



บทความวิจัย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก

ปณิตา ปรีชากรกนกกุล* ณัฏชา วรรณนิยม** แสงเดือน จินดาไพศาล**

กัลยาณี กาญจนพานิช***

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล 84 ม.4 ถ.มิตรภาพ จังหวัดนครราชสีมา 30000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยผลสำรวจ

วิธีดำเนินการ: กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกจำนวน 124 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก 12 คนที่ผ่านการตอบแบบสอบถาม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สุ่มแบบลูกโซ่ และการสนทนากลุ่ม 10 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.79-0.90 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: 1) การวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม การรับรู้ประโยชน์ จากพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การดูแลตนเองการติดตามนัดหมาย การรับรู้ความสามารถ จากการเห็นคุณค่าตนเอง การดูแลตนเอง และการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

สรุป: ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก



Health Belief Model with Health Promotion Behavior among Primigravida Adolescents

Panita Prechakornkanokkul M.N.S.* Natcha Wanniyom M.N.S** Sangduean jindapaisan. M.N.S**

Khalayanee khanjanapanich B.N.S***

Abstract

Purpose: To study the health belief model and the relationship between health belief model with health promotion behavior primigravida adolescents

Design: Mixed methods research

Methods: Quantitative sample consisted of 124 adolescent women with first pregnancy by purposive sampling. Qualitative data were collected from 12 first pregnancy adolescent women who completed the questionnaire by using in-depth interview, snowball sampled, and selecting specific focus group conversations of 10 people. The research tools included questionnaire which had Cronbach's alpha coefficient of the instruments revealed acceptable reliability scores of 0.70-0.90. Percentage, mean, standard deviation, Pearson correlation and content analysis were used for analyzing the quantitative and qualitative data, respectively.

Results: 1) The quantitative results showed that the perceived of risk susceptibility, severity, benefits, and self-efficacy were positively correlated with health promotion behavior, with a statistical significance of 0.01. 2) The qualitative study found that perception of risk susceptibility and severity from inappropriate health behavior, the perception of benefits from correct consumption behavior, the perception of self-care, follow-up, self-efficacy from self-esteem and solving health problems.

Conclusion: The perception of self-beliefs had positively correlated with health promotion behavior suggesting that medical personnel should develop program to self-care among primigravida pregnant adolescents.

Keywords: health belief model, health promotion, primigravida adolescents



บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศอเมริกา พบว่า ในแต่ละปีวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี ตั้งครรภ์ประมาณ 750,000 ราย และ 8 ใน 10 ของจำนวนนี้ตั้งครรภ์โดยไม่ได้มีการวางแผนการตั้งครรภ์ และดำเนินการทำแท้งในที่สุด¹ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดการลดอัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี เป็นเป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ และมีเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งจะใช้เป็นทิศทางในการพัฒนาดังแต่ กันยายน พ.ศ. 2558 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2573 รวมถึงการแท้งไม่ปลอดภัยเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีความเชื่อมโยงกับปัญหาด้าน สังคม เศรษฐกิจ ศาสนา จริยธรรม ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม การเมือง กฎหมาย และการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและตายของมารดา² สำหรับประเทศไทยจากการรายงานพบว่าใน พ.ศ. 2562 หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี เท่ากับ 31.30 ต่อพัน³ สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในอัตราสูงเมื่อเทียบกับอัตราการเกิดมีชีพในมารดาในกลุ่มอายุอื่น ๆ ในแต่ละปีสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นประมาณ 1.6 ล้านคนที่คลอดบุตรคิดเป็นร้อยละ 11 ของการคลอดทั่วโลก⁴

วัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก จากวัยเด็กเติบโตเป็นวัยรุ่น ผู้ใหญ่ จากสภาพที่ต้องพึ่งพาผู้ใหญ่ทางเศรษฐกิจไปสู่สภาพที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง ด้านร่างกายก็จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ในลักษณะที่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ และสามารถตั้งครรภ์ได้ หากวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นก็จะก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมามาก ทั้งต่อสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ครอบครัว และสังคม⁵ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ส่งผลด้านร่างกายและจิตใจ คือ การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค สรีรวิทยา จิตวิทยาและทางสังคม มีทัศนคติและค่านิยมสมัยใหม่ มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ขาดความรักความอบอุ่น ส่งผลกระทบ

เกิดพฤติกรรมลอกเลียนแบบที่ไม่เหมาะสม⁶ ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะโลหิตจาง ภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน ด้านจิตใจ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีอารมณ์แปรปรวน ความวิตกกังวล ความเครียดและความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า ผลกระทบทางการศึกษาต้องออกจากโรงเรียน ด้านสังคมมักถูกประณาม ถูกทอดทิ้งจากสังคมและกลุ่มเพื่อน⁶ สอดคล้องกับแนวทางการรับรู้ประโยชน์เป็นความเชื่อของบุคคลในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ว่าสามารถป้องกันภาวะที่คุกคามสุขภาพได้⁷

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนครชัยบุรีรินทร์เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ พบว่า จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีอัตราการคลอดต่อพันคนสูงที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี ต่อกลุ่มประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน พบ 1.4, 1.2, 1.1 และ 1.0 ตามลำดับและจากข้อมูลการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี พบว่าส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 38.0 และส่วนใหญ่ไม่ตั้งใจจะมีบุตร ร้อยละ 26.5⁸ จากสภาพปัญหาที่กล่าวมานั้น จะเห็นว่าสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสนใจเป็นอย่างมากเนื่องจากวัยรุ่นยังขาดประสบการณ์ ขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดวุฒิภาวะซึ่งจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจระหว่างการตั้งครรภ์เป็นอย่างมาก และทำให้มีการเผชิญกับความเครียดระหว่างการตั้งครรภ์ รวมถึงปัญหาทางสังคมที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต⁹ จากแนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันหรือการให้ความร่วมมือในการป้องกันนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ¹⁰ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก โดยใช้รูปแบบการวิจัยผานวิธีเพื่อยืนยันคุณภาพผลการวิจัยนำโดยการใช้วิจัยเชิงปริมาณตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ



ผลการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบการพยาบาลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม อันจะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพของมารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก

คำถามการวิจัย

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกอยู่ในระดับใด
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีความสัมพันธ์ในทิศทางใดและระดับใด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed methods research) นำโดยการวิจัยเชิงปริมาณตามด้วยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ดังนี้

ประชากรเชิงปริมาณ คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่มีการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่มีการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางประมาณกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 อำนาจทดสอบ เท่ากับ .80 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์¹¹ มีค่าเท่ากับ 0.27 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 117 คน ผู้วิจัย

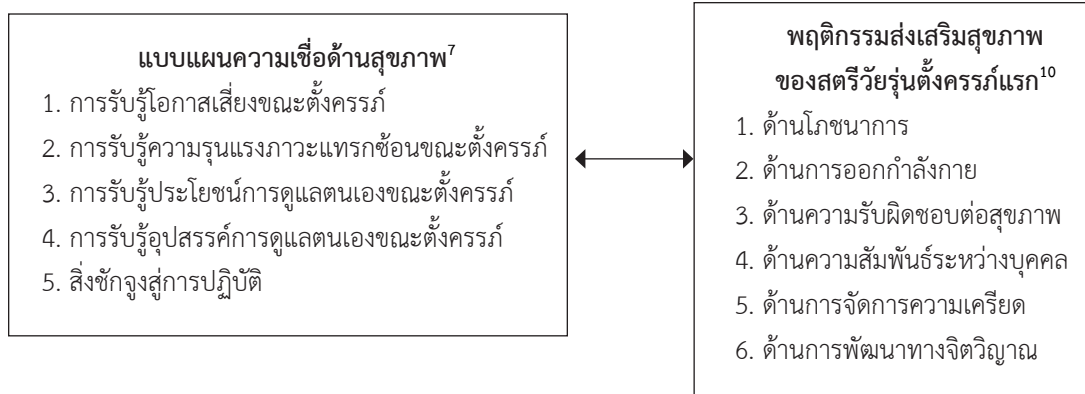
ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 124 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง¹²

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่มีการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ที่ผ่านการตอบแบบสอบถามการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกทีละ 1 คน จำนวน 12 คน (ข้อมูลอำมตัว)¹³ จากการสุ่มแบบลูกโซ่ (snowball sampling) ตามการแนะนำสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นคนแรกจากพยาบาลที่ให้บริการแผนกฝากครรภ์ และทำการสนทนากลุ่มจำนวน 10 คน¹³ โดยการเลือกแบบเจาะจง¹² จากผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการสนทนากลุ่มครั้งเดียวเพื่อยืนยันผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์แรก สัญชาติไทยที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปีบริบูรณ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาการมองเห็น การได้ยิน การสื่อสารภาษาไทย สมครใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ สตรีตั้งครรภ์แรก ที่ผ่านการตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณ

กรอบแนวคิดการวิจัย

คณะผู้วิจัยดำเนินการพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยภายในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁷ ร่วมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ¹⁰ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาเครื่องมือการวิจัยขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁷ และพฤติกรรมสุขภาพ¹⁰ จำนวน 6 ด้าน และนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณาพร้อมปรับปรุงมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาแต่ละด้าน เท่ากับ 0.88, 0.88, 0.85, 0.84, 0.88 และ 0.89 ตามลำดับ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน มีความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.79-0.90 ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา การศึกษาปัจจุบัน สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว/เดือน อายุครรภ์ อายุการฝากครรภ์ครั้งแรก และความพร้อมในการตั้งครรภ์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเชื่อด้านสุขภาพ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากคะแนน 1 – 5 ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วย เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปรับปรุง (1.00 – 2.00) ระดับปานกลาง (3.01 – 3.00) ระดับดี (3.01 – 4.00) ระดับ

ดีมาก (4.01-5.00)¹² ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ (5 ข้อ) การรับรู้ความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (4 ข้อ) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ (8ข้อ) การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ (10 ข้อ) สิ่งชักจูง สู่การปฏิบัติ (7 ข้อ) ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89, 0.88, 0.81, 0.85 และ 0.79 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากคะแนน 1 – 5 ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อย ไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปรับปรุง (1.00 – 2.00) ระดับปานกลาง (2.01 – 3.00) ระดับดี (3.01 – 4.00) ระดับดีมาก (4.01-5.00)¹² จำนวน 40 ข้อ มีความเชื่อมั่น 0.90



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา เลขที่ 033/2021 เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2564 และผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นำแนวทางของเฮลซิงกิ (Helsinki) เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การให้สิทธิความยินยอมในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและผู้ปกครองลงนามยินยอมให้ความเห็นชอบในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น การสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย อย่างเข้าใจก่อนตัดสินใจลงชื่อเข้าร่วมหรือปฏิเสธ โดยกลุ่ม ตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ของการศึกษา โดยการปฏิเสธหรือการถอนตัวนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตรมหาวิททยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมาเพื่อประสานขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือโรงพยาบาลแผนกฝากครรภ์เพื่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกรณีกลุ่มกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านได้ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำผลวิจัยเชิงปริมาณที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยโทรศัพท์ประสานขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างตามที่พยาบาลแนะนำและได้ตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณเพื่อนัดหมายการสัมภาษณ์

3.2 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลที่ละคนตามแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างจากเชิงปริมาณแต่ละด้านจนข้อมูลอิ่มตัว

3.3 ผู้วิจัยโทรศัพท์ประสานขอความร่วมมือนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อนัดหมายการทำสนทนากลุ่ม

3.4 ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม จำนวน 10 คน โดยแบ่งหน้าที่คณะผู้วิจัย คือ ผู้สนทนากลุ่ม ผู้บันทึก และผู้สังเกตการณ์

3.5 ผู้วิจัยดำเนินการนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงปริมาณแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) และการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก¹³ โดยกำหนดเกณฑ์ระดับความสัมพันธ์ 5 ระดับ¹⁴ ดังนี้



ค่า r	ระดับของความสัมพันธ์
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า .90 - 1.00	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า .70 - .90	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า .50 - .70	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า .30 - .50	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า .00 - .30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ผลการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 17.70 ปี มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 44.40 สถานะออกจากการศึกษา ร้อยละ 67.70 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน

กับสามี ร้อยละ 88.70 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 61.30 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 16,170.16 บาท/เดือนอายุครรภ์เฉลี่ย 25.26 สัปดาห์ ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 11.80 สัปดาห์ และมีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 85.50

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ย 3.99 (SD.=0.37) ระดับดี		
1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง ค่าเฉลี่ย 3.07 (SD.=0.95) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง	21	16.90
ระดับปานกลาง	40	32.30
ระดับดี	47	37.90
ระดับดีมาก	16	12.90
1.2 การรับรู้ความรุนแรง ค่าเฉลี่ย 4.06 (SD.=0.60) ระดับดีมาก		
ระดับปรับปรุง	1	0.80
ระดับปานกลาง	10	8.10
ระดับดี	49	39.50
ระดับดีมาก	64	51.60
1.3 การรับรู้ประโยชน์ ค่าเฉลี่ย 4.34 (SD.=0.35) ระดับดีมาก		
ระดับปรับปรุง		
ระดับปานกลาง	1	0.80
ระดับดี	23	18.60
ระดับดีมาก	100	80.60



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1.4 การรับรู้อุปสรรค ค่าเฉลี่ย 3.96 (SD.=0.72) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง	3	2.40
ระดับปานกลาง	9	7.30
ระดับดี	44	35.50
ระดับดีมาก	68	54.80
1.5 สิ่งชักจูงสู่การปฏิบัติ ค่าเฉลี่ย 4.14 (SD.=0.65) ระดับดีมาก		
ระดับปรับปรุง	1	0.80
ระดับปานกลาง	5	4.10
ระดับดี	49	39.50
ระดับดีมาก	69	55.60

จากตารางที่ 1 พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.99 (SD.=0.37) แยกตามองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ และการรับรู้อุปสรรค ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.07 และ 3.96 (SD.=0.95, 0.72) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ และสิ่งชักจูงสู่การปฏิบัติ อยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.06, 4.34 และ 4.14 (SD.=0.60, 0.35, 0.65) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.55 (SD.=0.35) ระดับดี		
2.1 ด้านโภชนาการ ค่าเฉลี่ย 3.31 (SD.=0.70) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง		
ระดับปานกลาง	12	9.60
ระดับดี	104	83.90
ระดับปรับปรุง	8	6.50
2.2 ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ย 4.00 (SD.=0.39) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง	2	1.60
ระดับปานกลาง	49	39.50
ระดับดี	57	46.00
ระดับปรับปรุง	16	12.90



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
2.3 ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ย 4.00 (SD.=0.39) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง	2	1.60
ระดับปานกลาง	49	39.50
ระดับดี	57	46.00
ระดับปรับปรุง	16	12.90
2.4 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.82 (SD.=0.69) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง		
ระดับปานกลาง	2	2.60
ระดับดี	64	51.60
ระดับปรับปรุง	58	46.80
2.5 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ค่าเฉลี่ย 3.57 (SD.=0.45) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง	1	0.80
ระดับปานกลาง	22	17.70
ระดับดี	55	44.40
ระดับปรับปรุง	46	37.10
2.6 ด้านการจัดการความเครียด ค่าเฉลี่ย 4.25 (SD.=0.62) ระดับดีมาก		
ระดับปรับปรุง		
ระดับปานกลาง	14	11.30
ระดับดี	96	77.40
ระดับปรับปรุง	14	11.30
2.7 ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ค่าเฉลี่ย 3.75 (SD.=0.36) ระดับดี		
ระดับปรับปรุง		
ระดับปานกลาง	10	8.10
ระดับดี	35	28.20
ระดับปรับปรุง	79	63.70



จากตารางที่ 2 พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับระดับดี คะแนนเฉลี่ยและ 3.55 (SD.=0.35) แยกตามองค์ประกอบ ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.31, 4.00, 3.82, 3.57 และ 3.75 (SD.=0.70, 0.39, 0.69, 0.45 และ 0.36) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับดีมาก 4.25 (SD.=0.62) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	r	p	ระดับความสัมพันธ์
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	.602*	0.01	ระดับปานกลาง
3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงขณะตั้งครรภ์	.260*	0.01	ระดับต่ำมาก
3.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์	.398*	0.01	ระดับต่ำ
3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์	.463*	0.01	ระดับต่ำ
3.4 การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์	.124	0.13	-
3.5 สิ่งชักจูงสู่การปฏิบัติ	.612*	0.01	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยแยกตามองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ และสิ่งชักจูงสู่การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับต่ำมาก ถึง ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก จากผลการวิจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีการรับรู้ความเสี่ยง ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อย เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคทางเพศสัมพันธ์ ภาวะโลหิตจาง และระบบโรคทางเดินปัสสาวะ

“วัยรุ่นท้องแรก มีการรับรู้ความเสี่ยง ได้แก่ การเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักเด็กเกิดน้อย เสี่ยงในการเป็น ความดันสูง โรคเพศสัมพันธ์ เลือดจาง และปัสสาวะอีกเสบ”

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ผลกระทบจากการสวมเสื้อผ้าวัดรูป ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการดิ้นของทารกน้อยกว่า 10 ครั้ง



“วัยรุ่นท้องแรกมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน ได้แก่ ผลของการกินใส่เสื้อผ้าตัวเล็ก ผลของการกินเหล้า ความรุนแรงจากการไม่สบาย ทารกคือน้อยกว่า 10 ครั้งต่อวัน”

การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การรับประทานผักและผลไม้ช่วยระบบการขับถ่าย การรับประทานเนื้อสัตว์ ไข่ นมเพิ่มขึ้นช่วยทำให้ตนเองและทารกแข็งแรง การป้องกันโลหิตจางโดยการรับประทานยาบำรุงเลือด การดูแลความสะอาดและความปลอดภัยของระบบอวัยวะ การติดตามนัดหมายและปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการนับลูกดิ้น การออกกำลังกาย

“วัยรุ่นท้องแรกมีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตัวเองเวลาท้อง ได้แก่ การกินผักและผลไม้ช่วยระบบขับถ่าย การกินเนื้อ ไข่ นม ทำให้ตัวเองและลูกแข็งแรง การกินยาบำรุงเลือด ป้องกันเลือดจาง การทำความสะอาดของอวัยวะช่วยป้องกันโรค การไปตามนัด และทำตามหมอบอกเป็นประจำ เช่น การนับเด็กดิ้น ออกกำลัง”

สิ่งชักจูงสู่การปฏิบัติ พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีสิ่งชักจูงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ ทำหน้าที่แม่ได้อย่างมีความสุข ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในขณะตั้งครรภ์ได้ตามปกติ ช่วยเหลือหรือพูดคุยหรือหาข้อมูลการดูแลตนเอง และสามารถส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ปกติเพื่อทารกในครรภ์

“วัยรุ่นท้องแรกมีแรงจูงใจในการทำ ได้แก่ ทำหน้าที่แม่ได้แล้วจะมีความสุข ทำกิจกรรมได้ตามปกติ ช่วยเหลือ พูดคุย หรือ หาข้อมูลการดูแลตัวเองเพื่อลูก”

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ระดับดี และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนของการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์กรณีไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอาจก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมา ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักทารก แรกเกิดน้อย ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางเพศสัมพันธ์ ความเสี่ยงต่อสุขภาพสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง ถ่ายปัสสาวะแสบขัด หรือโรคทางเดินปัสสาวะอักเสบ ผลกระทบการดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ และผลกระทบการคือน้อยกว่าปกติควรปรึกษาพบแพทย์ทันที ทั้งนี้อาจเนื่องจากสังคมปัจจุบันเป็นสังคมไร้พรมแดนที่สามารถศึกษาหาข้อมูลที่ตนเองสนใจได้อย่างรวดเร็วจากมือถือผ่านโลกอินเทอร์เน็ตหรือผู้เชี่ยวชาญในการเรียนรู้สำหรับการดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยรวมอยู่ในระดับดีและการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลและด้านบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ ไม่สอดคล้องกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะโลหิตจางไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาของหญิงตั้งครรภ์¹⁶ ไม่สอดคล้องกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศอิหร่านอยู่ในระดับต่ำ¹⁷ สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตการประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยซึ่งอาจจะมองเห็นถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยทำให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคแล้วทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค⁷



ไม่สอดคล้องกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น¹⁸

2. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ระดับดี และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนของการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ตามแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำและเห็นถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ ได้แก่ การรับประทานผักและผลไม้ช่วยระบบ การขับถ่าย การรับประทานเนื้อสัตว์ ไข่ นมเพิ่มขึ้นช่วยทำให้ตนเองและทารกแข็งแรง การป้องกันโลหิตจางโดยการรับประทานยาบำรุงเลือด การดูแลความสะอาดและความปลอดภัยของระบบอวัยวะ การติดตามนัดหมายและปฏิบัติตามตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการนับลูกดิ้น การออกกำลังกาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีความเชื่อ หรือความเข้าใจถึงประโยชน์การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งตนเองและทารกในครรภ์ สอดคล้องแนวคิดการรับรู้ประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพสามารถส่งผลกระทบให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีซึ่งการรับรู้ประโยชน์ตามแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ คือ เป็นความเชื่อความเข้าใจ หรือการคาดหวังของบุคคลถึงประโยชน์หรือผลลัพธ์ทางด้านบวกของพฤติกรรม ภายหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้ว และยังทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ อย่างแน่นอน¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ประโยชน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสมสามารถช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ¹⁷ และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวลาหมีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ สอดคล้องกับ การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ชาวอิหร่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน¹⁹

3. สิ่งชักจูงสู่การปฏิบัติ พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีสิ่งชักจูงสู่การปฏิบัติระดับดีมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนของการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีหน้าที่แม่ได้อย่างมีความสุข มีแรงผลักดันในการมุ่งสู่การกระทำคือ ทารกในครรภ์ การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในขณะตั้งครรภ์ในแต่ละวันได้ตามปกติสุข ช่วยเหลือหรือพูดคุยหรือหาข้อมูลการดูแลตนเองและสามารถส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ปกติเพื่อทารกในครรภ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกอาจมีความรู้สึกการเห็นคุณค่าของตนเองเป็นทัศนคติหรือความรู้สึกที่ดีที่อาจเกิดขึ้นจากความรู้สึกรักตนเอง เห็นถึงคุณค่าของตนเอง ยอมรับนับถือตนเองเชื่อมั่นในตนเองมีความรู้สึกภูมิใจตนเองและรับรู้ได้ว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อทารกในครรภ์ สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อในความสามารถของตนเองทำให้เกิดความตระหนักถึงและส่งผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพต่อตนเองและทารกในครรภ์ผ่านกระบวนการคิด นำไปสู่การเกิดแรงจูงใจที่สามารถตัดสินใจสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมอย่างต่อเนื่องและเต็มใจ²⁰ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคำกล่าวที่ว่าแบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักจูงทำให้เกิดการกระทำการรับรู้สภาวะของร่างกายตนเองและการให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อหรือบุคคล⁷

สรุป

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมระดับดีและมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองและสิ่งชักจูงสู่การปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การวิจัย พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก มีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับดีถึงดีมาก ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรสนับสนุนและผลักดันให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมและถูกต้องอย่างสม่ำเสมอผ่านสื่อออนไลน์

2. การวิจัย พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก ดังนั้น ควรดำเนินการวิจัยที่ทดลองเพื่อศึกษาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองได้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Reference

1. London M., Ladewig P., Ball J. Maternal and child nursing care (3rd ed.). New Jersey: Pearson education; 2011.
2. Health Center 9, Nakhon Ratchasima, Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines for care and referral of pregnant adolescents to prevent pregnancy and unsafe abortion Nakhon Chai Burin Nakhon Ratchasima. Indie Art Printing; 2016.
3. United Nations Children's Fund. Situation Analysis of Children and Women in Thailand. Bangkok: UNICEF; 2015.
4. Word Health Organization. Adolescent pregnant. [Internet]. 2012. [cited 2022 August 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>
5. Tumchuca S, Pumprayool P. Teenage pregnancy: Concept of solving problems with the district health system. Journal of Health Science Research 2018; 12(2): 29-38. (in Thai)
6. Perry S, Hockenberry M, Lowdermilk D, Wilson D. Maternal child nursing Care (5th ed.). Canada: Mosby; 2014.
7. Becker MH. (Editor). The health belief model and personal health behavior. New Jersey: Charles B. Slack; 1974.
8. Reproductive health office. Teenage pregnancy situation. Bangkok: Reproductive health office Department of Health; 2019.
9. Karalai S, Sriratanaprapat J. Relationships between social support and health promoting behavior among pregnant teenagers. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 2018 26(1), 1-10. (In Thai)
10. Pender N, Murdaugh C., Parsons M. Health promotion in nursing practice (6th ed). New Jersey: Pearson Education; 2011.
11. Thitaree D, Jantararat C, Panpilai S. Factors related to health promotion behaviors regarding nutrition among adolescent pregnant women. Nursing Journal 2019; 46 (3): 157-168. (In Thai)



12. Thanakorn P. Research methodology for health promotion management. Nakhonratchasima: Lertsilp Saan Holding Limited Partnership; 2020.
13. Siriporn J. Qualitative Study in Nursing. Bangkok: Wittayapat company limited; 2012.
14. Hinkle D, William W., Stephen G. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4th ed. New York: Houghton Mifflin; 1998.
15. Taghizadeh Z, Cheraghi M, Kazemnejad A, Pooralajal J, Aghababaei S. Difference in perception of pregnancy risk in two maternal age groups. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2017; 11(5): 9-12. (in Thai)
16. Polprasarn P, Chareonsati J, Sriarporn P. Pregnancy risk perception, time of pregnancy recognition, and first antenatal care visit of adolescent pregnant Women. *Kuakarun Journal of Nursing* 2019; 26(1): 107-120. (in Thai)
17. Rosenstock I, Strecher V, Becker M. Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly* 1988; 15: 175-83.
18. Vapy, M., Parisunyakul, S., & Xuto, P. (2015). Perceived benefits, perceived barriers of health promotion and health promoting behaviors of pregnant women, the Lao people's democratic republic. *Nursing Journal*, 42(4), 108-119.
19. Khoramabadi, M., Dolatian, M., Hajian, S., Zamanian, M., Taheripanah, R., Sheikhan, Z., Mahamoodi, Z., & Moghadam, S. A. (2015). Effects of education based on health belief model on dietary behaviors of Iranian pregnant women. *Global Journal of Health Science*, 8(2), 230-239.
20. Bandura A. Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1986.