแนวทางต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนเป็นกำลังใจในยามที่ลูกศิษย์มีความท้อใจ อาจารย์เป็นผู้ชี้แนะสว่างให้แก่ลูกศิษย์ เป็นผู้ที่อุทิศตนให้แก่ลูกศิษย์อย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย พระคุณของอาจารย์มากเกินกว่าจะหาคำเปรียบได้ จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงพกา คงวัฒนานนท์ ประธานกรรมการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางละมุง ฝ่ายการพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในแผนกหลังคลอด และแผนกวางแผนครอบครัวทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ 2561 ที่ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัยทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณทุน โครงการพัฒนาผู้มีความพร้อมในการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา เพื่อเป็นอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (โครงการต้นกล้าอาจารย์) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ครั้งที่ 2/ 2559 ที่ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการศึกษาทุกภาคการศึกษา และค่าใช้จ่ายประจำเดือน และมอบโอกาสให้ได้รับการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาจนประสบความสำเร็จ

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาตราบนทุกวันนี้

อารียา สมรูป

59910191: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์; พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คำสำคัญ: ความรู้/ทัศนคติ/อิทธิพลของบุคคลสำคัญ/ยาฝังคุมกำเนิด/มารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

อาเรีย สมรูป: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก (FACTORS INFLUENCING POSTPARTUM CONTRACEPTIVE IMPLANT USE AMONG PRIMIPAROUS ADOLESCENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรณิ เดียวอิสเรศ, Ph.D., วรณทนา สุภสีมานนท์, Ph.D. 83 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดคือ ยาฝังคุมกำเนิด แต่พบว่า อัตราการใช้ยาฝังคุมกำเนิดยังต่ำ การวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรกที่พักฟื้นแผนกหลังคลอดหรือมารับบริการแผนกวางแผนครอบครัว ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลบางละมุง จำนวน 134 ราย แบ่งเป็นมารดาที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดและไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดกลุ่มละ 67 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอด แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด แบบสอบถามทัศนคติต่อยาฝังคุมกำเนิด และแบบสอบถามอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อิทธิพลของบุคคลสำคัญ (AOR = 1.11, 95 % CI = 1.05-1.17) โดยกลุ่มตัวอย่างที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้ยาฝังคุมกำเนิดมากจะมีการใช้ยาฝังคุมกำเนิดเป็น 1.11 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้ยาฝังคุมกำเนิดน้อย ส่วนความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด ทัศนคติต่อยาฝังคุมกำเนิด และการวางแผนมีบุตร พบว่า ไม่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์และบุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานแผนกหลังคลอดและวางแผนครอบครัว ควรส่งเสริมให้บุคคลที่มีความสำคัญต่อมารดาวัยรุ่นมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่มารดาวัยรุ่น เพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีการใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอดและป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่อาจเกิดขึ้นได้

59910191: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S. (MIDWIFERY)

KEYWORD: KNOWLEDGE/ ATTITUDE/ INFLUENCE OF IMPORTANT PERSONS/

CONTRACEPTIVE IMPLANTS/ PRIMIPAROUS ADOLESCENT MOTHERS

AREEYA SOMROOP: FACTORS INFLUENCING POSTPARTUM CONTRACEPTIVE IMPLANT USE AMONG PRIMIPAROUS ADOLESCENTS. ADVISORY COMMITTEE: WANNEE DEOISRES, Ph.D., WANTANA SUPPASEEMANONT, Ph.D. 83 P. 2018.

Contraceptive implants are the effective contraceptive of choice for postpartum adolescents. However, the use of contraceptive implants among adolescents is still low. This case-control study research aimed to determine factors influencing the use of postpartum contraceptive implants among primiparous adolescent mothers. The research participants were 134 primiparous adolescent mothers who were admitted at postpartum ward or who visited family planning department at Banglamung hospital and Queen Savang Vadhana Memorial hospital. They were recruited in the study by using convenience sampling technique. The research instruments were the personal information questionnaire, and the postpartum contraceptive implants record form, the knowledge on contraceptive implants questionnaire, the attitude toward contraceptive implants questionnaire, and the influence of important persons toward contraceptive implants use questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis.

The results revealed that factor that significantly influenced the use of postpartum contraceptive implants was the influence of important persons (AOR = 1.11, 95 % CI = 1.05-1.17). It was indicating that participants who had high influences of important persons were 1.11 times more likely to use contraceptive implants than in those with low influence of important persons. Knowledge of contraceptive implants, attitude toward contraceptive implants, and plan more children were found to have no significant influence on contraceptive implants use.

Findings of this study suggest that nurses and midwives at postpartum units and family planning clinic should include people who are important to adolescent mothers to participate in postpartum contraceptive counselling to increase the use of postpartum contraceptive implants and prevent repeated rapid pregnancies among adolescent mothers.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
การตั้งครุฑและการตั้งครุฑซ้ำอย่างรวดเร็วในวัยรุ่น	9
การคุมกำเนิดในวัยรุ่นและภายหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น	14
ยาฝังคุมกำเนิดและการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น	17
แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดและการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ในวัยรุ่น	19
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของวัยรุ่น	22
3 วิธีดำเนินการวิจัย	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	29
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องการวิจัย	31
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	31
การเก็บรวบรวมข้อมูล	32
การวิเคราะห์ข้อมูล	33

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		
หน้า		
4	ผลการวิจัย.....	35
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	35
	ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสถิติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง	37
	ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่าง	38
	ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดา วัยรุ่นครรภ์แรก.....	39
5	สรุปและอภิปรายผล	41
	สรุปผลการวิจัย.....	41
	อภิปรายผลการวิจัย.....	42
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	45
	บรรณานุกรม	47
	ภาคผนวก	54
	ภาคผนวก ก.....	55
	ภาคผนวก ข.....	63
	ภาคผนวก ค.....	66
	ภาคผนวก ง	75
	ภาคผนวก จ	78
	ภาคผนวก ฉ	81
	ประวัติย่อของผู้วิจัย	83

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนของกลุ่มตัวอย่างแยกตามสถานที่เก็บข้อมูลและการใช้ยาฝังคุมกำเนิด..... 28
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดและไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล 36
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดและไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด จำแนกตามข้อมูลทางสูติกรรม 37
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดและไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด จำแนกตามข้อมูลด้านการคุมกำเนิด 38
5	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอด..... 40

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ รูปแบบที่ 1	20
3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ รูปแบบที่ 2	20
4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ รูปแบบที่ 3	21
5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ รูปแบบที่ 4	21

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จากข้อมูลสถิติสุขภาพโลกแสดงให้เห็นว่า อัตราการเกิดมีชีพเฉลี่ยทั่วโลกในกลุ่มที่มีอายุ 15-19 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006-2015 คิดเป็น 51 รายต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 ราย (United Nations Population Fund, 2016) ในขณะที่ประเทศไทยพบว่าอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในช่วง 14 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เพิ่มสูงขึ้นจาก 36 รายต่อประชากร 1,000 คน เป็น 53.4 รายต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 และลดลงในปี พ.ศ. 2556-2560 เป็น 51.1, 47.9, 44.8, 42.5 และ 39.6 รายต่อประชากร 1,000 คน ตามลำดับ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) แม้ว่าอัตราการตั้งครรภ์ในประเทศไทยจะลดลงแต่ก็ยังคงสูงกว่าตัวชี้วัดที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าต้องไม่เกินร้อยละ 10 ต่อประชากร 1,000 คน (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงยังคงเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อรุนแรงทั่วโลกในปัจจุบัน โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเป็นอันดับที่ 2 ของปัญหาการเสียชีวิตของวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ทั่วโลก เนื่องจากการตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของมารดาและทารกในครรภ์ด้วย องค์การอนามัยโลกจึงได้แนะนำให้วัยรุ่นควรมีการเว้นระยะการมีบุตร อย่างน้อย 2-5 ปี ไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว (Rapid repeat pregnancy) เพื่อสุขภาพที่ดีของมารดาและทารก ไปจนถึงลดอัตราการเสียชีวิตของทารกอีกด้วย (World Health Organization [WHO], 2014) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยยังพบว่าวัยรุ่นยังคงมีการตั้งครรภ์ซ้ำในอัตราที่สูงขึ้น ซึ่งสูงกว่าตัวชี้วัดที่สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัยกำหนดไว้ว่าร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีต้องไม่เกินร้อยละ 10 ต่อประชากร 1,000 คน โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี พบว่าร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 11.3 ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 12.8 ในปี พ.ศ. 2557 และลดลงเพียงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2558 เท่ากับร้อยละ 12.5 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ทั้งนี้พบว่าเกิดจากสองประเด็นหลักคือ การไม่ได้ตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำและการไม่ได้รับการบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ (ฤดี ปุงบางกะดี และเอมพร รตินทร, 2557) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

การคุมกำเนิด โดยวิธีต่าง ๆ เช่น การใช้ยาฝังคุมกำเนิดหรือห่วงอนามัยคุมกำเนิดนั้น เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและสามารถลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำได้

การไม่ได้รับการคุมกำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมก่อให้เกิดปัญหาตามมา โดยปัญหาที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซ้ำยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์อีกด้วย ด้านร่างกายมารดาพบว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะซีดหรือโลหิตจางเพิ่มขึ้น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น การตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ (Wilkie, Leung, Kumaraswami, Barlow, & Simas, 2016) ด้านจิตใจของมารดาพบว่า การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่ามารดาทั่วไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และด้านผลกระทบต่อทารกในครรภ์พบว่า ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) (Khashan, Baker, & Kenny, 2010) ทารกเจริญเติบโตในครรภ์ช้าส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเมื่อแรกเกิดและในระยะยาวได้ ซึ่งปัญหาสุขภาพของมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำที่กล่าวมานี้เป็นปัญหาสุขภาพที่มีจำนวนมากว่าบุคคลทั่วไป (WHO, 2018) นอกจากนี้ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2552 โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย พบว่า ร้อยละ 84.6 ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นครั้งแรก และครรภ์หลังเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และในปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 46.9 ไม่ได้ต้องการมีบุตรในขณะตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดการทำแท้งผิดกฎหมายและเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำแท้งตามมา ไปจนถึงปัญหาระดับครอบครัวและสังคมที่พบได้บ่อยคือ ปัญหาทารกถูกทอดทิ้งหรือการเลี้ยงดูทารกแบบไม่ดูแลเอาใจใส่ จนทำให้ทารกเติบโตมาเป็นปัญหาของสังคม โดยท้องค์กรต่าง ๆ ต้องยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือมากขึ้น (ศรุตยา รองเดือน, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์, 2555) ปัญหาทั้งหมดนี้เพียงเพราะมารดาวัยรุ่นไม่ได้คุมกำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพและไม่ตระหนักถึงการคุมกำเนิด

การคุมกำเนิดกึ่งถาวรเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย แนะนำให้ใช้ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอด หนึ่งในนั้นคือ การใช้ยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งสามารถคุมกำเนิดได้ในระยะยาว 3 ปี หรือ 5 ปี ขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของยาฝังคุมกำเนิด และสามารถกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์ได้อย่างรวดเร็วภายหลังหยุดใช้ (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012) โดยการเริ่มต้นคุมกำเนิดด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังแท้งทันทีจะส่งผลให้วัยรุ่นมีการใช้อย่างต่อเนื่อง 6 เดือน และ 12 เดือน ในอัตราที่สูง (Tocce, Sheeder, & Teal, 2012) และยังพบว่าการเริ่มต้นคุมกำเนิดด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดใน 8 สัปดาห์

สามารถลดโอกาสการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Damle, Gohari, McEvoy, Desale, & Gomez-Lobo, 2015) ซึ่งอัตราการล้มเหลวจากการใช้เพียงแคร็อยละ 1 เท่านั้น

วิธีการฝังยาคุมกำเนิดจึงได้จัดเข้าร่วมอยู่ในนโยบายเรื่องการให้บริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น ซึ่งกรมอนามัยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดขึ้นโดยเริ่มต้นในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 โดยให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี สามารถเข้ารับบริการฝังยาคุมกำเนิดได้ฟรี รวมไปถึงวัยรุ่นหลังคลอดหรือแท้งบุตรด้วย เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าถึงบริการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น (เรณู ชูนิล, กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง และบุญฤทธิ์ สุจริตน์, 2558) โดยมีเป้าหมายให้วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือแท้งบุตรต้องได้รับการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ร้อยละ 80 แต่จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2558-2559 รวมทั้งประเทศไทยได้รับการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรเพียงแคร็อยละ 43.93 และ 61.47 ตามลำดับ วัยรุ่นหลังคลอดทั้งหมด และจังหวัดชลบุรี ซึ่งมีการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นสูงเป็นลำดับต้น ๆ ของประเทศไทย แต่กลับพบว่าวัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรเพียงแคร็อยละ 25 และ 69.73 ในปี พ.ศ. 2558-2559 ตามลำดับ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย จึงสะท้อนให้เห็นว่าการให้บริการคุมกำเนิดยังไม่ครอบคลุมความต้องการของมารดาวัยรุ่น ซึ่งยังคงเป็นปัญหาที่ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดบางส่วนยังไม่ยอมรับการคุมกำเนิดจากโรงพยาบาล นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นก็ยังไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการมีความรู้ในการคุมกำเนิดหลังคลอดน้อย การขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือมีพฤติกรรมการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำวัยรุ่นตามมา (ฤดี ปุงบางกะดี และเอมพร รตินธร, 2557)

การที่วัยรุ่นจะเข้าถึงบริการและยอมรับการคุมกำเนิดของวัยรุ่นได้นั้น จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ได้มีการนำเสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้อง 4 ประการ คือ 1) นโยบายสนับสนุนการคุมกำเนิดในวัยรุ่น โดยการวัยรุ่นสามารถรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการให้คำปรึกษา รวมไปถึงให้บริการคุมกำเนิดโดยไม่มีค่าใช้จ่าย 2) เพิ่มการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น โดยการให้บริการที่เป็นมิตรและตอบสนองความต้องการคุมกำเนิดของวัยรุ่น โดยการให้คำปรึกษาเพื่อให้วัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ 3) เพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษา และการคุมกำเนิดที่ถูกต้องและเหมาะสมให้กับวัยรุ่น 4) สร้างบรรทัดฐานทางสังคมในการสนับสนุนการคุมกำเนิดให้กับวัยรุ่น โดยการสร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการยอมรับ

การคุมกำเนิดกับผู้ปกครองและครอบครัวของวัยรุ่น (Chandra-Mouli, McCarraher, Phillips, Williamson, & Hainsworth, 2014) จากแนวคิดทั้ง 4 ประการจะเห็นได้ว่า 2 ประการแรกนั้น ในประเทศไทยมีนโยบายและการบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น การบริการที่เป็นมิตรในการให้คำปรึกษา และสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการคุมกำเนิดแล้ว สำหรับปัจจัยอีก 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้และบรรทัดฐานทางสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับวัยรุ่นมากที่สุด ซึ่งจะนำไปสู่การคุมกำเนิดของวัยรุ่นนั้น พบว่า ด้านความรู้ สอดคล้องกับแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) ของ Schwartz (1975) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ที่ดีในเรื่องในใจจะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกหรือทัศนคติ ตลอดจนความชอบต่อเรื่องนั้น ๆ ด้วย ดังนั้น ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล ตลอดจนเมื่อบุคคลมีความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใดจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความพยายามที่จะปฏิบัติหรือทำงานนั้นให้ลุล่วงไปด้วยดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการศึกษาการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่นของ Bachorik, Friedman, Fox, Nucci, Horowitz, and Diaz (2015) ที่กล่าวว่าความรู้ และทัศนคติมีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดเช่นกัน

ด้านบรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งมาจากอิทธิพลของบุคคลสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อิทธิพลของบุคคลสำคัญของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิด เนื่องจากการคุมกำเนิดไม่ใช่เรื่องที่เป็นปัจเจกบุคคล แต่การที่มารดาวัยรุ่นจะคุมกำเนิดหรือไม่ยังขึ้นอยู่กับสังคมของมารดาวัยรุ่น บุคคลรอบข้างที่สำคัญซึ่งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย ซึ่งได้แก่ สามีหรือคู่อริ ครอบครัวของสามี ครอบครัวของมารดาวัยรุ่น และเพื่อน ล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นทั้งสิ้น ดังนั้น อิทธิพลของบุคคลสำคัญจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งภายหลังการคลอดของมารดาวัยรุ่น เริ่มมีการพูดคุยถึงการมีเพศสัมพันธ์ และการคุมกำเนิดภายในครอบครัวมากขึ้น มารดาของวัยรุ่นบางรายมีการช่วยเหลือวิธีการคุมกำเนิดและสนับสนุนให้มารดาวัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ (Wilson, Samandari, Koo, & Tucker, 2011) นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากสามีให้มีการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาว การปรึกษาหารือกันและสามีเห็นด้วยกับการคุมกำเนิดจะสามารถช่วยให้เกิดการยอมรับและมีการใช้วิธีการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวเช่นกัน (Abdisa & Mideksa, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ วินัส วัฒนธำรงค์ และคณะ (2560) ที่พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ มารดา เพื่อนสนิท และรองลงมาคือ สามี-คู่อริของมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Elias and Hailemariam (2015) ที่พบว่าการใช้

ยาฝึงคุมกำเนิดนั้น มาจากการปรึกษาหารือกับสามี ความเห็นพ้อง และยอมรับการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของสามี

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ การวางแผนมีบุตร เนื่องจากภายหลังคลอด 6 สัปดาห์ มารดาวัยรุ่นจะกลับมามีเพศสัมพันธ์กว่าร้อยละ 47 และมารดาวัยรุ่นบางส่วนมีความต้องการตั้งครรภ์อีกครั้ง โดยมารดาวัยรุ่นที่วางแผนจะมีบุตรหลังคลอดมักจะเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่มีการคุมกำเนิด (Lewis, Doherty, Hickey, & Skinner, 2010) แต่หากเป็นวัยรุ่นที่วางแผนเว้นระยะการมีบุตร 4 ปี จะยอมรับการคุมกำเนิดด้วยการใช้ยาฝึงคุมกำเนิด (Hubacher, Olawo, Manduku, & Kiarie, 2011)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยยังมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นเพิ่มขึ้น แต่การคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรของวัยรุ่นหลังคลอดยังคงต่ำกว่าเป้าหมาย แม้ในประเทศไทยจะพบการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการคุมกำเนิด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดนั้นยังพบค่อนข้างน้อย โดยงานวิจัยต่างประเทศส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดในวัยรุ่นทั่วไป (Bachorik et al., 2015; BIRTHANE et al., 2016) และปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (Abdisa & Mideksa, 2017; Elias & Hailemariam, 2015; Gultie, Hailu, & Workineh, 2016) สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาถึงความตั้งใจในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ (วินัส วัฒนธารงค์ และคณะ, 2560) และพบเพียงหนึ่งเรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา (สุนีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2560) ซึ่งอาจมีวัฒนธรรมและบริบททางสังคมที่แตกต่างจากสังคมเขตอุตสาหกรรมในจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยศึกษา

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก ตามแนวคิดของ Chandra-Mouli et al. (2014) แนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ของ Schwartz (1975) แนวคิดการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของ Bachorik et al. (2015) และปัจจัยอื่น ๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาแนวทางในการพัฒนานโยบายการส่งเสริมความรู้ และทักษะที่ดีต่อการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดหลังคลอดตามโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่อาจเกิดขึ้นและป้องกันผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้ และสามารถนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลแก่มารดาวัยรุ่น

หลังคลอดในการวางแผนครอบครัว และส่งเสริมให้มีการใช้ยาฝังคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อยาฝังคุมกำเนิด การวางแผนมีบุตร และอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

สมมติฐานของการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อยาฝังคุมกำเนิด การวางแผนมีบุตร และอิทธิพลของบุคคลสำคัญมีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Chandra-Mouli et al. (2014) แนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ ของ Schwartz (1975) และแนวคิดการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของ Bachorik et al. (2015) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศ และต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดของ Chandra-Mouli et al. (2014) มี 4 ประการ คือ

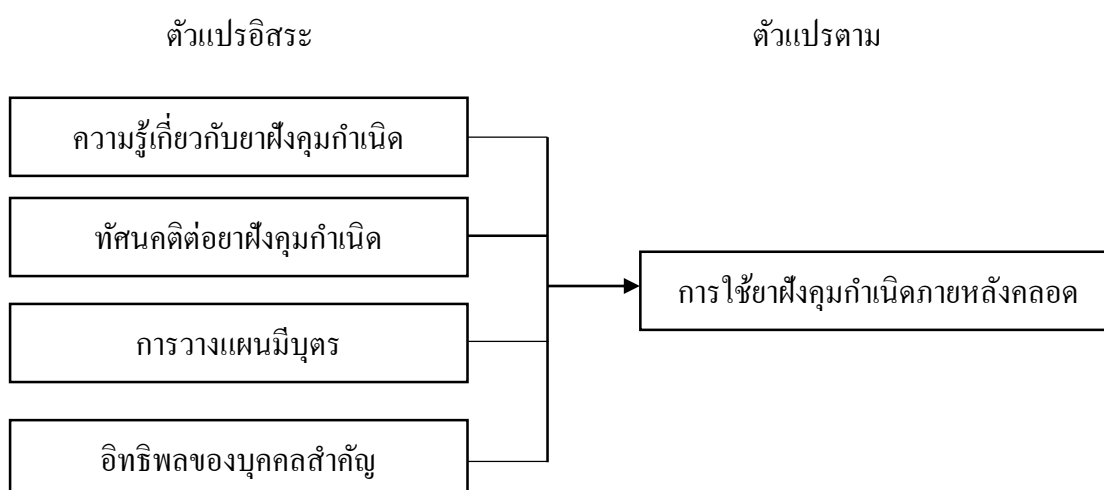
- 1) นโยบายสนับสนุนการคุมกำเนิดในวัยรุ่น รวมไปถึงให้บริการคุมกำเนิดโดยไม่มีค่าใช้จ่าย
- 2) เพิ่มการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น โดยการให้บริการที่เป็นมิตรและตอบสนองความต้องการคุมกำเนิดของวัยรุ่น
- 3) เพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษาและการคุมกำเนิดที่ถูกต้องและเหมาะสมให้กับวัยรุ่น
- 4) สร้างบรรทัดฐานทางสังคมในการสนับสนุนการคุมกำเนิดให้กับวัยรุ่น

จากแนวคิดทั้ง 4 ประการจะเห็นได้ว่า 2 ประการแรกนั้น ในประเทศไทยมีนโยบายและการบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น การบริการที่เป็นมิตรในการให้คำปรึกษา และสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการคุมกำเนิดแล้ว สำหรับปัจจัยอีก 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้และบรรทัดฐานทางสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับวัยรุ่นมากที่สุดซึ่งจะนำไปสู่การคุมกำเนิดของวัยรุ่นนั้น พบว่า ด้านความรู้ สอดคล้องกับแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติของ Schwartz (1975) รูปแบบที่ 2 คือ ความรู้และทักษะคิดต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทักษะคิดไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการศึกษาการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่นของ Bachorik et al. (2015) ที่กล่าวว่าความรู้และทักษะคิดมีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดเช่นกัน

ด้านบรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งมาจากอิทธิพลของบุคคลสำคัญในครอบครัวของมารดา วัยรุ่นหลังคลอด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เป็นความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ได้แก่ สามีหรือคู่รัก ครอบครัวของสามี และมารดามีความสัมพันธ์ กับความตั้งใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น โดยกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ มารดา และเพื่อน รองลงมาคือ สามีหรือคู่รัก ของมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ (วินัส วัฒนธำรงค์ และคณะ, 2560) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Abdisa and Mideksa (2017) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสามีให้มีการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาว การปรึกษาหารือกันและสามีเห็นด้วย กับการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการใช้วิธีการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวเช่นกัน

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบปัจจัยด้านมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เกี่ยวข้อง กับการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ การวางแผนมีบุตร เนื่องจาก มารดาวัยรุ่นบางส่วน มีความต้องการที่จะมีบุตรอีกครั้ง โดยมารดาวัยรุ่นที่วางแผนจะมีบุตรหลังคลอดมักจะเลือกใช้วิธีการ คุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่มีการคุมกำเนิด (Lewis et al., 2010) แต่หากไม่ได้วางแผนมีบุตร ในช่วงระยะเวลา 4 ปี ก็จะยอมรับการคุมกำเนิดด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิด (Hubacher et al., 2011)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ใช้แนวคิดของ Chandra-Mouli et al. (2014) แนวคิดความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติ ของ Schwartz (1975) และแนวคิดการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ของ Bachorik et al. (2015) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง กับการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่กล่าวไปแล้วข้างต้น กำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่พักฟื้นแผนกหลังคลอดหรือมารับบริการแผนกวางแผนครอบครัว 6 สัปดาห์ หลังคลอด ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 134 ราย โดยศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ ความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อยาฝังคุมกำเนิด การวางแผน มีบุตร และอิทธิพลของบุคคลสำคัญ
2. ตัวแปรตาม คือ การใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด หมายถึง การรู้จัก และความเข้าใจ เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ประกอบด้วย กลไกและระยะเวลาในการออกฤทธิ์ วิธีการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ข้อดีในการใช้ฝังคุมกำเนิด และอาการข้างเคียงของยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดของ สุพัตรา หน่ายสังขาร (2561)
2. ทักษะคิดต่อยาฝังคุมกำเนิด หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้ยาฝังคุมกำเนิดและการประเมินคุณค่าของผลจากการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรกในทางที่จะยอมรับหรือปฏิเสธ ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามเจตคติต่อการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิดของ วินัส วัฒนธำรงค์ (2560)
3. การวางแผนมีบุตร หมายถึง ความตั้งใจที่จะมีหรือไม่มีบุตรคนต่อไปในช่วงระยะเวลา 2 ปี ภายหลังจากคลอดบุตรคนแรกของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
4. อิทธิพลของบุคคลสำคัญ หมายถึง การสนับสนุนการเว้นระยะการมีบุตร โดยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอดของบุคคลที่มีความสำคัญกับมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก ได้แก่ สามีหรือคู่รัก ครอบครัวของสามี ครอบครัวของมารดาวัยรุ่น และเพื่อนสนิท ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของ วินัส วัฒนธำรงค์ (2560)
5. การใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น หมายถึง การที่มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกเลือกใช้หรือไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดในการคุมกำเนิดหลังคลอด ซึ่งประเมินได้จากแบบบันทึกการใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก ผู้วิจัยได้นำเสนอวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วในวัยรุ่น
2. การคุมกำเนิดในวัยรุ่นและภายหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น
3. ยาฝังคุมกำเนิดและการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น
4. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดและการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่น
5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของวัยรุ่น

การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วในวัยรุ่น

ความหมายของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent pregnancy หรือ Teenage pregnancy) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2014) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี

การตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วในวัยรุ่น (Rapid repeat pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 หรือมากกว่า ในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยเป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นภายใน 24 เดือน ภายหลังจากเคยสิ้นสุดการตั้งครรภ์มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ หมายถึง การแท้งเอง การทำแท้ง การตั้งครรภ์นอกมดลูก การคลอดก่อนกำหนด การตายคลอด หรือการคลอดครบกำหนด (Rowlands, 2010)

สถานการณ์การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ประมาณ 16 ล้านคนทั่วโลก มีจำนวนหนึ่งล้านคนที่ให้กำเนิดบุตรในทุกปี ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเป็นอันดับที่ 2 ของปัญหาการเสียชีวิตของวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ทั่วโลก การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงยังคงเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อรุนแรงทั่วโลก ซึ่งจากข้อมูลสถิติสุขภาพโลก แสดงให้เห็นว่า อัตราการเกิดมีชีพเฉลี่ยทั่วโลกในกลุ่มที่มีอายุ 15-19 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006-2015 คิดเป็น 51 รายต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 ราย และในแต่ละประเทศอัตราการเกิดมีชีพอยู่ในช่วง 1-299 รายต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 ราย (United Nations Population Fund, 2016)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยพบว่า อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในช่วง 14 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เพิ่มสูงขึ้นจาก 36 รายต่อประชากร 1,000 คน เป็น 53.4 รายต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 และลดลงในปี พ.ศ. 2556-2560 เป็น 51.1, 47.9, 44.8, 42.5 และ 39.6 รายต่อประชากร 1,000 คน ตามลำดับ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) แม้ว่าอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทยจะลดลงแต่ก็ยังคงสูงกว่าตัวชี้วัดที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าต้องไม่เกินร้อยละ 10 ต่อประชากร 1,000 คน (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ส่วนอัตราตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ซึ่งในประเทศไทยได้ใช้อัตราการคลอดในการติดตามการตั้งครรภ์ พบว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี อัตราการคลอดเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงปี พ.ศ. 2543-2555 อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน เพิ่มจาก 0.5 รายต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน เป็น 1.8 รายต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน ซึ่งสูงกว่าตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดในอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ไม่เกิน 1.4 รายต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน แต่หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2556-2560 อัตราการคลอด มีแนวโน้มลดลง เท่ากับ 1.7, 1.6, 1.5, 1.4 และ 1.3 รายต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน ซึ่งต่ำกว่าตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

อย่างไรก็ตามยังพบว่า มีปัจจัยจำนวนมากที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น ซึ่งพบว่า มีประเด็นหลัก 2 ประเด็น คือ การไม่ได้ตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำ และการไม่ได้รับบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ (ฤดี ปุ๋งบางกะดี และเอมพร รตินธร, 2557) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคุมกำเนิดโดยวิธีต่าง ๆ เช่น การใช้ยาฝังคุมกำเนิดหรือห่วงอนามัยคุมกำเนิดนั้น เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและสามารถลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำได้ถึงร้อยละ 80 แต่กลับพบว่า ภายหลังจากคลอดวัยรุ่นกลับมาอาศัยอยู่กับคู่อีกและมีเพศสัมพันธ์กัน โดยไม่ได้คุมกำเนิด ทำให้อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นนั้นเพิ่มสูงขึ้น (Maravilla, Betts, Cruz, & Alati, 2017) จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุขว่า อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นในประเทศไทยยังคงมีการตั้งครรภ์ซ้ำในอัตราที่สูงขึ้น ซึ่งสูงกว่าตัวชี้วัดที่สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กำหนดไว้ว่าร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีต้องไม่เกินร้อยละ 10 ต่อประชากร 1,000 คน โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี พบว่าร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 11.3 ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 12.8 ในปี พ.ศ. 2557 และลดลงเพียงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2558 เท่ากับร้อยละ 12.5 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การเจริญเติบโตทางร่างกายของมารดาวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งสรีรวิทยา ชีวเคมี และระบบฮอร์โมนยังไม่สมบูรณ์ และส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ การเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา รวมไปถึงการตั้งครรภ์ ดังนั้น การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจึงเป็นภาวะวิกฤตที่ซ้ำซ้อนกับภาวะวิกฤต อันเกิดจากการพัฒนาเข้าสู่วัยรุ่นจากการที่ต้องเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากเด็กวัยรุ่นเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา หากตั้งครรภ์ในช่วงอายุนี้อาจเกิดผลกระทบตามมามากมาย เพราะวัยรุ่นไม่พร้อมที่จะดูแลสุขภาพตนเองทั้งในระหว่างตั้งครรภ์หรือหลังคลอด จึงมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตได้ง่ายทั้งตัวมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งผลกระทบที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีดังนี้

1. ผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาวัยรุ่นทางด้านร่างกาย เนื่องจากร่างกายมารดาวัยรุ่นกำลังเจริญเติบโตและพัฒนาระบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง และระบบฮอร์โมนและอวัยวะสืบพันธุ์ยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ จึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้จากการตั้งครรภ์ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ดังนี้

1.1 ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive disorders) จากการศึกษาพบว่า ความชุกของการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ชนิด Pre-eclampsia และ Eclampsia ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ganchimeg et al., 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาเปรียบเทียบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับวัยผู้ใหญ่ที่พบว่า การตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในระดับที่รุนแรงมากกว่าการตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีอายุ 20-29 ปี (Shah, Prajapatib, & Sheneeshkumarc, 2012)

1.2 ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (Anemia) ส่งผลให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอ ระบบภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกายมีความสามารถในการตอบสนองลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย รวมทั้งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม หากมีภาวะโลหิตจางที่รุนแรง เช่น การแท้งคลอดก่อนกำหนด ตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น (Jusoh, Ismail, & Daud, 2015) สำหรับประเทศไทยพบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นคิดเป็น 2.38 เท่าของหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2547 ที่พบอุบัติการณ์ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าในหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ (ปัญญา สนั่นพานิชกุล และยศพล เหลืองโสมนภา, 2558)

1.3 การติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ (HIV infection and other sexually transmitted diseases) พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 0.8 มาเป็นร้อยละ 0.5 ในปี พ.ศ. 2556 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) แม้ว่าการศึกษาจะพบว่าการติดเชื้อ HIV ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ไม่แตกต่างจากหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (Kovavisarach, Chairaj, Tosang, Asavapiriyant, & Chotigeat, 2010) แต่ปัญหาการติดเชื้อ HIV ในขณะตั้งครรภ์ ก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่ควรได้รับการดูแลรักษาต่อไป ส่วนด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถพบได้บ่อยเช่นกันใน หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์แตกต่างกันไปและอาจเกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นและทารกในครรภ์ได้ ภาพรวมของประเทศไทยในการติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ อย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ในปี พ.ศ. 2555 พบการรายงานโรคหนองในมากที่สุด และพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี จำนวน 4,005 ราย อัตราป่วย 41.52 ต่อประชากรแสนคน (คารินทร์ อารีย์โชคชัย, 2558)

1.4 การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) หมายถึง การคลอดทารกที่มีอายุครรภ์ 20-37 สัปดาห์ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารก และเป็นสาเหตุของการนอนโรงพยาบาล ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในช่วงก่อนคลอด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การคลอดก่อนกำหนด จะพบ ในมารดาวัยรุ่นมากกว่าในมารดาผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาวัยรุ่นจะมีการคลอดบุตรน้อยกว่า 37 สัปดาห์ ถึงร้อยละ 24.3 และน้อยกว่า 34 สัปดาห์ ร้อยละ 7 (Sulaiman, Othman, Razali, & Hassan, 2013) ทั้งนี้สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดนั้นมักเกิดขึ้นเองประมาณ ร้อยละ 45 นอกจากนั้นมักเกี่ยวข้องกับการดูแลตัวเองที่ไม่เหมาะสมการกินอาหารและยาบำรุง ไม่ครบถ้วน รวมทั้งการมีเศรษฐฐานะที่ค่อนข้างต่ำกว่ามารดาผู้ใหญ่ (อำนาจ ทองสัมฤทธิ์, 2560)

1.5 การคลอดล่าช้า (Prolong labor) และภาวะคลอดยาก (Dystocia) ซึ่งทั่วโลก พบอัตราการคลอดติดขัดประมาณร้อยละ 3-6 ของมารดาวัยรุ่น สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการที่ภาวะ ช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก (Cephalopelvic disproportion) เนื่องจากการเจริญเติบโตของกระดูกเชิงกรานยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งศีรษะของทารกไม่สามารถผ่านช่องเชิง กราน ทำให้เกิดการคลอดล่าช้าตามมา (Shaikh, Shaikh, Shaikh, & Isran, 2012) เป็นผลให้มารดา วัยรุ่นมีอัตราการผ่าตัดเพิ่มขึ้นเนื่องจากไม่มีความก้าวหน้าของการคลอดถึงร้อยละ 18.18 และจาก ภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก ร้อยละ 10.1 (Yuce, Aker, Seval, Kalafat, & Soylemez, 2015)

1.6 ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต (Maternal morbidity and mortality) ส่วนใหญ่ จะพบภาวะทุพพลภาพและการตายของมารดาในประเทศกำลังพัฒนาได้สูงกว่าในประเทศพัฒนา แล้ว โดยพบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ สาเหตุสำคัญเกิดจากภาวะ ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ การตกเลือด ทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและภาวะติดเชื้อ (Neal et al., 2016) และหากไม่ได้รับการฝากครรภ์จะพบอุบัติการณ์เหล่านี้ได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริม อื่น ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำ

ระดับการศึกษา ระยะทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ขาดข้อมูลและการดูแลสุขภาพ ความพร้อมในการรับบริการสุขภาพ (WHO, 2016)

2. ผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาวัยรุ่นทางด้านจิตใจ เนื่องจากวิถีภาวะทางด้านจิตใจของวัยรุ่นที่ไม่สมบูรณ์ เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นจะมีความกลัวสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ อาจเกิดความคับข้องใจ ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่พบ มักเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากเด็กหญิงมาเป็นแม่ที่ต้องรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ในทันที ส่งผลให้ตัวหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความรู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง ประสบกับความเครียดและ โรคซึมเศร้า เนื่องจากไม่ได้เตรียมตัวสำหรับการใช้ชีวิตครอบครัวและเป็นแม่ ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น (วิวรรณ พงศ์พัฒนานนท์, 2559) สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การเกิดความเครียดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ ซึ่งพบความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 30 ความเครียดเกิดขึ้นได้ในทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์เช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และชุติมา ปัญญาพินิจนุกร, 2559) นอกจากนี้อาจส่งผลให้วัยรุ่นตัดสินใจทำแท้ง โดยหญิงวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปีลงมา มีปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และการทำแท้งที่สูงที่สุดมากกว่าผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์กลุ่มอายุอื่น ๆ (ศรุตยา รองเลื่อน และคณะ, 2555)

3. ผลกระทบต่อสุขภาพทารก รายงานการศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อสุขภาพทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดมากกว่าการตั้งครรภ์ในกลุ่มผู้ใหญ่ ไม่ว่าจะเป็น ทารกเกิดภาวะเครียดในครรภ์ (Kamini & Avvaru, 2014) ทารกคลอดก่อนกำหนด (น้อยกว่า 37 สัปดาห์) ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) (Ngowa, Kasia, Pisoh, Ngassam, & Noa, 2015) ทารกเจริญเติบโตในครรภ์ช้า พัฒนาการทางสมองหยุดชะงัก และเสี่ยงต่อการเกิดพัฒนาการล่าช้ามากกว่าวัยผู้ใหญ่ (Russel, 2010) ทารกตายปริกำเนิด ซึ่งพบมากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยในกลุ่มที่มีอายุ 16-17 ปี พบว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดทารกตายปริกำเนิดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอื่น และยังพบการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดในช่วง 8 วันหลังคลอดของกลุ่มมารดาวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มอื่นด้วยเช่นกัน (Ganchimeg et al., 2013)

4. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม (Economic and social consequences) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจในทางลบ ทั้งต่อตัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเอง และยังส่งผลต่อครอบครัวและชุมชนอีกด้วย วัยรุ่นที่เกิดการตั้งครรภ์อาจจำเป็นต้องออกจากการศึกษาที่ตนเองศึกษาอยู่ ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าวเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ถูกกดดันจากผู้บริหารสถานศึกษา ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนและคนในชุมชนเพราะทำผิดจารีตทางสังคม ถูกผู้ปกครองห้ามไปโรงเรียนเนื่องจากเห็นว่าเป็นความเสื่อมเสียของ ครอบครัว หรือมีความจำเป็นต้องออกจากโรงเรียนเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เป็นต้น (ทรงยศ พิลาสันต์, 2557) ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมี

การศึกษาน้อยหรือไม่จบการศึกษา ทักษะในการทำงานก็ลดลงตามไปด้วย ทำให้ลดโอกาสในการประกอบอาชีพที่ดีและมีรายได้สูงตามที่ต้องการ ทำให้มีรายได้ไม่พอจ่ายและไม่สามารถให้การเลี้ยงดูที่เหมาะสมกับบุตรได้ ก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวที่มีต่อคุณภาพชีวิตของแม่วัยรุ่นและลูก ตลอดจนเป็นภาระของภาครัฐที่ต้องดูแลแก้ไขปัญหา ซึ่งการคุ้มครองแม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทำให้ประเทศชาติยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในแต่ละรายต่อปีมากขึ้นกว่าเดิมที่ดูแลหญิงวัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (WHO, 2014)

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

องค์การอนามัยโลกจึงได้แนะนำให้วัยรุ่นควรมีการเว้นระยะการมีบุตรอย่างน้อย 2-5 ปี ไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว (Rapid repeat pregnancy) เพื่อสุขภาพที่ดีของมารดาและทารก ไปจนถึงลดอัตราการเสียชีวิตของทารก (WHO, 2014) เนื่องจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ทั้งในมารดาและทารกมากกว่าครรภ์แรก โดยผลกระทบด้านร่างกายของมารดา พบว่า มีโอกาสเกิดภาวะซีดหรือโลหิตจางเพิ่มขึ้น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น การตกเลือดหลังคลอด และการติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ (Wilkie et al., 2016) ด้านจิตใจของมารดาพบว่า การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่ามารดาทั่วไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่า การตั้งครรภ์ซ้ำส่งผลกระทบต่อทางด้านสังคมมากกว่าด้านสุขภาพร่างกายหรือสุขภาพจิตใจ หากวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำจะมีผลกระทบต่อทารกคนต่อไปเช่นกัน และด้านผลกระทบต่อทารกในครรภ์พบว่า ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) (Khashan et al., 2010) ทารกเจริญเติบโตในครรภ์ซ้ำส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเมื่อแรกเกิดและในระยะยาวได้ ซึ่งปัญหาสุขภาพของมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำที่กล่าวมานี้เป็นปัญหาสุขภาพที่มีจำนวนมากว่าบุคคลทั่วไป (WHO, 2018) แต่บางรายงานการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำมักมาจากปัญหาที่ไม่แตกต่างจากการตั้งครรภ์ครั้งแรก ไม่ว่าจะเป็นการเกิดภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ อัตราการผ่าตัดคลอด ไปจนถึงน้ำหนักของทารกแรกเกิด รายงานผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างกันน้อยมาก (Timur et al., 2016)

การคุมกำเนิดในวัยรุ่นและภายหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น

สถานการณ์การคุมกำเนิดของวัยรุ่นทั่วไป

การคุมกำเนิดเป็นวิธีการป้องกันไม่ให้มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นให้กับวัยรุ่นได้ดีที่สุด เนื่องจากวัยรุ่นมีปัจจัยเสี่ยงจำนวนมากที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมหรือการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ซึ่งมักเกิดสาเหตุมาจาก 2 เรื่อง คือ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ หรือเป็นความ

ล้มเหลวจากวิธีการคุมกำเนิดที่เลือกใช้ (ลำเจียก กำธร, 2557) โดยพบว่า วัยรุ่นจะมีการใช้การคุมกำเนิดขณะมีเพศสัมพันธ์ในสัดส่วนที่ต่ำ ไม่มีการป้องกัน หรือใช้การคุมกำเนิดที่ไม่สม่ำเสมอ โดยวิธีการคุมกำเนิดที่วัยรุ่นเคยใช้มากที่สุดถึงร้อยละ 94.7 คือ ถุงยางอนามัย ตามด้วยการหลั่งนอก ร้อยละ 59.7 การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 55.5 และยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ร้อยละ 22.9 (Abma & Martinez, 2017) แต่สำหรับกลุ่มวัยรุ่นการใช้ถุงยางอนามัย การหลั่งนอกและยาเม็ดคุมกำเนิดมักไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น ลืมกินยา การใส่และถอดถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจได้ เนื่องจากยาเม็ดคุมกำเนิดมีอัตราล้มเหลวในทางปฏิบัติถึงร้อยละ 8 และมีอัตราการคงใช้เพียงร้อยละ 46.7 เท่านั้นในการใช้เป็นระยะเวลา 1 ปี ส่วนถุงยางอนามัยมีอัตราล้มเหลวในทางปฏิบัติสูงถึงร้อยละ 15 เช่นกัน (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

อย่างไรก็ตามการที่วัยรุ่นเคยใช้วิธีการคุมกำเนิดต่าง ๆ ก็ไม่ได้ส่งผลถึงอัตราการใช้วิธีการคุมกำเนิดในปัจจุบัน ซึ่งจากการสำรวจพบว่ามีเพียงแค่ร้อยละ 28 เท่านั้นที่มีการคุมกำเนิด แต่อีก ร้อยละ 72 ของวัยรุ่นไม่มีการคุมกำเนิดในปัจจุบัน (The American Academy of Pediatrics, 2014) ด้วยเหตุผลที่ว่า การคุมกำเนิดจะทำให้ความต้องการทางเพศลดลงความรู้สึกในการมีเพศสัมพันธ์ไม่เป็นธรรมชาติ ไม่มีความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิด กังวลกับผลข้างเคียงของวิธีการคุมกำเนิด คู่ขนานไม่ต้องการให้ใช้ ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์ ไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่คิดว่าจะตั้งครรภ์ และไม่มีเวลาไปซื้อหรือรับบริการคุมกำเนิด (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย, 2556)

สถานการณ์การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น

จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. 2558-2559 รวมทั้งประเทศวัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรภายหลังการคลอดหรือแท้ง เพียงแค่ร้อยละ 43.93 และ 61.47 ตามลำดับของวัยรุ่นหลังคลอดทั้งหมด และในจังหวัดชลบุรีซึ่งมีการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นสูงเป็นลำดับต้น ๆ ของประเทศไทย แต่กลับพบว่าวัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรเพียงแค่ร้อยละ 25 และ 69.73 ในปี พ.ศ. 2558-2559 ตามลำดับ และโรงพยาบาลชลบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัดพบว่า ในปี พ.ศ. 2559 มารดาวัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรเพียงแค่ร้อยละ 68.75 เช่นเดียวกับโรงพยาบาลบางละมุงที่ได้รับเพียงร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่ใช้วิธีใด ๆ ในการคุมกำเนิดเลยร้อยละ 34 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) มารดาวัยรุ่นบางส่วนเลือกใช้การคุมกำเนิดวิธีอื่นที่มีประสิทธิภาพน้อยกว่า เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด การหลั่งนอกและไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ๆ ถึง ร้อยละ 19 (Wilson, Fowler, & Koo, 2013) ด้วยเหตุผลต่าง ๆ ที่ว่า ภายหลังคลอด

มารดาวัยรุ่นคิดว่าตนเองจะไม่มีเพศสัมพันธ์จึงหยุดการคุมกำเนิดและคุมกำเนิดไม่ต่อเนื่อง (Wilson et al., 2011) มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลับไปอยู่กับบิดาของบุตร หรือเพื่อนชาย และมารดาวัยรุ่นบางส่วนต้องการมีบุตรเพิ่ม จึงกลับมามีเพศสัมพันธ์อย่างรวดเร็วภายหลังคลอด โดยเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่มีการคุมกำเนิด (Lewis et al., 2010) การมีความรู้ในการคุมกำเนิดหลังคลอดน้อย มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคุมกำเนิดหลังคลอด โดยมีความเชื่อที่ผิด ๆ เกี่ยวกับประสิทธิภาพการคุมกำเนิด การมีพฤติกรรมการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ การขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ (ฤดี ปุงบางกะดี และเอมพร รตินธร, 2557)

หลักการคุมกำเนิดของวัยรุ่นทั่วไปและภายหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น

วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น คือ ถุงยางอนามัย เนื่องจากการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมไปถึงป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ ร่วมกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดควรเลือกชนิด ที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำ เพื่อลดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นสิวฝ้า น้ำหนักตัวไม่เพิ่มหรือเพิ่มน้อย ซึ่งจะทำให้มีการยอมรับมากขึ้น แต่หากไม่ได้ร่วมเพศเป็นประจำหรือคุมกำเนิดมาก่อนจะใช้วิธีคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ซึ่งสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดีหากใช้อย่างถูกต้องแต่ไม่เหมาะที่จะใช้เป็นประจำ สิ่งที่สำคัญก็คือวัยรุ่นต้องการคือ คำแนะนำปรึกษาเรื่องการใช่วิธีคุมกำเนิดต่าง ๆ อย่างถูกต้อง และเนื่องจากวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ได้มาก การใช้วิธีคุมกำเนิด 2 วิธี (Dual protection) คือ การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีอื่นอีก 1 วิธี เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด จะเพิ่มความมั่นใจในประสิทธิภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ได้มากยิ่งขึ้น (กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

สำหรับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้ให้คำแนะนำถึงทางเลือกแรกในการคุมกำเนิดควรเป็นวิธีการคุมกำเนิดประเภทกึ่งถาวร ได้แก่ ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด เนื่องจากมีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยสามารถคุมกำเนิดได้ในระยะเวลานานสูงสุดถึง 3 ปี หรือ 5 ปี ขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของยาฝังคุมกำเนิดและสามารถกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์ได้อย่างรวดเร็วภายหลังหยุดใช้ จึงมีความเหมาะสมสำหรับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดา (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012)

นโยบายการคุมกำเนิดในวัยรุ่น

ปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย นับวันจะทวีความรุนแรงสิ่งทีนำไปสู่ปัญหาสังคมและเป็นสาเหตุหลักของการป่วยและตาย

จากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อนโยบายนี้ จึงได้กำหนดนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวไม่พร้อมในวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย โดยการจัดให้มีระบบบริการสุขภาพทางเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์ วางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดที่เหมาะสมมีคุณภาพ เป็นมิตรและเข้าถึงได้ง่ายแก่วัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและสตรีตั้งครรภ์ โดยให้ความรู้รอบด้านเพื่อให้วัยรุ่นและสตรีตั้งครรภ์มีทางเลือกและตัดสินใจเองอย่างอิสระ ให้การศึกษาและการคุมกำเนิดหลังคลอดเพื่อป้องกันการท้องซ้ำ โดยการร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากนโยบายดังกล่าวสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งเริ่มต้นให้บริการตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 เป็นต้นไป โดยการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในวัยรุ่น ได้แก่ ห่วงอนามัย ซึ่งมีอัตราค่าบริการ 800 บาทต่อราย และยาฝังคุมกำเนิด 2,500 บาทต่อราย โดยให้บริการในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปที่ต้องการคุมกำเนิด และวัยรุ่นหลังคลอดหรือแท้งบุตรที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ในทุกสิทธิสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาทรักษาทุกโรค) สิทธิประกันสังคม หรือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ฟรี ไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยสามารถเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าถึงบริการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น เป็นการลดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการตั้งครรภ์ซ้ำ อีกทั้งเป็นแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการจัดบริการวิธีคุมกำเนิดที่หลากหลาย ซึ่งเป็นอีกทางเลือกเพิ่มจากถุงยางอนามัย และมีครอบคลุมความต้องการของวัยรุ่นมากขึ้น (เรณู ชูนิล และคณะ, 2558)

ยาฝังคุมกำเนิดและการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น

ยาฝังคุมกำเนิด

ปัจจุบันยาฝังคุมกำเนิด (Norplant implants) ชนิดหลอดเดี่ยวสามารถคุมกำเนิดได้เป็นระยะเวลา 3 ปี ถูกบรรจุอยู่ในหลอดปราศจากเชื้อที่ทำมาจากซิลิโคน ขนาดยาว 4 เซนติเมตร และมีเส้นผ่านศูนย์กลางเพียงแค่ 2 มิลลิเมตร (Pushpa, Sangita, Shivani, & Chitra, 2011) ประกอบไปด้วยฮอร์โมนสังเคราะห์ Progesterone (Progestogen) ปริมาณ 68 มิลลิกรัม ฮอร์โมนนี้จะซึมกระจายออกมาประมาณวันละ 60-70 ไมโครกรัม มีผลป้องกันการตั้งครรภ์ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการฝังยา โดยจะไปทำให้ไข่ของสตรีไม่พัฒนาและไม่สามารถเจริญเติบโตต่อไปจนตกไข่ได้ จึงไม่มีไข่ที่ตก

มาเพื่อรอสวมกับเชื้ออสุจิ นอกจากนี้ ฮอโมนนี้ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของมูกที่บริเวณปากมดลูกให้มีลักษณะเหนียวข้น มีปริมาณน้อย ซึ่งจะขัดขวางการเคลื่อนไหวกของเชื้ออสุจิ ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนที่ลดลง เชื้ออสุจิจึงไม่ผ่านเข้าไปผสมกับไข่ได้ โดยที่ระดับของฮอโมนจะสูงในช่วงแรก และค่อย ๆ ลดลงจนกระทั่งในระยะเวลาต่อมา แต่ระดับฮอโมนจะสูงคงอยู่เพียงพอสำหรับการคุมกำเนิด ภายหลังจากฝังยาคุมกำเนิด และยังคงมีผลในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้นาน 3 ปี (Isley, 2010) โดยจะฝังเข้าไปในระหว่างชั้นหนังแท้และชั้นไขมันผ่านทางเข็ม ด้วยวิธีที่ปราศจากเชื้อ ซึ่งไม่มีปฏิกิริยาต่อร่างกายและปลอดภัยกล่าวไม่สามารถสลายตัวได้เอง ดังนั้น เมื่อครบอายุการใช้งานจึงต้องเอาออกเมื่อครบกำหนด (Levinea, Sinofsky, & Chris, 2008)

อย่างไรก็ตาม การใช้ยาฝังคุมกำเนิดนั้นมีข้อห้ามที่ไม่สามารถฝังยาคุมกำเนิดได้ คือ ในรายที่ตั้งครรภ์หรือสงสัยว่าต้องครรภ์ มีประวัติโรคตับอักเสบ ดีซ่าน หรือมีโรคตับอยู่ในระยะดำเนินโรค มีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก (Kovalevsky & Barnhart, 2001) และภายหลังจากการฝังยาคุมกำเนิดแล้วอาจพบอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับประจำเดือน โดยเป็นความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดในช่วง 3 เดือนแรกคือ ไม่มีประจำเดือน (Amenorrhea) ประมาณร้อยละ 22.7 การมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ (Irregular) จะพบได้ประมาณร้อยละ 20.3 เลือดออกทางช่องคลอด กระปริดกระปรอย ร้อยละ 5.5 นอกจากนี้ยังอาจพบอาการอื่น ๆ ได้ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดท้องน้อย น้ำหนักเพิ่มขึ้น เป็นสิว มีนังง ซึมเศร้า เจ็บบริเวณที่ฝังยาคุมกำเนิด อารมณ์แปรปรวน อารมณ์ทางเพศลดลง เป็นต้น (Roberts, Morhason-Bello, Okunlola, & Adekunle, 2015)

การใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น

ยาฝังคุมกำเนิดเป็นหนึ่งในวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพที่สุด โดยมีอัตราการล้มเหลวจากการใช้เพียงแค่ร้อยละ 1 เท่านั้น แต่จากการสำรวจในมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 19 ปี ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ในปี ค.ศ. 2004-2013 มีการใช้ยาฝังคุมกำเนิดเพียงร้อยละ 5.3 ถึงร้อยละ 25.3 ตามลำดับเท่านั้น (Dee et al., 2017) ส่วนในประเทศไทยพบว่ามารดาวัยรุ่นมีอัตราการใช้ยาฝังคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น เนื่องจากนโยบายการส่งเสริมให้ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดฟรีหลังคลอด และกำหนดเป้าหมายให้วัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดถึงถาวร ได้แก่ ห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิด ร้อยละ 80 แต่จากการสำรวจในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2558-2559 รวมทั้งประเทศไทยวัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรภายหลังการคลอดหรือแท้ง ร้อยละ 43.93 และ 61.47 ตามลำดับของวัยรุ่นหลังคลอดทั้งหมด (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งระยะเวลาในการฝังยาคุมกำเนิดให้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ดีที่สุดนั้น คือช่วงก่อนออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดในระยะหลังคลอดได้

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่น พบว่า การเริ่มต้นคุมกำเนิดด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดใน 8 สัปดาห์ สามารถลดโอกาสการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Damle et al., 2015) ในทางกลับกัน หากมารดาวัยรุ่นไม่ได้รับยาฝังคุมกำเนิดทันทีหลังคลอดก็มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำภายใน 1 ปี ส่วนในรายที่มีการฝังยาคุมกำเนิดทันทีหลังคลอดนั้น พบว่ามีอัตราการคงใช้ยาฝังคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง 6 เดือนสูงถึงร้อยละ 96.6 และอัตราการคงใช้ต่อเนื่อง 12 เดือน ร้อยละ 86.3 (Tocce et al., 2012) แม้ว่าอัตราการคงใช้ยาฝังคุมกำเนิดในรายที่ฝังยาคุมกำเนิดทันทีหลังคลอดจะสูง แต่ยังพบว่าบางส่วนมีการถอดยาฝังคุมกำเนิดออกก่อนครบกำหนด เนื่องจากวัยรุ่นส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากการฝังยาคุมกำเนิด ส่วนใหญ่เป็นประจำเดือนมามากหรือน้อยผิดปกติ หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลง เป็นผลให้วัยรุ่นมาถอดยาฝังคุมกำเนิดออกก่อน 3 ปี (Lunde et al., 2017)

นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ยังพบว่า มารดาวัยรุ่นมีการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิด ร้อยละ 56.7 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิด และการสนับสนุนจากครอบครัวในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด (สุนีย์ จุ่มกลาง และคณะ, 2560)

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดและการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดและการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งมีนักวิจัยได้ศึกษาแนวคิดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดและการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่นที่สำคัญ ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของวัยรุ่นของ Chandra-Mouli et al. (2014)

เป็นการศึกษาที่รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ได้มีการนำเสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้อง 4 ประการ ดังนี้

1. นโยบายสนับสนุนการคุมกำเนิดในวัยรุ่น โดยการวัยรุ่นสามารถรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการให้คำปรึกษา รวมไปถึงให้บริการคุมกำเนิดโดยไม่มีค่าใช้จ่าย
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น โดยการให้บริการที่เป็นมิตรและตอบสนองความต้องการคุมกำเนิดของวัยรุ่น โดยการให้คำปรึกษาเพื่อให้วัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

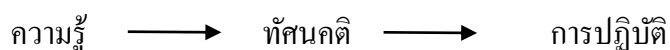
3. เพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษาและการคุมกำเนิดที่ถูกต้องและเหมาะสมให้กับวัยรุ่น

4. สร้างบรรทัดฐานทางสังคมในการสนับสนุนการคุมกำเนิดให้กับวัยรุ่น โดยการสร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการยอมรับการคุมกำเนิดกับผู้ปกครองและครอบครัวของวัยรุ่น

แนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของ Schwartz (1975)

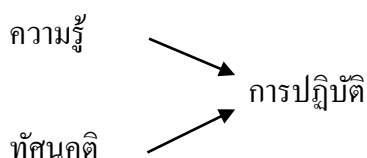
Schwartz (1975) ได้กล่าวถึงรูปแบบความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบของความสัมพันธ์ได้ เป็น 4 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 การปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นไปตามทัศนคติ และความรู้ที่บุคคลนั้นมีอยู่ โดยมีทัศนคติเป็นตัวกลาง ทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น และทัศนคติจะเกิดจากการปฏิบัติ และเกิดความรู้ตามมาได้



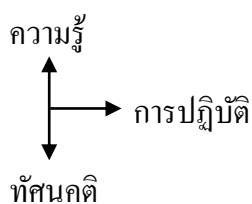
ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ รูปแบบที่ 1

รูปแบบที่ 2 ความรู้และทัศนคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้และการปฏิบัติก่อให้เกิดความรู้และทัศนคติได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน



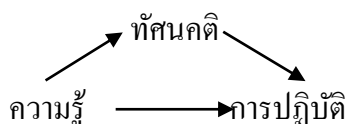
ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ รูปแบบที่ 2

รูปแบบที่ 3 การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้และทัศนคติ ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หรือความรู้และทัศนคติมีผลร่วมกันเกี่ยวข้อกันทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา และการปฏิบัติก็ส่งผลให้เกิดความรู้และทัศนคติได้



ภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ รูปแบบที่ 3

รูปแบบที่ 4 ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม บุคคลมีความรู้ และการปฏิบัติตามความรู้นั้น หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อนแล้ว การปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทัศนคตินั้น และการปฏิบัติก็จะมีผลต่อความรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



ภาพที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ รูปแบบที่ 4

จากความสัมพันธ์ทั้ง 4 รูปแบบ พบว่ารูปแบบที่ 2 คือ ความรู้และทัศนคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กันกล่าวคือ ความรู้เป็นสิ่งที่มาก่อนการตัดสินใจ ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบของบุคคล มีส่วนสำคัญที่ก่อให้เกิดความเข้าใจและแรงจูงใจที่จะทำใ้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง โดยเมื่อบุคคลมีความรู้ที่ดีในเรื่องใดจะส่งผลใ้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดีตามไปด้วย ส่งผลใ้บุคคลเกิดการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ได้ ในทางกลับกันหากบุคคลมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น ๆ ก็ย่อมส่งผลใ้บุคคลไม่ยอมรับการปฏิบัติด้วยเช่นกัน ดังนั้นความรู้จึงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล ตลอดจนเมื่อบุคคลมีความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใดจะส่งผลใ้บุคคลนั้นมีความพยายามที่จะปฏิบัติหรือทำงานนั้นใ้ลุล่วงไปด้วยดี

แนวคิดการศึกษาการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่นของ Bachorik et al. (2015)

การศึกษาของ Bachorik et al. (2015) เป็นการศึกษาความรู้และทัศนคติของวัยรุ่นต่อการฝังยาคุมกำเนิดชนิด Etonogestrel จากโมเดลของการศึกษานั้น พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้ในการคุมกำเนิดทั่วไป

และความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด เช่นเดียวกับทัศนคติต่อการคุมกำเนิด ประกอบไปด้วย ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดทั่วไปและทัศนคติต่อยาฝังคุมกำเนิด สรุปได้ว่า ความรู้และทัศนคติมีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด และทัศนคติต่อยาฝังคุมกำเนิด ดังนั้น การยอมรับการปฏิบัติหรือการใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นนั้นเป็นผลมาจากการที่มารดาวัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดและมารดาวัยรุ่นมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่า วัยรุ่นที่มีความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดในระดับที่ดีจะส่งผลให้วัยรุ่นมีการใช้ยาฝังคุมกำเนิด (Birhane et al., 2016) และทัศนคติทางบวกต่อยาฝังคุมกำเนิดมีผลต่อการยอมรับการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นเช่นกัน (Bachorik et al., 2015)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของวัยรุ่น

จากแนวคิดของ Chandra-Mouli et al. (2014) แนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ของ Schwartz (1975) แนวคิดการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของ Bachorik et al. (2015) และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดของวัยรุ่น พบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของวัยรุ่น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด ทัศนคติต่อยาฝังคุมกำเนิด อิทธิพลของบุคคลสำคัญ และการวางแผนมีบุตร โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด

ความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการยอมรับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด โดยหากมารดาวัยรุ่นมีความรู้ที่เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดด้วยยาฝังคุมกำเนิด เช่น วิธีการใส่ยาฝังคุมกำเนิด การออกฤทธิ์ของยาฝังคุมกำเนิด ผลดีของการฝังยาคุมกำเนิด ผลข้างเคียงที่สามารถเกิดขึ้นได้จากการใช้ยาฝังคุมกำเนิด เป็นต้น จะเป็นตัวกำหนดเบื้องต้นในการยอมรับการปฏิบัติ หรือยอมรับวิธีการคุมกำเนิดด้วยยาฝังคุมกำเนิด และสามารถใส่ยาฝังคุมกำเนิดได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ โดยการศึกษาการใช้ยาคุมกำเนิดชนิด Etonogestrel ในหญิงวัยรุ่นที่มีอายุ 10-24 ปี ที่มารับบริการคุมกำเนิด ณ ศูนย์บริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดน้อย มีเพียงแค่ร้อยละ 40 ที่รู้จักเกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด แต่เป็นการรู้จักเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งจากการประเมินความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดของหญิงวัยรุ่นพบว่า ได้คะแนนความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดต่ำ (Bachorik et al., 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Birhane et al. (2016) ที่ได้ทำการศึกษาการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวของกลุ่มหญิงวัยรุ่นนักศึกษา พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.7 โดยเป็นความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด

อยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 58.1 ซึ่งเป็นผลให้กลุ่มวัยรุ่นนักศึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดระดับดีมีการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้วิธีคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาว ได้แก่ การใช้ยาฝังคุมกำเนิดในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว ที่มีอายุ 15-49 ปี ซึ่งพบว่าการมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวสูงมีผลต่อการใช้วิธีคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวมากกว่าการมีความรู้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญ (Gultie et al., 2016) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Alemayehu, Belachew, and Tilahun (2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว พบว่ากลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวสูงมีผลต่อการใช้วิธีคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวมากกว่า 8 เท่าของกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความรู้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญ

ทัศนคติต่อยาฝังคุมกำเนิด

ทัศนคติต่อยาฝังคุมกำเนิดเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของวัยรุ่น หากวัยรุ่นมีความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับการคุมกำเนิดว่าเป็นผลดีต่อตนเองก็จะมีการคุมกำเนิด แต่หากวัยรุ่นมองการคุมกำเนิดว่ามีความยุ่งยากในการใช้งาน มีผลข้างเคียงจากการคุมกำเนิดวัยรุ่นก็จะมีการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอหรือไม่มีการคุมกำเนิด ดังเช่นการศึกษาของ Bachorik et al. (2015) ในหญิงวัยรุ่นที่มีอายุ 10-24 ปีที่มารับบริการคุมกำเนิด ณ ศูนย์บริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นต่อการฝังยาคุมกำเนิดชนิด Etonogestrel ที่พบว่าทัศนคติทางบวกต่อยาฝังคุมกำเนิดมีผลต่อการยอมรับการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่น และหากวัยรุ่นที่มารับบริการมีทัศนคติเชิงลบต่อยาฝังคุมกำเนิดก็จะไม่ยอมรับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด โดยเด็กที่จะคุมกำเนิดวิธีอื่นแทน อย่างไรก็ตามยังพบว่าทัศนคติมีผลต่อความตั้งใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเช่นเดียวกัน โดยการศึกษาของ วินัส วัฒนธำรงค์ และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำที่มาฝากครรภ์ และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 112 ราย พบว่า เจตคติด้านความเชื่อเกี่ยวกับผลของการคุมกำเนิดกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.42 ด้านการประเมินคุณค่าของผลจากการคุมกำเนิดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 39.29 และเจตคติต่อการคุมกำเนิดกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทัศนคติต่อการคุมกำเนิดในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดย Gultie et al. (2016) ได้ทำการศึกษาการใช้วิธีคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว อายุ 15-49 ปี ในอำเภอ Arba Minch Zuria พบว่า กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวสูงมีผลต่อการใช้วิธีคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวมากกว่ากลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีทัศนคติทางลบอย่างมีนัยสำคัญ

การวางแผนมีบุตร

การวางแผนมีบุตรเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยหากมารดาวัยรุ่นที่มีความตั้งใจที่จะมีบุตรภายใน 2 ปี ก็จะไม่ยอมรับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ในทางกลับกันหากมารดาวัยรุ่นวางแผนที่จะไม่ต้องการมีบุตรเพิ่มก็จะมีผลให้ยอมรับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ดังเช่นการศึกษาของ Lewis et al. (2010) ที่ได้ทำการศึกษาการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุ 12-18 ปี ที่ได้รับคำปรึกษาการคุมกำเนิดโดยผู้เชี่ยวชาญในแผนกฝากครรภ์ หรือภายหลังคลอด พบว่า ภายหลังคลอด 6 สัปดาห์ มารดาวัยรุ่นจะกลับมามีเพศสัมพันธ์กว่าร้อยละ 47 และมารดาวัยรุ่นบางส่วนมีความต้องการตั้งครรภ์อีกครั้ง โดยมารดาวัยรุ่นที่วางแผนจะมีบุตร ภายหลังคลอดจะเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่มีการคุมกำเนิด แต่หากเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ไม่ได้มีการวางแผนมีบุตรในช่วงระยะเวลา 2 ปี จะมีการใช้ยาฝังคุมกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Hubacher et al. (2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้ ยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่นอายุ 18-24 ปี ที่มารับบริการคลินิกวางแผนครอบครัว ประเทศเคนยา ภายหลังจากได้คำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด พบว่า วัยรุ่นที่วางแผนเว้นระยะการมี บุตร 4 ปี จะยอมรับการคุมกำเนิดด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้การศึกษาในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปีที่แต่งงานแล้ว ที่มาเข้ารับ บริการสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ในเมือง Debre Markos ทางตอนตะวันตกเฉียงเหนือ ของ Ethiopia พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการเว้นระยะมีบุตรมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 35 และเว้นระยะการมี บุตรในช่วง 2-5 ปี ร้อยละ 31 ซึ่งหญิงที่มีขนาดครอบครัวที่สมบูรณ์เพียงพอและไม่ต้องการมีบุตร เพิ่มแล้วนั้นจะมีความต้องการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวมากกว่าของหญิงที่ต้องการมีบุตรเพิ่ม อย่างมีนัยสำคัญ และยังพบว่าหญิงที่ต้องการมีบุตรเพิ่มภายหลัง 2 ปีขึ้นไปจะมีความต้องการคุมกำเนิด ชั่วคราวระยะยาวมากกว่าหญิงที่ต้องการมีบุตรเพิ่มภายใน 2 ปี (Bulto, Zewdie, & Beyen, 2014)

อิทธิพลของบุคคลสำคัญ

อิทธิพลของบุคคลสำคัญมีความสัมพันธ์การคุมกำเนิด เนื่องจากการคุมกำเนิดไม่ใช่เรื่อง ที่เป็นปัจเจกบุคคล แต่การที่มารดาวัยรุ่นจะคุมกำเนิดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้บรรทัดฐานของสังคม หรือความเชื่อของบุคคลอื่นต่อการกระทำของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้ได้รับอิทธิพลจากบุคคลสำคัญ ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย ได้แก่ สามีหรือคู่รัก ครอบครัวสามี ครอบครัวของมารดาวัยรุ่น และเพื่อนสนิท ดังนั้น อิทธิพลของบุคคลสำคัญจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการ ใช้ยาฝังคุมกำเนิด โดยหากมารดาวัยรุ่นมีความเชื่อและเห็นด้วยกับการสนับสนุนของของบุคคลที่มีความสำคัญใน ระดับสูงก็จะปฏิบัติตามและยอมรับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson et al. (2011) ที่พบว่า ภายหลังการคลอดของมารดาวัยรุ่น จะเริ่มมีการพูดคุยถึงการมีเพศสัมพันธ์

และการคุมกำเนิดภายในครอบครัวมากขึ้น มารดาและครอบครัวของมารดาวัยรุ่นบางรายมีการช่วยเหลือวิธีการคุมกำเนิดและสนับสนุนให้มารดาวัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุนีย์ จุ่มกลาง และคณะ (2560) ที่ศึกษาการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกภายหลังคลอด ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 171 คน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ในทำนองเดียวกัน วินัส วัฒนธารงค์ และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาความตั้งใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำที่มาฝากครรภ์ และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 112 ราย พบว่า หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำมีการคล้อยตามความคาดหวังของสามีหรือคู่รักอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.53 และการคล้อยตามความคาดหวังของมารดาและเพื่อนสนิทอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 39.29 และร้อยละ 33.92 ตามลำดับ และพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้จากการศึกษาในหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่แต่งงาน และคลอดบุตรแล้ว ที่อาศัยอยู่ในเมือง Jigjiga เกี่ยวกับการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาว ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสามีให้มีการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาว การปรึกษาหารือกันและสามีเห็นด้วยกับการคุมกำเนิดจะสามารถช่วยให้เกิดการยอมรับและมีการใช้วิธีการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ (Abdisa & Mideksa, 2017) และการศึกษาของ Elias and Hailemariam (2015) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-49 ปี ในพื้นที่ห่างไกลทางตอนใต้ของสาธารณรัฐเอธิโอเปีย พบว่า อิทธิพลของสามีมีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยการใส่ยาฝังคุมกำเนิดนั้น มาจากการปรึกษาหารือกับสามี ความเห็นพ้องและยอมรับการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของสามีอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทุกหน่วยงานต้องร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการแก้ปัญหาด้านนโยบายเรื่องการให้บริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยจึงได้ให้คำแนะนำถึงหลักการในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดควรเป็นวิธีการคุมกำเนิดประเภทกึ่งถาวร ซึ่งสามารถคุมกำเนิดได้ในระยะที่ยาวกว่าการคุมกำเนิดทั่วไป นั่นคือการใช้ยาฝังคุมกำเนิด จะสามารถคุมกำเนิดได้อย่างน้อย 3 ปี ทำให้มารดาวัยรุ่นไม่เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว (Rapid repeat pregnancy) ก่อนระยะเวลา 2 ปี เพื่อสุขภาพที่ดีของมารดาและทารก ไปจนถึงลดอัตราการเสียชีวิตของทารก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดนั้นยังพบค่อนข้างน้อย โดยงานวิจัยต่างประเทศส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และ การใช้ยาฝึงคุมกำเนิดในวัยรุ่นทั่วไป (Bachorik et al., 2015; Birhane et al., 2016) และปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาว ในหญิงวัยรุ่น (Abdisa & Mideksa, 2017; Elias & Hailemariam, 2015; Gultie et al., 2016) สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยพบว่า มีการศึกษาถึงความตั้งใจในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิด ในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ (วินัส วัฒนธำรงค์ และคณะ, 2560) และพบเพียงหนึ่งเรื่องการศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นครั้งแรกในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด นครราชสีมา (สุนีย์ จุ่มกลาง, และคณะ, 2560) ซึ่งอาจมีวัฒนธรรมและบริบททางสังคมที่แตกต่าง จากสังคมเขตอุตสาหกรรมในจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยศึกษา

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของวัยรุ่น พบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาฝึงคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อยาฝึงคุมกำเนิด การวางแผนมีบุตร และอิทธิพลของบุคคลสำคัญมีผลต่อการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยดังกล่าวมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผลจากการวิจัยนี้ได้จะเป็นประโยชน์ ในการนำไปพัฒนาแนวทางในการพัฒนานโยบายการส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดหลังคลอดตามโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และสามารถเป็นแนวทางปฏิบัติ การพยาบาลในการวางแผนครอบครัวให้แก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบ Case-control study โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรู้เกี่ยวกับยาฝิ่นกุ่มกำเนิด ทักษะคิดต่อยาฝิ่นกุ่มกำเนิด การวางแผนมีบุตร และอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก อายุ 10-19 ปี ที่พักในพื้นที่หลังคลอดหรือมารับบริการแผนกวางแผนครอบครัว 6 สัปดาห์หลังคลอด ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และ โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ที่พักในพื้นที่หลังคลอดหรือมารับบริการแผนกวางแผนครอบครัว 6 สัปดาห์หลังคลอด ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และ โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 10-19 ปี โดยนับจาก พ.ศ. เกิดจนถึงวันที่คลอดบุตรคนแรก
2. ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นข้อห้ามสำหรับการฝ้ายาคุ่มกำเนิด เช่น โรคตับอักเสบ
ดีซ่าน ภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก
3. สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารเป็นภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์สถิติถดถอย (Logistic regressions) ของ Peduzzi, Concato, Kemper, Holford, and Feinstein (1996) ดังนี้

$$N = 10K / P$$

N คือ กลุ่มตัวอย่าง

K คือ ตัวแปรอิสระ

P คือ สัดส่วนตัวอย่างที่น้อยที่สุดของประชากร

โดยสัดส่วนของประชากรที่น้อยที่สุด ผู้วิจัย ได้มาจากสถิติการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดของ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดของจังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2559 ซึ่งมีมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ฝึงยาคุมกำเนิด ร้อยละ 69.73 และไม่ฝึงยาคุมกำเนิด ร้อยละ 30.27 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

$$\begin{aligned} \text{คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ } N &= 10(4) / 0.30 \\ &= 133.3 \end{aligned}$$

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบ Convenience sampling ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่ศึกษา (Case) หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการฝึงยาคุมกำเนิดภายหลังคลอด จำนวน 67 ราย
2. กลุ่มเปรียบเทียบ (Non-case) หมายถึง กลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึงยาคุมกำเนิดหรือใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น ๆ ภายหลังคลอด จำนวน 67 ราย

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่พักฟื้นแผนกหลังคลอดหรือมารับบริการแผนกวางแผนครอบครัว 6 สัปดาห์หลังคลอด และเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลบางละมุงในช่วงก่อนจำหน่ายมารดาหลังคลอดออกจากโรงพยาบาล โดยทำการเก็บข้อมูลได้ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างแยกตามสถานที่เก็บข้อมูลและการใช้ยาฝึงคุมกำเนิด ($n = 134$)

โรงพยาบาล	ใช้ยาฝึง คุมกำเนิด	ไม่ใช้ยาฝึง คุมกำเนิด
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา		
แผนกหลังคลอด	-	20
แผนกวางแผนครอบครัว 6 สัปดาห์หลังคลอด	23	24
โรงพยาบาลบางละมุง		
แผนกหลังคลอด	44	23

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงมาจากแบบสอบถามในงานวิจัยต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกการใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอด ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติทางสูติกรรม ประวัติการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์นี้ ความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์นี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดของ สุพัตรา หน่ายสังขาร (2561) จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย กลไกและระยะเวลาในการออกฤทธิ์ 4 ข้อ วิธีการใช้ยาฝังคุมกำเนิด 4 ข้อ ข้อดีในการใช้ฝังยาคุมกำเนิด 2 ข้อ และอาการข้างเคียงของยาฝังคุมกำเนิด 3 ข้อ ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบถูกหรือผิด โดยผู้ที่ตอบคำถามถูกต้อง ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 จะได้ 1 คะแนน และตอบผิด ได้แก่ ข้อ 2, 6 จะได้ 0 คะแนน ซึ่งพิสัย (Range score) ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดอยู่ในช่วง 0-13 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดสูง

สุพัตรา หน่ายสังขาร (2561) ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .93 และนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 21 (Kuder-Richardson 21 [KR-21]) เท่ากับ .70

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเจตคติต่อการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิดของ วินัส วัฒนธำรงค์ (2560) จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด ได้แก่ ข้อ 1-13 จำนวน 13 ข้อ และการประเมินคุณค่าของผลจากการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด ได้แก่ ข้อ 14-23 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยคำถามที่เป็นประโยคบอกเล่ามี 4 ตัวเลือกให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นความรู้สึของผู้ตอบ โดยมีแบบให้เลือกตอบ ซึ่งเป็นข้อความเชิงบวก (Positive statement) ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 และข้อความเชิงลบ (Negative statement) ได้แก่ ข้อ 4, 6, 8, 9 โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เลือกตอบ	คะแนนความหมายเชิงบวก	คะแนนความหมายเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	4	1
เห็นด้วยมาก	3	2

เห็นด้วยน้อย	2	3
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	4

พิสัย (Range score) ของคะแนนทัศนคติต่อยาฝิ่นคุมกำเนิดอยู่ในช่วง 23-92 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อยาฝิ่นคุมกำเนิด

วินัส วัฒนธำรงค์ (2560) ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Congruence [IOC]) เท่ากับ .97 และนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้ยาฝิ่นคุมกำเนิด ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการใช้ยาฝิ่นคุมกำเนิดของ วินัส วัฒนธำรงค์ (2560) ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง ได้แก่ สามี มารดา และเพื่อนสนิท ต่อความตั้งใจคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร จำนวน 15 ข้อ และแรงจูงใจตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง ได้แก่ สามี มารดา และเพื่อนสนิท ต่อความตั้งใจคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร จำนวน 15 ข้อ โดยปรับให้เหลือ 12 ข้อ ประกอบด้วย ความต้องการของบุคคลที่มีความสำคัญกับมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก ได้แก่ สามีหรือคู่รัก ครอบครัวของสามี ครอบครัวของมารดาวัยรุ่น และเพื่อนสนิท ในการสนับสนุนการศึกษาผลดีผลเสียของการใช้ยาฝิ่นคุมกำเนิด การเว้นระยะการมีบุตร และการใช้ยาฝิ่นคุมกำเนิดหลังคลอด ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยคำถามที่เป็นประโยคบอกเล่า 5 ตัวเลือก ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ตอบ โดยมีลักษณะเป็นข้อความเชิงบวก (Positive statement) โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

เลือกตอบ	คะแนนความหมายเชิงบวก
มากที่สุด	5
มาก	4
น้อย	3
น้อยที่สุด	2
ไม่เห็นด้วย	1

พิสัย (Range score) ของคะแนนอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้ยาฝิ่นคุมกำเนิดอยู่ในช่วง 12-60 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้ยาฝิ่นคุมกำเนิดมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI])

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้จ่ายค่านมกำเหนิดให้ตรงกับเนื้อหางานวิจัยในครั้งนี้ และตรวจสอบเนื้อหาของแบบสอบถามให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของงานวิจัย จากนั้นนำแบบสอบถามไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา เนื้อหา ความเหมาะสม และความครอบคลุมของคำถามและนำแบบสอบถามอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้จ่ายค่านมกำเหนิดที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อพิจารณา เนื้อหา ความเหมาะสม ความครอบคลุมของคำถามและความถูกต้องของภาษาไทย จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้มีความถูกต้องครอบคลุมเหมาะสม และชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และคำนวณ หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 1.0

2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้จ่ายค่านมกำเหนิด และอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้จ่ายค่านมกำเหนิด โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .77 และ .89 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาฝังค่านมกำเหนิดโดยใช้คูเดอริชาร์ดสัน 21 (KR-21) ได้เท่ากับ .72

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัยได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรมการวิจัย 04-02-2561 ได้รับการรับรองถึงวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2562 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา รหัสจริยธรรมการวิจัย ฉบับที่ 018/ 2561 และเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุง ในวันที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตระหนักถึงความเคารพในสิทธิมนุษยชน โดยการเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ มีการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ให้ข้อมูลหากไม่สบายใจ และระหว่างเข้าร่วมการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างหรือบริการที่ได้รับ และมีการรักษาความลับของข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงการรักษาความลับของข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการตอบ

แบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยมีการใช้รหัสแทนชื่อจริง เอกสารทั้งหมดถูกเก็บรวมไว้ในตู้เอกสารซึ่งมีกุญแจปิดล็อก มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้มาจะนำมาใช้นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และนำประโยชน์มาใช้ในการวิจัยเท่านั้น โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้ประมาณ 1 ปีหลังสิ้นสุดการวิจัยและรายงานได้รับการตีพิมพ์แล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ปกครอง (ในกรณีที่มาจดอายุต่ำกว่า 18 ปี) ลงนามความยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในกลุ่มตัวอย่างมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรกอายุ 10-19 ปี ที่พักฟื้นแผนกหลังคลอดหรือมารับบริการแผนกวางแผนครอบครัว 6 สัปดาห์หลังคลอด ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลบางละมุง โดยศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุง

2. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุงแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกับหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าแผนกหอพักฟื้นหลังคลอด หัวหน้าแผนกวางแผนครอบครัว และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

3. ในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นจึงเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

- 3.1 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เก็บข้อมูลในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 09.00 น.-12.00 น. ที่แผนกพักฟื้นหลังคลอด และการติดตามการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่าง จากเวชระเบียนที่แผนกวางแผนครอบครัว 6 สัปดาห์หลังคลอด ในวันพุธ เวลา 13.00 น.-16.00 น. เนื่องจากโรงพยาบาลมีบริการฝังยาคุมกำเนิดที่แผนกวางแผนครอบครัว 6 สัปดาห์หลังคลอด ในกรณี

ที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มารับบริการวางแผนครอบครัว 6 สัปดาห์หลังคลอดผู้วิจัยจะทำการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามข้อมูลการใช้ยาฝังคุมกำเนิด

3.2 โรงพยาบาลบางละมุง เก็บข้อมูลในวันจันทร์-อาทิตย์ เวลา 13.00 น.-16.00 น. ยกเว้นวันพุธ ที่แผนกพักฟื้นหลังคลอด เนื่องจากโรงพยาบาลมีการฝังยาคุมกำเนิดให้ทันทีภายหลังคลอด

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามความยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และในกรณีกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ และไม่ได้จดทะเบียนสมรสจะให้ผู้ปกครองลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนการเก็บข้อมูลที่แผนกวางแผนครอบครัว ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีผู้ปกครองมาด้วย ผู้วิจัยจะไม่ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกการใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอด แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด แบบสอบถามทัศนคติต่อยาฝังคุมกำเนิด และแบบสอบถามอิทธิพลของบุคคลสำคัญในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที ซึ่งผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้ ๆ เพื่อให้คำอธิบายเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยจากนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินครบทุกส่วนแล้ว นำแบบประเมินส่งคืนผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบคำถามอีกครั้ง หากกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามไม่ครบถ้วนทุกข้อคำถาม ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลให้ครบถ้วนอีกครั้งตามความสมัครใจและสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามอีกครั้งได้

5. เมื่อได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมิน มาแปลผลและนำข้อมูลไปประมวลข้อมูล วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลวิเคราะห์และแปลผลทางสถิติ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสถิติที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพรรณนาข้อค้นพบจากการวิจัย และทดสอบสมมติฐานการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติทางสูติกรรม ประวัติการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์นี้ ความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์นี้และการวางแผนมีบุตรครั้งต่อไป ด้วยสถิติพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ทักษะคติต่อยาฝังคุมกำเนิด การวางแผนมีบุตร และอิทธิพลของบุคคลสำคัญในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครั้งแรกโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) และคำนวณหา Odd Ratios [ORs]

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบ Case-control study โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไ้ช้ยาฝ้งคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นนั้ครั้งแรก ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาฝ้งคุมกำเนิด ทั้ทัศนคติต่อยาฝ้งคุมกำเนิด การวางแผนมีบุตร และอิทธิพลของบุคคลสำคัญ กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาวัยรุ่นนั้หลังคลอดครั้แรกที่พักฟื้นแผนกหลังคลอดหรือมารับบริการแผนกวางแผนครอบครัว 6 สัปดาห์หลังคลอด ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 134 ราย ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอข้อมูลเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสูติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไ้ช้ยาฝ้งคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นนั้ครั้งแรก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 13 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 19 ปี และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.25 ปี ($SD = 1.48$) โดยในกลุ่มที่ไ้ช้ยาฝ้งคุมกำเนิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุในช่วง 15-19 ปี ร้อยละ 100.0 ระดับการศึกษาก่อนการตั้งครั้แรกส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 64.2 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.7 และส่วนใหญ่ไม่มีรายได้จากการทำงาน ร้อยละ 80.6 สถานภาพสมรสปัจจุบันส่วนใหญ่มีคู่/สามี ร้อยละ 71.6 สำหรับในกลุ่มที่ไม่ไ้ช้ยาฝ้งคุมกำเนิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีอายุในช่วง 15-19 ปี ร้อยละ 97.0 ระดับการศึกษาก่อนการตั้งครั้แรกส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 38.8 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.8 และส่วนใหญ่ไม่มีรายได้จากการทำงาน ร้อยละ 61.2 สถานภาพสมรสปัจจุบันส่วนใหญ่มีคู่/สามี ร้อยละ 79.1 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดและไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 134$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ใช้ยาฝังคุมกำเนิด ($n = 67$)		ไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด ($n = 67$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
10-14 ปี	0	0.0	2	3.0
15-19 ปี	67	100.0	65	97.0
Mean = 17.25, SD = 1.48, Min = 13, Max = 19				
ระดับการศึกษาก่อนการตั้งครรภ์				
ประถมศึกษา	13	19.4	20	29.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	43	64.2	26	38.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	16.4	20	29.9
อนุปริญญา หรือ ปวส.	0	0.0	1	1.4
อาชีพขณะตั้งครรภ์				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	36	53.7	24	35.8
นักเรียน	18	10.4	17	25.4
รับจ้างทั่วไป	7	3.0	11	16.4
พนักงานบริษัท/ โรงงาน	2	6.0	7	10.5
ค้าขาย	4	26.9	8	11.9
รายได้จากการทำงาน (บาท)				
ไม่มีรายได้	54	80.6	41	61.2
ต่ำกว่า 5,000	2	3.0	0	0.0
5,000-10,000	8	11.9	18	26.9
10,001-20,000	2	3.0	7	10.4
มากกว่า 20,000	1	1.5	1	1.5
Mean = 2,982.84, SD = 5,301.80, Min = 0, Max = 26,000				

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ใช้ยาฝึงคุมกำเนิด		ไม่ใช้ยาฝึงคุมกำเนิด	
	(n = 67)		(n = 67)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรสปัจจุบัน				
ไม่มีคู่/ สามี	19	28.	14	20.9
มีคู่/ สามี	48	71.6	53	79.1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสถิติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์ที่คลอดต่ำสุด 35 สัปดาห์ สูงสุด 42 สัปดาห์ และมีอายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 38.55 สัปดาห์ ($SD = 1.64$) โดยในกลุ่มที่ใช้ยาฝึงคุมกำเนิดส่วนใหญ่อายุครรภ์ที่คลอด 37 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 89.6 และส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 79.1 เช่นเดียวกับกลุ่มที่ไม่ใช้ยาฝึงคุมกำเนิด พบว่า อายุครรภ์ที่คลอดส่วนใหญ่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 83.6 และส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 77.6 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาฝึงคุมกำเนิดและไม่ใช้ยาฝึงคุมกำเนิด
จำแนกตามข้อมูลทางสถิติกรรม (n = 134)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ใช้ยาฝึงคุมกำเนิด		ไม่ใช้ยาฝึงคุมกำเนิด	
	(n = 67)		(n = 67)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุครรภ์ที่คลอด (สัปดาห์)				
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	7	10.4	11	16.4
37 สัปดาห์ขึ้นไป	60	89.6	56	83.6
Mean = 38.55, SD = 1.64, Min = 35, Max = 42				
ชนิดของการคลอด				
คลอดทางช่องคลอด	53	79.1	52	77.6
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	14	20.9	15	22.4

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดส่วนใหญ่ไม่มีการคุมกำเนิดครั้งสุดท้ายก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 50.7 โดยในกลุ่มที่มีการคุมกำเนิด พบว่า มีการคุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 26.9 และคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 26.9 และเกือบทั้งหมดไม่ตั้งใจมีบุตรคนต่อไปใน 2 ปีภายหลังคลอด ร้อยละ 97.0 ส่วนในกลุ่มที่ไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด พบว่า ส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิดครั้งสุดท้ายก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 53.7 โดยในกลุ่มที่มีการคุมกำเนิด พบว่า มีการคุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 34.3 และคุมกำเนิดสม่ำเสมอ ร้อยละ 28.3 และเกือบทั้งหมดไม่ตั้งใจมีบุตรคนต่อไปใน 2 ปีภายหลังคลอด ร้อยละ 91.0 ส่วนในกลุ่มที่ไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดและไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด
จำแนกตามข้อมูลด้านการคุมกำเนิด ($n = 134$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ใช้ยาฝังคุมกำเนิด ($n = 67$)		ไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด ($n = 67$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การคุมกำเนิดครั้งสุดท้ายก่อนตั้งครรภ์				
ไม่ได้คุมกำเนิด	34	50.7	31	46.3
คุมกำเนิด	33	49.3	36	53.7
วิธีการคุมกำเนิดหลัก*				
ยาเม็ดคุมกำเนิด	18	26.9	23	34.3
ยาฉีดคุมกำเนิด	0	0.0	3	4.5
ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน	11	16.4	5	7.4
ฝ่ายชายหลั่งนอก	1	1.5	2	3.0
ฝ่ายชายสวมถุงยางอนามัย	3	4.5	3	4.5
ความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิดก่อน				
การตั้งครรภ์ครั้งนี้*				
สม่ำเสมอ	15	22.4	19	28.3
ไม่สม่ำเสมอ	18	26.9	17	25.4

* กลุ่มที่มีการคุมกำเนิดครั้งสุดท้ายก่อนตั้งครรภ์ ($n = 69$)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ใช้ยาฝึงคุมกำเนิด		ไม่ใช้ยาฝึงคุมกำเนิด	
	(n = 67)		(n = 67)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวางแผนมีบุตรคนต่อไปภายหลังคลอด				
ไม่ตั้งใจมีบุตรคนต่อไปใน 2 ปี	65	97.0	61	91.0
ตั้งใจมีบุตรคนต่อไปใน 2 ปี	2	3.0	6	9.0

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ครรภ์แรก

ในการวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับยาฝึงคุมกำเนิด ทักษะคิดต่อยาฝึงคุมกำเนิด การวางแผนมีบุตร และอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลการวิเคราะห์เป็นดังนี้

ผลการวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple regression analysis) ซึ่งเป็นการนำตัวแปรทำนายตัวเดียวเข้ามาวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละตัวในเบื้องต้น โดยไม่ได้มีการควบคุมปัจจัยภายนอกของตัวแปร (Crude odds ratio) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทักษะคิดต่อยาฝึงคุมกำเนิด โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะคิดต่อยาฝึงคุมกำเนิดจะมีการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดเป็น 1.04 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะคิดไม่ดีต่อยาฝึงคุมกำเนิด (COR = 1.04, 95 % CI = 1.05-1.15) และอิทธิพลของบุคคลสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้ยาฝึงคุมกำเนิดมากจะมีการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดเป็น 1.11 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้ยาฝึงคุมกำเนิดน้อย (COR = 1.11, 95 % CI = 1.07-1.19) และปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดภายหลังคลอด ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับยาฝึงคุมกำเนิด (COR = 1.22, 95 % CI = 0.97-1.53) และการวางแผนมีบุตร (COR = 3.20, 95% CI = 0.62-16.45) ไม่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดภายหลังคลอด

ผลการวิเคราะห์โดยการนำตัวแปรทำนายทั้งหมดเข้าโมเดลพร้อมกัน โดยใช้กระบวนการทางสถิติควบคุมตัวแปรอิสระไม่ให้มีอิทธิพลต่อกันแล้วนั้น (Adjusted odds ratio) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อิทธิพลของบุคคลสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้ยาฝึงคุมกำเนิดมาก

จะมีการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดเป็น 1.11 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้ยาฝึงคุมกำเนิดน้อย (AOR = 1.11, 95 % CI = 0.1.05-1.17) และปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดภายหลังคลอด ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับยาฝึงคุมกำเนิด (AOR = 1.15, 95% CI = 0.88-1.50) ทักษะคิดต่อยาฝึงคุมกำเนิด (AOR = 1.04, 95 % CI = 0.98-1.10) และการวางแผนมีบุตร (AOR = 1.72, 95 % CI = 0.26-11.56) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดภายหลังคลอด ($n = 134$)

ตัวแปรทำนาย	COR	95% CI	AOR	95% CI
1. ความรู้เกี่ยวกับยาฝึงคุมกำเนิด	1.22	(0.97-1.53)	1.15	(0.88-1.50)
2. ทักษะคิดต่อยาฝึงคุมกำเนิด	1.04*	(1.05-1.15)	1.04	(0.98-1.10)
3. การวางแผนมีบุตร	3.20	(0.62-16.45)	1.72	(0.26-11.56)
4. อิทธิพลของบุคคลสำคัญ	1.11*	(1.07-1.19)	1.11*	(1.05-1.17)

* p -value < .001

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบ Case-control study โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นแรกเกิดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลบางละมุง ที่พักฟื้นแผนกหลังคลอดหรือมารับบริการแผนกวางแผนครอบครัว 6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 134 ราย โดยทำการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิดหลังคลอด แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาฝิ่นกุ่มกำเนิด แบบสอบถามทัศนคติต่อยาฝิ่นกุ่มกำเนิด และแบบสอบถามอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิด ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาฝิ่นกุ่มกำเนิด แบบสอบถามทัศนคติต่อยาฝิ่นกุ่มกำเนิด และแบบสอบถามอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิด โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน 21 ได้เท่ากับ .72 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .77 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.25 ปี ($SD = 1.48$) โดยกลุ่มที่ใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิดทั้งหมดมีอายุในช่วง 15.19 ปี (ร้อยละ 100.0) สถานภาพสมรสปัจจุบันส่วนใหญ่มีคู่/สามี (ร้อยละ 71.6) ระดับการศึกษาก่อนการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 64.2) ส่วนใหญ่ไม่มีการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 50.7) และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่ตั้งใจมีบุตรคนต่อไปใน 2 ปีภายหลังคลอด (ร้อยละ 97.0) ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 97.0) สถานภาพสมรสปัจจุบันส่วนใหญ่มีคู่/สามี (ร้อยละ 79.1) ระดับการศึกษาก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 38.8) ส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 53.7) และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่ตั้งใจมีบุตรคนต่อไปใน 2 ปีภายหลังคลอด (ร้อยละ 91.0)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดภายหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple regression analysis) ได้แก่ทัศนคติต่อยาฟังกุมกำเนิด (COR = 1.04, 95 % CI = 1.05-1.15) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติดีต่อยาฟังกุมกำเนิดจะมีการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดเป็น 1.04 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติไม่ดีต่อยาฟังกุมกำเนิด และอิทธิพลของบุคคลสำคัญ (COR = 1.11, 95 % CI = 1.07-1.19) โดยกลุ่มตัวอย่างที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดมากจะมีการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดเป็น 1.11 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดน้อย และปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดภายหลังคลอด ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับยาฟังกุมกำเนิด (COR = 1.22, 95 % CI = 0.97-1.53) และการวางแผนมีบุตร (COR = 3.20, 95 % CI = 0.62-16.45) ไม่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดภายหลังคลอด แต่หากวิเคราะห์โดยการนำตัวแปรทำนายเข้าโมเดลพร้อมกัน โดยใช้กระบวนการทางสถิติควบคุมตัวแปรอิสระไม่ให้อิทธิพลต่อกันแล้วนั้น จะพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดภายหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อิทธิพลของบุคคลสำคัญ (AOR = 1.11, 95 % CI = 1.05-1.17) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดมากจะมีการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดเป็น 1.11 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดน้อย และปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดภายหลังคลอด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาฟังกุมกำเนิด (AOR = 1.15, 95 % CI = 0.88-1.50) ทัศนคติต่อยาฟังกุมกำเนิดมีการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิด (AOR = 1.04, 95 % CI = 0.98-1.10) และการวางแผนมีบุตร (AOR = 1.72, 95 % CI = 0.26-11.56)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครั้งแรกที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลบางละมุง ที่พักฟื้นแผนกหลังคลอดหรือมารับบริการแผนกวางแผนครอบครัว 6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 134 ราย โดยผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

1.1 อิทธิพลของบุคคลสำคัญ อธิบายได้ว่า การสนับสนุนการเว้นระยะการมีบุตร

โดยการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดหลังคลอดของบุคคลที่มีความสำคัญกับมารดาวัยรุ่นครั้งแรก ได้แก่ สามีหรือคู่รัก ครอบครัวของสามี ครอบครัวของมารดาวัยรุ่น และเพื่อนสนิท มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น เนื่องจากการคุมกำเนิดไม่ใช่เรื่องที่เป็นปัจเจกบุคคล แต่ยังขึ้นกับการได้รับบรรทัดฐานทางสังคมของบุคคลรอบข้าง ที่มีความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ส่งผลให้เกิดการสนับสนุนการคุมกำเนิดให้กับวัยรุ่น (Chandra-Mouli et al., 2014)

โดยภายหลังการคลอดของมารดาวัยรุ่นจะเริ่มมีการพูดคุยถึงการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด ภายในครอบครัวมากขึ้น มารดาและครอบครัวของมารดาวัยรุ่นเริ่มมีบทบาทในการช่วยเหลือ และให้คำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ตลอดจนช่วยเหลือวิธีการคุมกำเนิด และสนับสนุนให้มารดาวัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ (Wilson et al., 2011) อีกทั้ง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดส่วนใหญ่มีคู่/สามี (ร้อยละ 71.6) ซึ่งเป็น บุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในเรื่องของการสนับสนุนให้มีการคุมกำเนิดและการมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจคุมกำเนิด ดังนั้นในการศึกษานี้จึงพบว่า มารดาวัยรุ่นที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ ใช้ยาฝังคุมกำเนิดมากจะมีการใช้ยาฝังคุมกำเนิดเป็น 1.11 เท่าของมารดาวัยรุ่นที่บุคคลสำคัญ สนับสนุนให้ใช้ยาฝังคุมกำเนิดน้อย (AOR = 1.11, 95% CI = 1.05-1.17) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ จุ่มกลาง และคณะ (2560) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ ใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก โดยมารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิดสูงมี โอกาสที่จะตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดเป็น 13.68 เท่า ของมารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาฝังคุมกำเนิดต่ำ (AOR = 13.68, 95 % CI = 4.04-46.30) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วินัส วัฒนธำรงค์ และคณะ (2560) ที่พบว่าหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำมีการคล้อยตามความคาดหวังของสามีหรือคู่รักอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 45.53 และการคล้อยตามความคาดหวังของมารดาและเพื่อนสนิทอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 39.29 และร้อยละ 33.92 ตามลำดับ และพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .323$, $p < .05$)

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Abdisa and Mideksa (2017) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสามีให้มีการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาว การปรึกษาหารือกันและสามีเห็นด้วย กับการคุมกำเนิดจะสามารถช่วยให้หญิงวัยเจริญพันธุ์เกิดการยอมรับและมีการใช้วิธีการคุมกำเนิด ชั่วคราวระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ (AOR = 0.09, 95 % CI = 0.01-0.57) ยังสอดคล้องกับการศึกษา ของ Elias and Hailemariam (2015) ที่พบว่าอิทธิพลของสามีมีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของ หญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยการใส่ยาฝังคุมกำเนิดนั้น มาจากการปรึกษาหารือกับสามี ความเห็นพ้อง และยอมรับการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของสามีอย่างมีนัยสำคัญ (AOR = 6.53, 95 % CI = 3.10-13.77)

2. ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

2.1 ความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด

อธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดจะเป็น ตัวกำหนดเบื้องต้นในการยอมรับการปฏิบัติหรือยอมรับวิธีการคุมกำเนิดด้วยยาฝังคุมกำเนิด และสามารถใส่ยาฝังคุมกำเนิดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับแนวคิดของ

Schwartz (1975) ที่กล่าวว่าความรู้ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ และการปฏิบัติก่อให้เกิดความรู้ได้เช่นกัน แต่ในปัจจุบันการใช้ยาฝังคุมกำเนิดนั้น ยังเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ยังไม่แพร่หลายในกลุ่มวัยรุ่น (นาฏนฤมล ทองมี, เอมพร รติณธร และปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, 2559) โดยผลการศึกษาพบว่า การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดส่วนใหญ่ไม่มีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 50.7) รองลงมาคือ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 26.9) ส่วนในกลุ่มที่ไม่ใช่ยาฝังคุมกำเนิด ส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 53.7) โดยการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 34.3) จึงเป็นเหตุให้วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่รู้จักระยะคุมกำเนิด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเพียง 17.25 ปี ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ การตัดสินใจในการคุมกำเนิดอาจขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลสำคัญ เช่น สามี/ คู่รัก บิดา/ มารดา หรือเพื่อนสนิท ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด ไม่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรกหลังคลอด (AOR = 1.15, 95 % CI = 0.88-1.50) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bachorik et al. (2015) ที่พบว่าวัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดน้อย (ร้อยละ 40) โดยเป็นการรู้จักเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Birhane et al. (2016) ที่พบว่าวัยรุ่นนักศึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดอยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 58.1 โดยวัยรุ่นนักศึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดระดับดีมีการใช้ยาฝังคุมกำเนิดมากกว่า 3.33 เท่าของวัยรุ่นนักศึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดระดับต่ำ (AOR = 3.33, 95 % CI = 1.03-10.75)

2.2 ทักษะคิดต่อยาฝังคุมกำเนิด อธิบายได้ว่า ทักษะคิดจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่ และจะส่งผลให้เกิดการแสดงออกมาในรูปแบบการยอมรับหรือการปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งไปตามทัศนคตินั้น (Schwartz, 1975) ซึ่งทัศนคติเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถส่งผลให้มารดาวัยรุ่นตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดได้ จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งยังพบว่าวัยรุ่นยังมีความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดน้อย (Bachorik et al., 2015) การชักจูงหรือการสนับสนุนการใช้ยาฝังคุมกำเนิดจากบุคคลที่มีความสำคัญกับมารดาวัยรุ่น ได้แก่ สามี/ คู่รัก บิดา/ มารดา หรือเพื่อนสนิท เป็นต้น ซึ่งตรงกับการศึกษาของ นาฏนฤมล ทองมี และคณะ (2559) ที่พบว่าภายหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้ตัดสินใจคุมกำเนิดด้วยตนเอง แต่จะให้มารดาของตนเองเป็นตัดสินใจการคุมกำเนิดให้กับวัยรุ่น (ร้อยละ 83.6) และยังพบว่า ทักษะคิดไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังคลอดได้ ($p > .05$) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า ทักษะคิดต่อยาฝังคุมกำเนิด ไม่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรกหลังคลอด (AOR = 1.04, 95 % CI = 0.98-1.10) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ จุ่มกลาง และคณะ (2560) ที่พบว่าทักษะคิดต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด (AOR = 0.88, 95 % CI = 0.27-2.87) แต่ขัดแย้งกับ

การศึกษาของ Bachorik et al. (2015) ที่พบว่าทัศนคติทางบวกต่อยาฝังคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 3.3, 95 % CI = 1.1-9.5)

2.3 การวางแผนมีบุตร อธิบายได้ว่า ภายหลังจากคลอดของมารดาวัยรุ่นที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดในการศึกษาครั้งนี้เกือบทั้งหมดไม่ตั้งใจมีบุตรคนต่อไปใน 2 ปี (ร้อยละ 97.0) และกลุ่มที่ไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดเกือบทั้งหมดไม่ตั้งใจมีบุตรคนต่อไปใน 2 ปี (ร้อยละ 91.0) เช่นกัน แม้ว่ากลุ่มมารดาวัยรุ่นจะไม่เลือกใช้ยาฝังคุมกำเนิด แต่มารดาวัยรุ่นยังคงมีการคุมกำเนิดภายหลังคลอดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด เป็นต้น ซึ่งเป็นเหตุผลเดียวกับในกลุ่มที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดคือ ไม่พร้อมที่จะมีบุตรคนต่อไป อีกทั้งมารดาวัยรุ่นบางส่วนไม่ได้อาศัยอยู่กับสามี จึงไม่ได้มีการคุมกำเนิดและไม่วางแผนมีบุตร (นาฏนฤมล ทองมี และคณะ, 2559) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า การวางแผนมีบุตรภายหลังคลอดครั้งต่อไปไม่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอด (AOR = 1.72, 95 % CI = 0.26-11.56) ขัดแย้งกับการศึกษาของ Hubacher et al. (2011) ที่พบว่าวัยรุ่นที่วางแผนเว้นระยะการมีบุตร 4 ปีจะยอมรับการคุมกำเนิดด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) และขัดแย้งกับการศึกษาของ Bulto et al. (2014) ที่พบว่าหญิงวัยรุ่นที่แต่งงานแล้วนั้นจะมีความต้องการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวมากกว่า 20.37 เท่าของหญิงที่ต้องการมีบุตรเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญ (AOR = 20.37, 95 % CI = 9.28-44.72) และยังพบว่าหญิงที่ต้องการมีบุตรเพิ่มภายหลัง 2 ปีขึ้นไปจะมีความต้องการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาวมากกว่า 6.4 เท่าของหญิงที่ต้องการมีบุตรเพิ่มภายใน 2 ปี (AOR = 6.4, 95 % CI = 3.04-13.47)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลผดุงครรภ์ และบุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานแผนกหลังคลอด แผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว ควรส่งเสริมให้บุคคลที่มีความสำคัญกับมารดาวัยรุ่น ได้แก่ สามี/ คู่รัก ครอบครัวของสามี ครอบครัวของมารดาวัยรุ่นและเพื่อนสนิท มีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่มารดาวัยรุ่น เพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีการใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอดและป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่อาจเกิดขึ้นได้

1.2 พยาบาลผดุงครรภ์ และบุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานหลังคลอด ควรจัดโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอดแก่มารดาวัยรุ่น โดยเน้นสามี/ คู่รัก ครอบครัวของสามี ครอบครัวของมารดาวัยรุ่นและเพื่อนสนิทให้มีการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีการใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอด

2. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่อาจมีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก เช่น อิทธิพลของบุคลากรด้านสุขภาพต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอด เนื่องจากบุคคลที่ดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดใกล้ชิดที่สุดภายหลังคลอดในแผนกฟักฟื้น คือ บุคลากรด้านสุขภาพ ดังนั้น การยอมรับการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น อาจเนื่องมาจากการส่งเสริมและการให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดจากบุคลากรทางการแพทย์ด้วยเช่นกัน รวมไปถึงควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งที่ 2 ขึ้นไป

2.2 ควรมีการพัฒนารูปแบบงานวิจัยครั้งต่อไป เป็นรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมอิทธิพลของบุคคลสำคัญของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีความพร้อมในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด มีการใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอดเพิ่มขึ้น และสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่อาจเกิดขึ้นได้

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือแนวทางการดูแลแม่วัยรุ่น*. นนทบุรี:
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *นโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันและแก้ไขปัญหา
ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์และการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยใน
ประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก http://rhold.anamai.moph.go.th/all_file/index/policy_publicHealth.pdf
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย. (2556). *แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ใน
วัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: แอดวานซ์ปรีนติ้ง.
- กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *การคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น*.
กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และชุตินา ปัญญาพินิจนุกร. (2559). ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น.
วารสารพยาบาลทหารบก, 17(2), 7-11.
- ดารินทร์ อารีโยโชคชัย. (2558). ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ประเทศไทย ปี พ.ศ.
2553-2560. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 46(5), 65-67.
- ทรงยศ พิลานันต์. (2557). ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย. *โครงการประเมินเทคโนโลยี
และนโยบายด้านสุขภาพ*, 2(15), 1-4.
- นาฏนฤมล ทองมี, เอมพร รตินธร และปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. (2559). ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิด
ของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 33(1),
51-59.
- ปริญญญา เอี่ยมสำอางค์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2556). ปัจจัยเสี่ยงต่อ
การตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 8(1), 55-67.
- ปัญญา สนั่นพานิชกุล และยศพล เหลืองโสมนภา. (2558). การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น:
ปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อทารก. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก
โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 32(2), 147-156.
- เรณู ชูนิล, กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง และบุญฤทธิ์ สุวรรณ์. (2558). *การจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาล
ในประเทศไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.
- ฤดี ปุ๋งบางกะดี และเอมพร รตินธร. (2557). ปัจจัยและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำของ
สตรีวัยรุ่นไทย: กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(2), 23-31.

- ลำเจียก กำธร. (2557). วัยรุ่น...วัยรุ่นกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม...ป้องกันอย่างไร.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 30(3), 97-105.
- จิวรรณ พงศ์พัฒนานนท์. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นโรงพยาบาล
ท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย,
6(2), 161-170.
- วินัส วัฒนธำรงค์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร
ชนิดยาฝังคุมกำเนิดในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วินัส วัฒนธำรงค์, ณัฐกฤตา ศิริ โสภณ, ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, สมบัติ อ่อนศิริ, ชาติชาย
อมิตรพ่าย, อัจฉริยะ เอนก, กุเบศร์ นภัทรพิทยากร และกัลป์พฤกษ์ พลสร. (2560).
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ.
วารสารพยาบาลทหารบก, 18(ฉบับพิเศษ), 102-111.
- ศรุตยา รongเลื่อน, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. (2555). การตั้งครรภ์ไม่พึง
ประสงค์ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการ การสนับสนุนในการรักษาพยาบาล.
วารสารพยาบาลศิริราช, 5(1), 14-28.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น:
นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล. นนทบุรี:
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่น
ประเทศไทยปี พ.ศ. 2558. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ระบบฐานข้อมูลอนามัย
การเจริญพันธุ์ประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก [http://rhdata.anamai.moph.go.th/index.php/
familyplanning/familyplanning17](http://rhdata.anamai.moph.go.th/index.php/familyplanning/familyplanning17)
- สุนีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดโดยใช้แนวทางการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ
และทักษะพฤติกรรมในมารดาวัยรุ่น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,
25(2), 31-42.

- สุพัตรา นายสังขาร. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้ยาฝังคุมกำเนิดต่อความรู้ ระดับความพร้อมและการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อำนาจ ทองสัมฤทธิ์. (2560). ผลการคลอดครรภ์แรกระหว่างมารดาวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(2), 223-235.
- Abdisa, B., & Mideksa, L. (2017). Factors associated with utilization of long acting and permanent contraceptive methods among women of reproductive age group in Jigjiga town. *Journal of Anatomy and Physiology*, 7(2), 1-7.
- Abma, J. C., & Martinez, G. M. (2017). Sexual activity and contraceptive use among teenagers in the United States, 2011-2015. *National Health Statistics Reports*, 104(1), 1-23.
- Alemayehu, M., Belachew, T., & Tilahun, T. (2012). Factors associated with utilization of long acting and permanent contraceptive methods among married women of reproductive age in Mekelle town, Tigray region, North Ethiopia. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 12(6), 1-9.
- Bachorik, A., Friedman, J., Fox, A., Nucci, A. T., Horowitz, C. R., & Diaz, A. (2015). Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward etonogestrel implants. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(4), 229-233.
- Birhane, K., Tsegaye, W., Mulaw, A., Nemomsa, C., Abebe, G., Derese, G., Asswfa, K., & Negash, W. (2016). Utilization of long acting reversible contraceptive methods and associated factors among female college students in Debre Berhan town, Ethiopia. *Advances in Applied Sciences*, 1(1), 18-23.
- Bulto, G. A., Zewdie, T. A., & Beyen, T. K. (2014). Demand for long acting and permanent contraceptive methods and associated factors among married women of reproductive age group in Debre Markos town, North West Ethiopia. *BioMed Central Women's Health*, 14(1), 1-12. doi: 10.1186/1472-6874-14-46
- Chandra-Mouli, V., McCarraher, D. R., Phillips, S. J., Williamson, N. E., & Hainsworth, G. (2014). Contraception for adolescents in low and middle income countries: Needs, barriers, and access. *Reproductive Health*, 11(1), 1-8.

- Damle, L. F., Gohari, A. C., McEvoy, A. K., Desale, S. Y., & Gomez-Lobo, V. (2015). Early initiation of postpartum contraception: Does it decrease rapid repeat pregnancy in adolescents?. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(1), 57-62.
- Dee, D. L., Pazol, K., Cox, S., Smith, R. A., Bower, K., Kapaya, M., Fasula, A., Harrison, A., Kroelinger, C. D., Angelo, D., Harrison, L., Koumans, E. H., Mayes, N., Barfield, W. D., & Warner, L. (2017). Trends in repeat births and use of postpartum contraception among teens-United States, 2004-2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66(6), 422-426.
- Elias, B., & Hailemariam, T. (2015). Implants contraceptive utilization and factors associated among married women in the reproductive age group (18-49 year) in Southern Ethiopia. *Journal of Women's Health Care*, 4(7), 1-6.
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., Yamdamsuren, B., Temmerman, M., Say, L., Tuncalp, O., Vogel, J. P., Souza, J. P., & Mori, R. (2013). *Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12630/pdf>
- Gultie, T., Hailu, D., & Workineh, Y. (2016). Predictors of long acting contraceptives utilization among reproductive age women in Arba Minch Zuria district, Ethiopia. *Quality in Primary Care*, 24(1), 17-22.
- Hubacher, D., Olawo, A., Manduku, C., & Kiarie, J. (2011). Factors associated with uptake subdermal contraceptive implants in a young Kenyan population. *Contraception*, 84(4), 413-417.
- Isley, M. (2010). Implanon: The subdermal contraceptive implant. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 23(6), 364-367.
- Jusoh, N., Ismail, T. A. T., & Daud, A. (2015). Anemia among teenage pregnancy in Northwestern Malaysia: What are the factors?. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 7(12), 196-205.
- Kamini, S., & Avvaru, K. V. (2014). Teenage pregnancy: Maternal and fetal outcomes. *Journal of Dental and Medical Sciences*, 13(4), 41-44.

- Khashan, A. S., Baker, P. N., & Kenny, L. C. (2010). Preterm birth and reduced birth weight in first and second teenage pregnancies: A register-based cohort study, *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 10(36), 1-8.
- Kovalevsky, G., & Barnhart, K. (2001). Norplant and other implantable contraceptives. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 44(1), 92-100.
- Kovavisarach, 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.
- Levine, J. P., Sinofsky, F. E., & Chris, M. F. (2008). Assessment of implanon™ insertion and removal. *Contraception*, 78(5), 409-417.
- Lewis, L. N., Doherty, D. A., Hickey, M., & Skinner, S. R. (2010). Implanon as a contraceptive choice for teenage mothers: A comparison of contraceptive choices, acceptability and repeat pregnancy. *Contraception*, 81(5), 421-426.
- Lunde, B., Littman, L., Stimmel, S., Rana, R., Jacobs, A., & Horowitz, C. R. (2017). Just wear dark underpants mainly: Learning from adolescents' and young adults' experiences with early discontinuation of the contraceptive implant. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 30(3), 395-399.
- Maravilla, J. C., Betts, K. S., Cruz, C. C., & Alati, R. (2017). Factors influencing repeated teenage pregnancy: A review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 217(5), 527-545.e31.
- Neal, S., Mahendra, S., Bose, K., Camacho, A. V., Mathai, M., Nove, A., Santana, F., & Matthews, Z. (2016). The causes of maternal mortality in adolescents in low and middle income countries: A systematic review of the literature. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 16(352), 1-18.
- Ngowa, J. D. K., Kasia, J. M., Pisoh, W. D., Ngassam, A., & Noa, C. (2015). Obstetrical and perinatal outcomes of adolescent pregnancies in Cameroon: A retrospective cohort study at the Yaoundé General hospital. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5(2), 88-93.

- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T. R., & Feinstein, A. R. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, *49*(12), 1373-1379.
- Pushpa, B., Sangita, N., Shivani, A., & Chitra, T. (2011). Implanon: Subdermal single rod contraceptive implant. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, *61*(4), 422-425.
- Roberts, A. O., Morhason-Bello, I. O., Okunlola, M. A., & Adekunle, A. O. (2015). Profile of implanon acceptors and pattern of side effects. *Journal of Reproduction & Contraception*, *26*(1), 46-52.
- Rowlands, S. (2010). Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focussed strategies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, *24*(5), 605-616.
- Russel, L. (2010). The teenage pregnancy strategy: Beyond 2010. *British Journal of Midwifery*, *18*(6), 374-375.
- Schwartz, N. E. (1975). Nutritional knowledge, attitude and practice of high school graduated. *Journal of The American Dietetic Association*, *66*(1), 25-31.
- Shah, M., Prajapatib, S., & Sheneeshkumarc, V. (2012). Adolescent pregnancy: Problems and consequences. *Apollo Medicine*, *9*(3), 176-180.
- Shaikh, S., Shaikh, A. H., Shaikh, S. A. H., & Isran, B. (2012). Frequency of obstructed labor in teenage pregnancy. *Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *7*(1), 37-40.
- Sulaiman, S., Othman, S., Razali, N., & Hassan, J. (2013). Obstetric and perinatal outcome in teenage pregnancies. *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *19*(3), 77-80.
- The American Academy of Pediatrics. (2014). Contraception for adolescents. *Pediatrics*, *134*(4), e1257-e1281.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). Committee opinion No. 539: Adolescents and long-acting reversible contraception: Implants and intrauterine devices. *Obstetrics and Gynecology*, *120*(4), 983-988.
- Timur, H., Kokanalı, M. K., Topçu, H. O., Topçu, S., Erkılınç, S., Uygur, D., & Yakut, H. İ. (2016). Factors that affect perinatal outcomes of the second pregnancy of adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent*, *29*(1), 18-21.

- Tocce, K. M., Sheeder, J. L., & Teal, S. B. (2012). Rapid repeat pregnancy in adolescents: Do immediate postpartum contraceptive implants make a difference?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(6), 481.e481-481.e487.
- United Nations Population Fund. (2016). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from <http://www.unfpa.org/adolescent-pregnancy>
- Wilkie, G. L., Leung, K., Kumaraswami, T., Barlow, E., & Simas, T. A. M. (2016). Effects of obstetric complications on adolescent postpartum contraception and rapid repeat pregnancy. *Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(6), 612-616.
- Wilson, E. K., Fowler, C. I., & Koo, H. P. (2013). Postpartum contraceptive use among adolescent mothers in seven states. *Journal of Adolescent Health*, 52(3), 278-283.
- Wilson, E. K., Samandari, G., Koo, H. P., & Tucker, C. (2011). Adolescent mothers' postpartum contraceptive use: A qualitative study. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(4), 230-237.
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2016). *Maternal mortality*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Yuce, T., Aker, S. S., Seval, M. M., Kalafat, E., & Soylemez, F. (2015). Obstetric and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. *Northern Clinics of Istanbul*, 2(2), 122-

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ID.....

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายฟังกุ่มกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

คำชี้แจง

1. การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายฟังกุ่มกำเนิด ภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก
2. แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสอบถามความคิดเห็นของคุณเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับยาฟังกุ่มกำเนิด ทักษะคิดต่อยาฟังกุ่มกำเนิด การวางแผนมีบุตร อิทธิพลของบุคคลสำคัญ และการใช้จ่ายฟังกุ่มกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกการใช้จ่ายฟังกุ่มกำเนิดหลังคลอด
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาฟังกุ่มกำเนิด
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อยาฟังกุ่มกำเนิด
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้จ่ายฟังกุ่มกำเนิด
3. โปรดตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง เพราะคำตอบที่เป็นจริงและสมบูรณ์เท่านั้น จะช่วยให้การวิจัยในครั้งนี้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่
4. แบบสอบถามฉบับนี้ใช้สำหรับการศึกษาวิจัยเท่านั้น คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และรายงานผลในภาพรวมเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล/ แนวทางการคุมกำเนิดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเท่านั้น

อารีชา สมรูป

นิติตปริญญาโท

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกการใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอด

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแล้วเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความจริงหรือเลือกตอบ

โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าข้อความเพียงข้อเดียว

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น

- 1.1 ท่านมีอายุ.....ปี
- 1.2 ระดับการศึกษาก่อนการตั้งครรภ์ ชั้น.....
- 1.3 อาชีพขณะตั้งครรภ์.....
- 1.4 รายได้จากการทำงานปัจจุบันของท่านเฉลี่ย.....บาท/ เดือน
- 1.5 สถานภาพสมรสปัจจุบัน

ไม่มีคู่/ สามี

มีคู่/ สมรส

2. ประวัติทางสูติกรรม

- 2.1 อายุครรภ์ที่คลอด.....สัปดาห์
- 2.2 ชนิดของการคลอด

คลอดทางช่องคลอด

ผ่าตัดคลอด

3. ประวัติการคุมกำเนิด

- 3.1 ท่านเคยคุมกำเนิดด้วยวิธีใดในครั้งสุดท้ายก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้

ไม่ได้คุมกำเนิด

ยาเม็ดคุมกำเนิด

ยาฉีดคุมกำเนิด

นับระยะปลอดภัย

ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน

ยาฝังคุมกำเนิด

ห่วงอนามัยคุมกำเนิด

ฝ่ายชายหลั่งนอก

ฝ่ายชายสวมถุงยางอนามัย

- 3.2 ความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้

สม่ำเสมอ

ไม่สม่ำเสมอ เพราะเหตุใด (ระบุ).....

- 3.3 ภายหลังจากคลอดบุตรครั้งนี้ ท่านวางแผนจะมีบุตรครั้งต่อไปในระยะเวลาอีก.....ปี

4. แบบบันทึกการใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอด

ใช้ยาฝังคุมกำเนิด

ไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาฝิ่นคุมกำเนิด

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้เกี่ยวกับยาฝิ่นคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	ยาฝิ่นคุมกำเนิดป้องกันการตั้งครรภ์ได้โดย การออกฤทธิ์ไปยับยั้งการตกของไข่ จึงทำให้ไม่มีไข่ที่จะผสมกับอสุจิ		
2	ยาฝิ่นคุมกำเนิดมีผลเหมือนกับยาเม็ดคุมกำเนิด		
3	.....	
4	.....	
5	.....	
6	.....	
7	.....	
8	.....	
9	.....	
10	.....	
11	.....	
12	.....	
13	เมื่อหยุดใช้ยาฝิ่นคุมกำเนิดแล้วสามารถมีลูกได้		

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามทัศนคติต่อยาฝิ่นคุมกำเนิด

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบทัศนคติต่อยาฝิ่นคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด กรุณาตัดสินใจให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ขอให้ท่านเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว และตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดกับท่านทุกประการ
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดกับท่านเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดกับท่านน้อย
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดกับท่านน้อยมากหรือไม่ตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดกับท่านเลย

ข้อ	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยมากที่สุด (4)	เห็นด้วยมาก (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	เห็นด้วยน้อยที่สุด (1)
ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝิ่นคุมกำเนิด					
1	ท่านเชื่อว่าการใช้ยาฝิ่นคุมกำเนิดสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้				
2	ท่านเชื่อว่าการใช้ยาฝิ่นคุมกำเนิดสามารถเว้นระยะการมีบุตรจนกว่าอายุครบ 20 ปี ได้				
3	.....			
4	.....			
5	.....			
6	.....			
7	.....			
8	.....			

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย มากที่สุด (4)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย น้อยที่สุด (1)
ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด					
9	.....			
10	.....			
11	.....			
12	.....			
13	ท่านเชื่อว่าการใช้ยาฝังคุมกำเนิดช่วย ทำให้ท่านประหยัดค่าใช้จ่ายในการ มารับบริการคุมกำเนิด				
การประเมินคุณค่าของผลจากการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด					
14	ท่านคิดว่าการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดมีความ จำเป็นอย่างยิ่ง				
15	ท่านคิดว่าการเว้นระยะการมีบุตร จนกว่าอายุครบ 20 ปี ด้วยการใช้ยาฝัง คุมกำเนิดมีความจำเป็นอย่างยิ่ง				
16	.....			
17	.....			
18	.....			
19	.....			
20	.....			
21	.....			
22	.....			
23	ท่านคิดว่าการได้รับบริการยาฝัง คุมกำเนิดฟรี มีความจำเป็นอย่างยิ่ง				

ส่วนที่ 4: แบบสอบถามอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้จ่ายคุ้มครองกำเนิด

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าท่านจะใช้จ่ายคุ้มครองกำเนิดตามความต้องการของบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด มีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ขอให้ท่านเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านเพียงคำตอบเดียวและตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทุกประการ
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านน้อย
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านน้อยมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

ข้อ	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยมากที่สุด (5)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยน้อย (3)	เห็นด้วยน้อยที่สุด (2)	ไม่เห็นด้วย (1)
1	สามีหรือคู่รัก ต้องการให้ท่านรู้ผลดีผลเสียของการใช้จ่ายคุ้มครองกำเนิด					
2	บิดา/ มารดาของสามีหรือคู่รัก ต้องการให้ท่านรู้ผลดีผลเสียของการใช้จ่ายคุ้มครองกำเนิด					
3	.....				
4	.....				
5	.....				

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย มากที่สุด (5)	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย น้อย (3)	เห็นด้วย น้อยที่สุด (2)	ไม่เห็น ด้วย (1)
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12	เพื่อนสนิท ต้องการให้ท่าน คุมกำเนิดโดยใช้ยาฝัง คุมกำเนิด					

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

Factors Influencing the use of Postpartum Contraceptive Implants among Primiparous Adolescent Mothers

ชื่อนิสิต นางสาวอริยา สมรูป

รหัสประจำตัวนิสิต 59910191 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 04-02-2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ มารดาวัยรุ่นครั้งแรกที่พักฟื้นแผนกหลังคลอด และมารับบริการแผนกวางแผนครอบครัว 6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 134 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกหลังคลอด และแผนกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และ โรงพยาบาลบึงละมูง จังหวัดชลบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้กำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 14 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา


คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ฉบับที่ 018/2561



หนังสือรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

1. ชื่อโครงการวิจัย: ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก
2. ผู้วิจัยหลัก: นางสาวอารีญา สมรูป
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้
 - () อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
 - () อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข
 - () รอการพิจารณาหรือยังไม่พิจารณา
 - () ไม่อนุมัติ
4. วันที่ให้การรับรอง : 30 พ.ค. 2561

ลงนาม..... 

(นายแพทย์ธเนศ จิตวิฒนกุล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม..... 

(นายแพทย์สมเกียรติ บวรเสรีไท)

รองผู้อำนวยการ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มตัวอย่างอายุ 10-11 ปี)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นแรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 04-02-2561

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอาริยา สมรูป

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นแรก

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 134 คน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิดหลังคลอด 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาฝิ่นกุ่มกำเนิด 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อยาฝิ่นกุ่มกำเนิด 4) แบบสอบถามอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิด ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 20 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์โดยตรงกับท่าน แต่ผลการวิจัยในภาพรวมจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่อาจเกิดขึ้น และสามารถนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการวางแผนครอบครัว และส่งเสริมให้มีการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทน

การระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวอริยา สมรูป หมายเลขโทรศัพท์ 087-540-0422 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิเดียววิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 082-993-3483

นางสาวอริยา สมรูป
ผู้วิจัย

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



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มตัวอย่างอายุ 12-17 ปี)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นแรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 04-02-2561

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอาริยา สมรูป

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นแรก

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 134 คน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิดหลังคลอด 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาฝิ่นกุ่มกำเนิด 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อยาฝิ่นกุ่มกำเนิด 4) แบบสอบถามอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิด ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 20 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์โดยตรงกับท่าน แต่ผลการวิจัยในภาพรวมจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่อาจเกิดขึ้น และสามารถนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการวางแผนครอบครัว และส่งเสริมให้มีการใช้ยาฝิ่นกุ่มกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทน

การระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวอริยา สมรูป หมายเลขโทรศัพท์ 087-540-0422 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิเดียวิศเรศ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 082-993-3483

นางสาวอริยา สมรูป
ผู้วิจัย

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



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับผู้ปกครอง)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 04-02-2561

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอาริยา สมรูป

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

บุคคลในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากบุคคลในปกครองของท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 134 คน

เมื่อบุคคลในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่บุคคลในปกครองของท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวเอง แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดหลังคลอด 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาฟังกุมกำเนิด 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อยาฟังกุมกำเนิด 4) แบบสอบถามอิทธิพลของบุคคลสำคัญต่อการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิด ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 20 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์โดยตรงกับบุคคลในปกครองของท่าน แต่ผลการวิจัยในภาพรวมจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่อาจเกิดขึ้น และสามารถนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการวางแผนครอบครัว และส่งเสริมให้มีการใช้จ่ายฟังกุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของบุคคลในปกครองของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ บุคคลในปกครองของท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บ

รักษาข้อมูลของบุคคลในปกครองของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของบุคคลในปกครองของท่าน ข้อมูลของบุคคลในปกครองของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสาร และล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลในปกครองของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวอารีญา สมรูป หมายเลขโทรศัพท์ 087-540-0422 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 082-993-3483

นางสาวอารีญา สมรูป
ผู้วิจัย

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



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายฟุ้งคุ่มก่าเนคภายหลังกลอดใน
มารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด
และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ
ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้
จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทน
โดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ภาคผนวก ง
เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) โทร. ๒๘๓๖
ที่ ศร ๖๒๐๖/๒๕๖๕ วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ตามหนังสือที่ ศร ๖๒๐๖.๐๑/- ลงวันที่ ๑๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ท่านได้ขออนุญาตให้นางสาว อาริยา สมรูป นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้ยาฝังคุมกำเนิดต่อความรู้ ระดับความพร้อมและการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด” ของ คุณสุพัตรา หน่ายสังขาร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ.๒๕๖๕

เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ตามความทราบแล้วนั้น คณะฯ พิจารณาแล้ว อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงผู้จัดทำเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ รักษาการแทน
ผู้รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- 600 มอเตอ์ วิทยุ มี กต. พ. /
 - วิทยุ โทร. วิทยุ มอ. ของ ธรรม /
 (๐๗๐๘๘๗๗๗๗๗๗)
 - วิทยุ มอ. วิทยุ (๐๗๐๘๘๗๗๗๗๗๗)
 - วิทยุ มอ. วิทยุ (๐๗๐๘๘๗๗๗๗๗๗)
 ที่ ศธ ๐๕๑๓.๑๐๘/ ๕๕๓๗



เลขที่	๐๐๔๖๖
วันที่	13 ส.ค. 2561
เวลา	๐๙:๕๖น.

คณะศึกษาศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
 ๕๐ ถนนงามวงศ์วาน
 แขวงลาดยาว
 เขตจตุจักร กทม. ๑๐๙๐๐

๗ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๖๒๐๖/๐๓๑๘ ลงวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวอารียา สมรูป นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ ๑) แบบสอบถามเจตคติกับความตั้งใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ และ ๒) แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ" ของนางวินัส วัฒนธารงค์ สาขาวิชาสุขภาพศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยมีอาจารย์พันตรีหญิงณัฐกฤตา ศิริโสภณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยตามที่ขอมาได้

,จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ปัทมาดี เล่ห์มงคล

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมาดี เล่ห์มงคล)
 คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะฯ

โทร. ๐๒-๕๔๒๘๒๖๘

โทรสาร ๐๒-๕๗๙๕๕๕๕๙

ภาคผนวก จ
เอกสารขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๗๐๖



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๙ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวอารียา สมรูป นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เดียววิศเรศ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาวัยรุ่นครั้งแรก อายุ ๑๐-๑๙ ปี ที่พักพื้นแผนกหลังคลอด และมารับบริการแผนกวางแผนครอบครัว ๖ สัปดาห์หลังคลอด ณ แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลบางละมุง โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ เมษายน - ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๖๗ ราย ระหว่างวันที่ ๒๑ พฤษภาคม - ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๓๕๙



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวอารีญา สมรูป นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณีย์ เตียววิเศษ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาวัยรุ่นครั้งแรกที่พักฟื้นแผนกหลังคลอด และมารับบริการแผนกวางแผนครอบครัว ๖ สัปดาห์หลังคลอด จำนวน ๖๗ ราย ระหว่างวันที่ ๑๓ มิถุนายน - ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ณ แผนกหลังคลอด และแผนกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก จ
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. รองศาสตราจารย์ พิริยา สุภศิริ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก
และการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี ประธานหลักสูตรวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์
ชั้นสูง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฤณี ทูลศิริ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. ดร.ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข หัวหน้างาน งานบริหารหลักสูตร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี