



## ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน

ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา พย.ม.\*  
รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ PhD\*\*  
พรนภา หอมสินธุ์ PhD\*\*\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง case-control study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน การศึกษาที่ใช้ทฤษฎีอิทธิพลสามองค์ประกอบเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปีที่มารับบริการฝากครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในจังหวัดนครปฐม จำนวน 220 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ภายในอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความตั้งใจการตั้งครรภ์ แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ แบบวัดเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ และแบบสอบถามการยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส/คูรักร ครอบครัวย และชุมชน โดยมีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.70-0.97 และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน-20 เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาและ Binary Logistic Regression ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสาเหตุของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์ ( $OR_{adj} = 9.15, 95\% CI = 3.02-27.72$ ) ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ( $OR_{adj} = 11.81, 95\% CI = 4.16-33.50$ ) เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ( $OR_{adj} = 4.54, 95\% CI = 1.51-13.63$ ) การยอมรับการตั้งครรภ์จากครอบครัว ( $OR_{adj} = 15.37, 95\% CI = 5.27-44.80$ ) และการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน ( $OR_{adj} = 18.00, 95\% CI = 5.12-63.27$ ) ดังนั้น ในการจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์แรกที่ตั้งครรภ์ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีการดำเนินงานเชิงรุก โดยเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ทั้งแก่ตัวหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ครอบครัว และชุมชน

**คำสำคัญ:** การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

\*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยหมอนทอง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

\*\*ผู้รับผิดชอบหลัก: รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*\*รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



## Determinants of Late Start of Antenatal Care among Pregnant Teenager in Community

Tippawan Pota M.N.S.\*

Rungrat Srisuriyawet PhD\*\*

Pomnapa Homsin PhD\*\*\*

### Abstract

A case-control study was designed to address the purpose of the study: to identify determinants of late start of antenatal care among pregnant teenagers who living in community. Theory of Triadic Influence was used as a theoretical framework. Participants consisted of 220 pregnant adolescents aged less than 20 years old having first ANC visit within the first 12 weeks of gestation in Nakornprathom province. The subjects were divided into two groups. There were 110 of case group who received antenatal care after 12 weeks of gestation and there were 110 of control group who received antenatal care services during 12 weeks of gestation. The research instrument included the following questionnaires: personal information, Intention of Pregnancy, Perceived Self-efficacy for ANC, Knowledge of ANC, Attitude toward Pregnancy and ANC, and Approval of Partner, Family and Community, with acceptable Cronbach's alpha coefficients were between 0.70-0.97. Scale of ANC Knowledge with Kruder-Richardson -20 was 0.81. Binary Logistic Regression at 95% confidence level was used for data analysis.

The results revealed that the significant determinants of late start of antenatal care at 95 % confident interval were perceived self-efficacy for ANC ( $OR_{adj} = 9.15$ , 95% CI = 3.02-27.72) , knowledge of ANC ( $OR_{adj} = 11.81$ , 95%CI= 11.81, 95% CI = 4.16 - 33.50) , attitude toward pregnancy and ANC ( $OR_{adj} = 4.54$ , 95% CI = 1.51–13.63), approval of family ( $OR_{adj} = 15.37$ , 95% CI = 5.27-44.80) , and community approval ( $OR_{adj} = 18.00$ , 95%CI= 5.12-63.27). The results show that community nursing practitioners should be proactive: focusing accurate information and awareness of early antenatal care among adolescents, family and community.

**Keywords:** Late start of antenatal care, adolescents

---

\*Student in Master of Nursing Science Program in Community Nursing Practice, Faculty of Nursing, Burapha University, and Registered Nurse at Huymontong Health Promotion Hospital, Nakornprathom province

\*\*Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

\*\*\*Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University



## บทนำ

การฝากครรภ์ (Antenatal Care) เป็นบริการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และนับได้ว่าเป็นขั้นตอนแรกในการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะของการเจ็บครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้มีการฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์แรกที่ตั้งครรภ์ เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครอบคลุม สืบเนื่องจากสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาที่เกิดจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในปัจจุบันซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การฝากครรภ์ของมารดาวัยรุ่นไม่ได้เป็นปัญหาสาธารณสุข แต่การไม่ฝากครรภ์ของมารดาวัยรุ่นกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุข เนื่องจากการไม่ฝากครรภ์ในวัยรุ่นเป็นภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์สูง ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติสาธารณสุข<sup>1</sup> พบว่าวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเพิ่มขึ้นจาก 95,000 คนในปี พ.ศ. 2546 เป็นประมาณ 104,300 คนในปี พ.ศ. 2558 ในจำนวนนี้เป็นการคลอดบุตรโดยวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีประมาณปีละ 3,000 คน ปีพ.ศ. 2559 พบอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี เท่ากับ 1.4 ต่อประชากรหญิงวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี 1,000 คน และพบอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีเท่ากับ 42.5 ต่อประชากรหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ไม่เกิน 0.5 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน และลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีลงไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน<sup>2</sup> จากสถิติประเทศไทยพบสตรีตั้งครรภ์เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์เพียงร้อยละ 40.7 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดคือ ร้อยละ 60 ขึ้นไป ถือได้ว่าเป็นปัญหาต่อรับดำเนินการหรือหาแนวทางในการแก้ไข

จังหวัดนครปฐมเป็นอีกจังหวัดหนึ่งที่มีสถานการณ์อัตราการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นไม่แตกต่างจากระดับประเทศ ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม<sup>3</sup> พบอัตราการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 1,000 คน ในปี 2556-2558 คิดเป็น 50.71; 52.18 และ 54.45 ตามลำดับ และ จากข้อมูลการมารับบริการฝากครรภ์ในปี 2558 พบว่าหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้าเป็นหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 25.4<sup>3</sup> และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพต้องมาฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และควรมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ เพื่อลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายของมารดาและทารก โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นที่เป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดเพิ่มมากขึ้น<sup>4</sup>

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับการฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากเริ่มฝากครรภ์ช้า หรือไม่เข้ารับการฝากครรภ์ มีปัญหาค่าใช้จ่าย เป็หน่ายกับการต้องใช้เวลาตรวจนานและไม่ได้รับบริการที่ดีจากเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการรับฝากครรภ์ ขาดความเป็นส่วนตัว อีกส่วนหนึ่งปฏิเสธว่าตนเองตั้งครรภ์ และพยายามปกปิดเรื่องนี้ไว้ และประมาณร้อยละ 30-60 ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้ง<sup>5</sup>

จากการทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์หรือไม่ฝากครรภ์ของมารดาตั้งครรภ์ทั่วไปและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่าปัจจัยเกี่ยวข้องของหลายระดับ คือ มีทั้งปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยระดับสิ่งแวดล้อม ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ว่าตนเองสบายดีและยังสามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ไปรับบริการฝากครรภ์ช้า<sup>6</sup> และพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองน้อยส่งผลให้มารับบริการฝากครรภ์ช้า<sup>6,7,8</sup> ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น<sup>9</sup> หญิงตั้งครรภ์ทั่วไปและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีปัจจัยด้านทัศนคติต่อการตั้งครรภ์เชิงลบต่อการมาฝากครรภ์ ทำให้มาฝากครรภ์ช้า<sup>8,10</sup> และถ้าขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องการฝากครรภ์มีแนวโน้มมาฝากครรภ์น้อยด้วย<sup>11</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยระดับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น<sup>7,8,12</sup> ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่สมรสแล้วมีการมาฝากครรภ์เร็วขึ้น<sup>5</sup> และครอบครัวที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจมีรายได้น้อย และไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่เห็นความสำคัญของการมาฝากครรภ์<sup>11</sup> รวมถึงการไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ส่งผลต่อการไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น<sup>12</sup>

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ได้อธิบายถึงปัจจัยที่สัมพันธ์หรือส่งผลต่อการมาฝากครรภ์หรือไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์<sup>13</sup> ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ช้าในช่วงแรก (หลัง 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีอิทธิพลของ 3 องค์ประกอบ (Theory of Triadic Influence) ที่บูรณาการทฤษฎีทางพฤติกรรมหลายๆ ทฤษฎีเข้าด้วยกัน ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีมหภาคของพฤติกรรมสุขภาพ (Mega-theory) ซึ่งกล่าวว่าพฤติกรรมต่างๆ เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยสามด้าน คือ อิทธิพลภายในตัวบุคคล อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และอิทธิพลจากสถานการณ์ทางสังคม การแสดงพฤติกรรมมักเกิดพร้อมกันหรือร่วมกันอย่างเป็นพลวัต (dynamic) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงไม่สามารถคำนึงถึงแต่เฉพาะปัจจัย



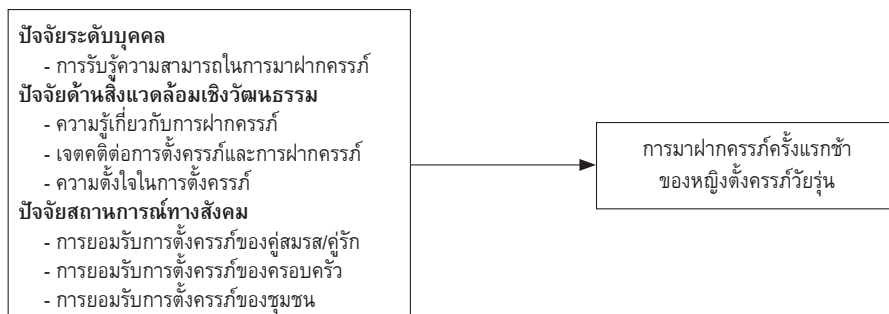
ในระดับบุคคลเท่านั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยในระดับกว้างด้วย<sup>15</sup> โดยในการศึกษานี้ได้แบ่งกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ซ้ำในช่วงแรกในระดับต่าง ๆ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม โดยปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อการฝากครรภ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการตั้งครรภ์และความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส ครอบครัวและชุมชนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำในช่วงแรกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยพบการวิจัยที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการดูแลเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาการมาฝากครรภ์ซ้ำหรือไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส/คู่รัก ครอบครัว ชุมชน และการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีอิทธิพลของ 3 องค์ประกอบ (Theory of Triadic Influence: TTI) ของ Flay & Petraitis<sup>14</sup> เป็นกรอบในการศึกษาตัวแปรในการอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำในช่วงแรกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบงานวิจัย** เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Case-control Study)

TTI เป็นทฤษฎีที่บูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะอธิบายและทำนายปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรม วิธีส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ทฤษฎีนี้อธิบายว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) อิทธิพลปัจจัยระดับบุคคล (Biology/ Personality) 2) อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม (Cultural Environmental Influences) และ 3) อิทธิพลสถานการณ์ทางสังคม (Social Situation-context Influences) ภายในอิทธิพลแต่ละตัวดังกล่าวจะประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อ การมาฝากครรภ์ซ้ำในช่วงแรก ทฤษฎีนี้อธิบายให้เห็นว่าพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นเป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อน มิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการร่วมกันทั้งปัจจัยป้องกันและปัจจัยเสี่ยง ซึ่งปัจจัยต่างๆ มีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันทั้งในระดับเดียวกันและต่างระดับ การแสดงพฤติกรรมจึงมิได้เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยเพียงตัวใดตัวหนึ่งเท่านั้น แต่มักเกิดพร้อมกันหรือร่วมกันอย่างเป็นพลวัต (Dynamic) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงกันไปมาอยู่ตลอดเวลาทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ความเชื่อ ทัศนคติ และปัจจัยทางสังคม ในการศึกษานี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ พบว่า ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์ต่ำมีความเสี่ยงต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ดี เจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ ปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส ครอบครัว และชุมชนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกตามเกณฑ์

**ประชากร** คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในจังหวัดนครปฐมและมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครปฐม



**กลุ่มตัวอย่าง** แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มศึกษา หมายถึง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และมารับบริการฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ 2) กลุ่มเปรียบเทียบ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และมารับบริการฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์

วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาประชากร ซึ่งมีลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครปฐม มารับบริการฝากครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในจังหวัดนครปฐม ระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2559 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) สุ่มเลือกอำเภอที่ศึกษามาสามอำเภอจากทั้งหมด 7 อำเภอ เพื่อเป็นตัวแทนของ จ.นครปฐม จากนั้นในแต่ละอำเภอ สุ่มตำบลโดยวิธีการจับฉลากมาร้อยละ 50 โดยในแต่ละตำบลที่สุ่มมาจะเป็นพื้นที่ของรพ.สต.ที่มีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมารับบริการเพื่อนำมาแยกกลุ่มออกเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบให้มีจำนวนพอๆ กันในแต่ละอำเภอตามสัดส่วนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่คำนวณไว้

คำนวณขนาดตัวอย่างจากการเปิดตารางขนาดตัวอย่างที่ใช้สถิติ Logistic Regression<sup>16</sup> โดยกำหนด Power ที่ 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างจากการศึกษาคั้งนี้เท่ากับ 103 ราย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต้องไม่น้อยกว่ากลุ่มละ 103 ราย ในการศึกษาครั้งนี้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ใช้จริงทั้งหมด 220 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 110 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 110 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีทั้งหมด 2 ส่วน ส่วนที่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ ประวัติการคุมกำเนิด ส่วนที่ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการฝากครรภ์และประวัติการการคลอด มีจำนวน 9 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบวัดความตั้งใจการตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมี 1 คำถาม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการวางแผนที่จะตั้งครรภ์ในครั้งนี้อหรือไม่ ถ้าตอบวางแผนให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน ถ้าตอบ ไม่วางแผน ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

**ส่วนที่ 3** แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นว่าสามารถมาฝากครรภ์ได้ตามกำหนดเวลา ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 4 ระดับ (มั่นใจมาก = 4 คะแนน ถึง ไม่มั่นใจ = 1 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) เท่ากับ 0.97 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13-52 คะแนน การแปลผลโดยใช้เกณฑ์อิงกลุ่มค่าเฉลี่ยรวมเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 2 ระดับ ระดับสูง หมายถึง คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ยรวม ( $> 36$ ) ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยรวม ( $\leq 36$ )

**ส่วนที่ 4** แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ อาการเริ่มแรกของการตั้งครรภ์และความสำคัญของการฝากครรภ์ ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบถูก-ผิด มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.81 ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ อยู่ในช่วง 0-10<sup>17</sup> กำหนดเกณฑ์ความรู้สูงไว้ที่ระดับคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป การแปลผล คะแนน 8-10 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนน 0-7 หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

**ส่วนที่ 5** แบบวัดเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ มีคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นและความรู้สึกทางบวกจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 4, 8, 9, 11 และ ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นและความรู้สึกทางลบจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 5, 6, 7 และ 10 ค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) เท่ากับ 0.83 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์อิงกลุ่มค่าเฉลี่ยรวมเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น 2 ระดับ ระดับสูง หมายถึง คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ยรวม ( $> 46$ ) ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยรวม ( $\leq 46$ )

**ส่วนที่ 6** แบบวัดการยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส/คู่รัก ครอบครัว และชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีข้อคำถาม 3 ข้อ คือ คู่สมรส/คู่รัก ครอบครัว และชุมชนของท่านได้แสดงออกว่ายอมรับหรือสนับสนุนการตั้งครรภ์ของท่านครั้งนี้มากน้อยเพียงใด มีลักษณะเป็นมาตราวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ (ไม่ยอมรับ = 1 ถึง ยอมรับได้มาก = 5) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) เท่ากับ 0.70 เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนน  $> = 3$



คะแนน หมายถึง การยอมรับการตั้งครรภ์ คะแนน < 3 คะแนน หมายถึง การไม่ยอมรับการตั้งครรภ์

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** โครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 03-08-2559 วันที่ 26 กันยายน 2559 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย สิทธิการถอนตัว ประโยชน์และความเสี่ยงของงานวิจัย และการรักษาความลับแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์และไม่ไต่สมรส ผู้วิจัยได้ให้ผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมร่วมด้วย

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ กันยายน ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอของอำเภอกำแพงแสน อำเภอเมือง และอำเภอสามพรานจังหวัดนครปฐม
2. โดยชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา และขอความร่วมมือและชี้แจงการใช้เครื่องมือกับพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่
3. ในแต่ละรพ.สต.ที่ถูกสุ่มเป็นพื้นที่ที่ศึกษา ผู้วิจัยได้ชี้แจงการใช้เครื่องมือกับผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. เพื่อให้ติดต่อประสานนัดพบประชากรกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นจึงออกติดตามเยี่ยมบ้าน และแนะนำตัวพร้อมชี้แจงรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามซึ่งมีทั้งหมด 6 ส่วน กรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

**การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยสถิติเชิงบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุของการไม่มาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยไบนารีลอจิสติก (Binary

Logistic Regression) และคำนวณหาค่า Adjusted Odds Ratio (OR<sub>adj</sub>) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI

## ผลการวิจัย

**1. ข้อมูลทั่วไป** หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ฝากครรภ์ครั้งแรกช้า และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนดมีข้อมูลทั่วไปคล้ายกัน อายุเฉลี่ยพอๆ กันคือประมาณ 17 ปี ร้อยละ 50 สถานภาพสมรสคู่และไม่ได้อยู่กับสามี ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด กว่าหนึ่งในสามสามีจบระดับการศึกษาสูงสุดระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และไม่มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน สามีส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 13,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ มีรายได้พอเพียงกับรายจ่าย และมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ทั้งนี้ส่วนใหญ่มีประวัติ เคยคุมกำเนิดแต่ไม่สม่ำเสมอ

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

**2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุ** ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า ปัจจัยสาเหตุของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์ (OR<sub>adj</sub> = 9.15, 95 % CI = 3.02-27.72) ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ (OR<sub>adj</sub> = 11.81, 95 % CI = 4.16-33.50) เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ (OR<sub>adj</sub> = 4.54, 95 % CI = 1.51-13.63) การยอมรับการตั้งครรภ์จากครอบครัว (OR<sub>adj</sub> = 15.37, 95 % CI = 5.27-44.80) การยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน (OR<sub>adj</sub> = 18.00, 95 % CI = 5.12-63.27) ปัจจัยสาเหตุของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้แก่ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และการยอมรับการตั้งครรภ์จากคู่สมรส/คู่รัก



**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัย เปรียบเทียบอัตราส่วนของ..(OR<sub>adj.</sub>).. และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสาเหตุต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (n = 220)

ปัจจัย	ฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำ		OR <sub>adj.</sub>	95% CI
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
<b>การรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์</b>				
สูง	11 (10.0)	65 (59.1)	9.15*	3.02 - 27.72
ต่ำ	99 (90.0)	45 (40.9)		
Mean , SD	32.39 , 4.10	40.17 , 7.51		
Min : Max	24 : 42	25 : 52		
<b>ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์</b>				
สูง	18 (16.4)	73 (66.4)	11.81*	4.16 - 33.50
ต่ำ	92 (83.6)	37 (33.6)		
Mean , SD	5.43 , 1.33	7.76 , 0.88		
Min : Max	3 : 9	5 : 10		
<b>เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์</b>				
เชิงบวก	39 (35.5)	95 (86.4)	4.54*	1.51 - 13.63
เชิงลบ	71 (64.5)	15 (13.6)		
Mean , SD	42.88 , 7.40	50.99 , 4.25		
Min : Max	27 : 55	39 : 58		
<b>ความตั้งใจในการตั้งครรภ์</b>				
ตั้งใจ	25 (22.7)	44 (40.0)	2.55	0.89 - 7.23
ไม่ได้ตั้งใจ	85 (77.3)	66 (60.0)		
<b>การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส/คู่อุปถัมภ์</b>				
ยอมรับ	39 (35.5)	65 (59.1)	1.63	0.64 - 4.09
ไม่ยอมรับ	71 (64.5)	45 (40.9)		
<b>การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัว</b>				
ยอมรับ	15 (13.6)	72 (65.5)	15.37*	5.27 - 44.80
ไม่ยอมรับ	95 (86.4)	38 (34.5)		
<b>การยอมรับการตั้งครรภ์ของชุมชน</b>				
ยอมรับ	11 (10.0)	63 (57.3)	18.00*	5.12 - 63.27
ไม่ยอมรับ	99 (90.0)	47 (42.7)		

หมายเหตุ r = reference group

### การอภิปรายผล

จากการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลของปัจจัยสาเหตุการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชนสามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานของการวิจัยแต่ละข้อดังต่อไปนี้

**ปัจจัยระดับบุคคล :** การรับรู้ความสามารถในการมาฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์ต่ำมีความเสี่ยงต่อการมาฝากครรภ์

ครั้งแรกซ้ำเป็น 9.15 เท่า (OR<sub>adj.</sub> = 9.15) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์สูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา<sup>1</sup> ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลเชื่อในความสามารถของตนเองในการทำพฤติกรรมสุขภาพ และมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ มากน้อยเพียงใดมีผลต่อความพยายามในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ดี ซึ่งจากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกตามกำหนดมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อนถึง



ร้อยละ 43.7 และสูงกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้าซึ่งมีประสบการณ์การตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 28.2 และมีประวัติการแท้งบุตรสูงกว่าคือร้อยละ 10 นั้นแสดงว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ามีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์น้อยกว่า จึงส่งผลให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการมาฝากครรภ์แตกต่างกับกลุ่มที่มาฝากครรภ์ตามกำหนดสอดคล้องกับการศึกษาของ Lertsakomsiri<sup>18</sup> ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ Pantumat<sup>12</sup> ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกคือ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ( $r = 0.47$ )

**ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม:** ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และเจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ด้านความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความรู้ในการฝากครรภ์ต่ำมีความเสี่ยงต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าเป็น 11.81 เท่า ( $OR_{adj} = 11.81$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความรู้ในการฝากครรภ์สูง ซึ่งสนับสนุนแนวคิดอิทธิพลของ 3 องค์ประกอบของ Flay and Petraitis<sup>14</sup> ที่กล่าวว่า สื่อหรือข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่ เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่คนต้องปฏิบัติสัมพันธ์ด้วย ทำให้เกิดความรู้ และสามารถคาดเดาผลเสียของพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นและมีการให้คุณค่าต่อผลลัพธ์นั้น จากผลการศึกษาในที่พบว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ตามกำหนดเคยได้รับคำแนะนำให้มาฝากครรภ์ถึงร้อยละ 72.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้าที่ได้รับคำแนะนำเพียงร้อยละ 67.3 และเมื่อถามถึงเหตุผลที่มาฝากครรภ์พบว่า ต้องการความรู้ในขณะที่ตั้งครรภ์ในกลุ่มฝากครรภ์ครั้งแรกช้าสูงกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ตามกำหนด แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการมารับบริการฝากครรภ์ ส่งผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Tran, Gottvall, Nguyen, Ascher & Petzold<sup>20</sup> และ Khashan, Baker & Kenny<sup>13</sup> ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความรู้หรือไม่ได้รับการศึกษาต่อ มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของระดับการศึกษาที่สามารถอ้างอิงถึงระดับความรู้ได้ เช่น การศึกษาของ Effendi & Issaranurag<sup>10</sup> พบว่าระดับการศึกษาต่ำเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์

เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเจตคติในการฝากครรภ์ไม่ดี มีความเสี่ยง

ต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าเป็น 4.54 เท่า ( $OR_{adj} = 4.54$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ที่ดี ซึ่งสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีของ Ajzen และ Fishbein<sup>19</sup> ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการที่บุคคลเชื่อว่าพฤติกรรมดังกล่าวสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการและประเมินแล้วพบว่าจะส่งผลดีมากกว่าผลเสียเขาจึงมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น นั่นคือ การที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เกิดความตั้งใจที่จะมาฝากครรภ์และนำไปสู่การมาฝากครรภ์สำเร็จ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าเหตุผลหนึ่งที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ช้าเกิดจากติดเรียน/ทำงาน/ไม่มีเวลา ต้องการปิดบังครอบครัว รวมทั้งกลัวไม่กล้าไปฝากครรภ์ถึงร้อยละ 24.7 , 12.4 และ 4.5 ตามลำดับ รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80.9 คิดว่าการฝากครรภ์เป็นการเสียเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ Lumniun<sup>9</sup> พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .01$  และ Effendi & Issaranurag<sup>10</sup> พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีเจตคติไม่ดีต่อการฝากครรภ์มีผลต่อการไม่มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

**ปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคม:** การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัว และชุมชน มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยครอบครัว/ชุมชนไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับแรงสนับสนุน ไม่มีคนพาไปฝากครรภ์และไม่มีคนดูแล มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็น 15.37 เท่า ( $OR_{adj} = 15.37$ ) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดอิทธิพลของ 3 องค์ประกอบของ Flay and Petraitis<sup>14</sup> ที่กล่าวว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นบริบททางสังคมที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคล ได้แก่ การเลี้ยงดูของพ่อแม่ ค่านิยมของพ่อแม่ ซึ่งจะส่งผลต่อความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด และเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมหรือทัศนคติจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นบุคคลตัวแบบนั้นๆ ทำให้เกิดการรับรู้บรรทัดฐานและแรงจูงใจที่จะทำตาม ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจและความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Inino et al.<sup>7</sup> ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและการเข้าถึงข้อมูลด้านบริการฝากครรภ์ เป็นปัจจัยที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากการกระทำของบุคคลเกิดจากการสังเกต การเลียนแบบทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความผูกพันทางสังคม การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว/ชุมชนจึงมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับการให้บริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ( $OR = 2.12$  , 95%  $CI = 1.03 - 4.38$ )





การยอมรับการตั้งครรภ์ของชุมชน มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็น 18 เท่า ( $OR_{adj} = 18.00$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ดีจะสามารถช่วยสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง หากทุกระบบมีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เช่น การที่โรงพยาบาล ครอบครัว ชุมชนให้ความร่วมมือในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ทั้งในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด จะทำให้การปรับตัวและการดำเนินบทบาทการเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและสุขภาพของทารกเป็นไปด้วยดี<sup>22</sup>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้แก่ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และการยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส/คู่รัก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าในการศึกษาคั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มที่มาฝากครรภ์ตามกำหนด และกลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้า ส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนที่จะตั้งครรภ์คล้ายคลึงกัน คือกว่าร้อยละ 60 ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก และเหตุผลที่มาฝากครรภ์ช้ามากกว่าร้อยละ 70 ระบุว่าตนเองตั้งครรภ์ ดัดเรียน และต้องการปิดบังครอบครัว และพบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่กับสามี ฉะนั้นความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และการยอมรับหรือไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ของสามี จึงไม่ส่งผลต่อการฝากครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แต่การศึกษาของ Inino et al.<sup>7</sup> กลับพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและการเข้าถึงข้อมูลด้านบริการฝากครรภ์ เป็นปัจจัยที่สำคัญและส่งผลต่อพฤติกรรมของการมารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด

### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรดำเนินงานเชิงรุก ค้นหาหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา โดยทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ ภายในอายุครรภ์ 12 สัปดาห์
2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดทำโครงการ เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ และรู้จักวางแผนครอบครัว

3. สร้างเครือข่ายร่วมกันระหว่างโรงเรียน บ้าน ชุมชน และโรงพยาบาล โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน แกนนำหมู่บ้าน ครู มีบริการคลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น รวมทั้งประสานการดูแลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. การศึกษาซ้ำแบบ Case-control Study โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมให้มีขนาดเพิ่มเป็นมากกว่า 1 เท่า เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ
5. การศึกษาไปข้างหน้า (Longitudinal Study) โดยศึกษาติดตามกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก และเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงเพื่อถอดคิดจากการถามปัจจัยเสี่ยงย้อนหลัง
6. ควรออกแบบการศึกษาในเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมป้องกันการมาฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เน้นการส่งเสริมการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ เนื่องจากในการศึกษานี้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีอายุน้อย และไม่ได้รับการศึกษาที่เพียงพอและขาดความรู้ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และการมารับบริการฝากครรภ์ตามกำหนด

### References

1. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company; 1997.
2. Department of Health, Ministry of Public Health. Executive summary, strategic prevention and correction pregnancy problems in national adolescents: 2017-2026, According to the act on prevention and correction of pregnancy problems in adolescence [database on the Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 2]. Available from: [http://www.anamai.moph.go.th/download/all\\_file/index/actionplan\\_tp/the-National-Strategy-on-Prevention-and-Solution-of-Adolescent-Pregnancy-B.E.2560-2569\(2017-2023\).pdf](http://www.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/actionplan_tp/the-National-Strategy-on-Prevention-and-Solution-of-Adolescent-Pregnancy-B.E.2560-2569(2017-2023).pdf).
3. Communicable Disease Control, Nakhon Pathom Provincial Health Office. Summary of mother and child performance Nakhon Pathom Province, fiscal year 2015. Nakhon Pathom: Nakhon Pathom Provincial Health Office; 2015.
4. Kanjanasatit J, Pitipatano S. Nursing care needs of adolescent pregnant women at antenatal clinic at Saraburi Hospital [database on the Internet]. 2014 [cited 2014 March 30]. Available from: <http://www.amsarthailand.utcc.ac.th/attachments/article/34/15%20Jiraporn%20thai.pdf>
5. Techain M, Siriwattanapha P. Adolescent pregnancy.



- Journal of Primary Care and Family Medicine 2013; 3(2): 39-53.
6. Ronglue S, Talengjit P, Siriborirak S. Unwanted pregnancy in Teenagers: A survey of problems and needs for health care support. *Siriraj Nursing Journal* 2012; 5(1): 15-28.
  7. Inino Y, Silbhud J, Chompikul J. Factors related to perception of antenatal care services among pregnant women in Nakhon Pathom Province, Thailand. *Journal of Public Health and Development ASEAN Institute for Health Development Mahidol University* 2011; 9(2): 106-116.
  8. Pornsamutisin P, Phoomarin A. Factors related to birth and birth, Complications without antenatal care: Ban Khai Hospital Rayong. *Journal of Public Health* 2011; 20(4): 629-638.
  9. Lumnum T. The study of prevalence of no antenatal care and factors associated with no antenatal care among mothers WHO delivered at hospitals of Bangkok metropolitan administration. Thesis Master of Nursing Science, Advanced Midwifery, Graduate Studies, Mahidol University; 2010.
  10. Effendi R, Isaranurag S. Factor related to regular utilization of antenatal care service among postpartum mothers in Pasar Rebo General Hospital Jakarta, Indonesia. *J. Pub. Health* 2012; 6(1): 121-30.
  11. Ratchaputi A, Chareonsanti J, Kantaruksa K. Situational analysis of inadequate antenatal visits among pregnant women, Ranong Hospital. *Nursing Care* 2011; 38(3): 20-29.
  12. Pantumat S. Alternative: Factors related to self-care behaviors among primigravida teenagers in Ubonratchathani province. Thesis Master of Nursing Science, Family Health, Graduate Studies, Mahidol University; 2013.
  13. Khashan A S, Baker P N, Kenny L C. Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*; 2010.
  14. Flay B R, Petraitis J. The theory of triadic influence: a new theory of health behavior with implication for prevention interventions. *Advances in Medical Sociology*; 1994.
  15. Homsin P. Concepts and theories for practice: smoking and alcohol drinking prevention among adolescents. Chonburi: Chonburi Printing, Thailand; 2015.
  16. Hsieh F Y. Sample size tables for logistic regression. *Statistic in medicine*; 1989.
  17. Bloom B S. Mastery learning. Los Angeles: Losangeles University of California; 1968.
  18. Lertsakornsiri, M. Factors related to health promoting behaviors of pregnant women in antenatal clinic Bangkok. *Journal of Public Health* 2009; 39(2): 161-172.
  19. Ajzen I. Construction a TpB Questionnaire: conceptual and methodological considerations [database on the Internet]. 2006 [cited 2018 Jan 2]. Available from <http://people.umass.edu/ajzen/pdf/tpb.Measurement.pdf>
  20. Tran T K, Gottvall K, Nguyen H D, Ascher H, Petzold M. Factor associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexts-results from two health and demographic surveillance sites in Vietnam [database on the Internet]. 2012 [cited 2014 March 20]. Available from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/40>.
  21. Sirithanawuthichai T, Pornsan S, Rangsoi E. Factors and reasons for antenatal adolescents in Mahasarakham Hospital. *Journal of Science and Technology Special Issue*. In The 5th Mahasarakham University Conference; 2009.
  22. World Health Organization. Pregnant adolescents: Delivery on globe premises of hope [database on the Internet]. 2010 [cited 2015 October 23]. Available from [http://whqlbdoc.who.int/publications/2006/9241593784\\_eng.pdf](http://whqlbdoc.who.int/publications/2006/9241593784_eng.pdf).