

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรมบริการต่อมารดาวัยรุ่นของพยาบาลแผนกสูติกรรมครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
 - 1.1 ความหมายของวัยรุ่น และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
 - 1.2 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย
 - 1.3 ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: มุมมองทางการแพทย์ และการพยาบาล
2. ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
 - 2.1 ความหมายของทัศนคติ
 - 2.2 ความสำคัญของทัศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพวัยรุ่น
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของผู้ให้บริการวัยรุ่น
3. แนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพวัยรุ่น
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน
 - 3.2 แนวคิดการพยาบาลมารดาวัยรุ่น
 - 3.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์
 - 3.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอด
 - 3.2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะหลังคลอด
 - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาล
4. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ กับพฤติกรรมบริการ
 - 4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล
 - 4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมบริการของ

พยาบาล

แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ความหมายของวัยรุ่น และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ความหมายของวัยรุ่นซึ่งได้มีผู้ให้คำจำกัดความไว้โดยสังเขป ดังนี้

World Health Organization [WHO] (1998; WHO, 2003; WHO, 2006) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่าเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 10-19 ปี เป็นวัยที่มีลักษณะ 3 ประการ คือ มีพัฒนาการทางด้านร่างกายตั้งแต่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศจนถึงมีวุฒิภาวะทางเพศ มีพัฒนาการทางด้านจิตใจโดยมีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ และมีการเปลี่ยนแปลงจากสภาวะทางด้านเศรษฐกิจไปสู่การพึ่งตนเอง

สุชา จันทรเฒ (2540) ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า เป็นวัยที่ย่างเข้าสู่วัยผู้ใหญ่โดยยึดความพร้อมทางด้านร่างกาย หรือภาวะสูงสุด จิตสูงสุดของร่างกายเป็นเครื่องตัดสินเป็นระยะของช่วงชีวิตที่คั่นระหว่างความเป็นเด็กกับผู้ใหญ่ ซึ่งไม่สามารถแบ่งชัดเจนได้อย่างแน่นอนว่าควรกำหนดว่ามีอายุเท่าใด

Dorothy (1991) ได้ให้ความหมายโดยพิจารณาจากเกณฑ์ทางด้านร่างกาย ช่วงอายุ และเกณฑ์ทางด้านสังคม โดยด้านร่างกายนั้นจะเป็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านสัดส่วนของร่างกาย และอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย ส่วนเกณฑ์ตามช่วงอายุนั้นอาจไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริง เพราะเด็กแต่ละคนมีการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นไม่พร้อมกัน

Steinberg (1993) ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า คือ วัยแห่งการเจริญเติบโตสู่ความเป็นผู้ใหญ่ เป็นเวลาแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

Kaplan and Sadock (1991) วัยรุ่น คือ วัยที่อยู่ระหว่างเด็ก และผู้ใหญ่ ที่มี การเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

โดยสรุป วัยรุ่น หมายถึง วัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งมีอายุระหว่าง 10-19 ปี

ความหมายของการตั้งครรภ์วัยรุ่น

การตั้งครรภ์วัยรุ่น หรือ Teenage Pregnancy หรือ Adolescent Pregnancy (WHO, 2006; WHO, 2007) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้พอสังเขป ดังนี้

WHO (2006) ให้ความหมายการตั้งครรภ์วัยรุ่นว่าคือ การตั้งครรภ์ในช่วงอายุ 10-19 ปี คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (2554) ให้ความหมายว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี

วรพงศ์ ภู่งศ์ (2549) กล่าวว่า การตั้งครรภ์วัยรุ่น คือ การตั้งครรภ์ในผู้ที่มีอายุ 19 ปี หรือน้อยกว่า

อุดม เชาวรินทร์ (2551) ได้ให้ความหมายของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นว่า เป็นการตั้งครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์อายุ 19 ปี หรือน้อยกว่า

โดยสรุป การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะมีการให้ข้อมูลที่ตรงกัน คือ เป็นการตั้งครรภ์ในช่วง 19 ปีหรือน้อยกว่า

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย

อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลกมีประมาณ 54 คนต่อประชากรหญิงวัยรุ่น 1,000 คน ประเทศสหรัฐอเมริกาการตั้งครรภ์วัยรุ่นประมาณ 56.2 คนต่อประชากรหญิงวัยรุ่น 1,000 คน ประเทศอังกฤษประมาณ 58 คนต่อประชากรหญิงวัยรุ่น 1,000 คน และในแถบประเทศที่ด้อยพัฒนา การตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เช่น ประเทศแอฟริกาใต้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 115 คนต่อประชากรหญิงวัยรุ่น 1,000 คน (WHO, 2007) ประเทศไทยจากการสำรวจอัตราการคลอดในผู้ที่อายุ 15-19 ปี ของสำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547-2551 เท่ากับ 47.3, 49.3, 48.9, 49.1 และ 50.1 ตามลำดับต่อประชากรหญิงวัยรุ่น 1,000 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) สำหรับสามจังหวัดชายแดนใต้ จากการสำรวจหญิงตั้งครรภ์ที่มีบุตรคนแรกต่ำกว่า 20 ปี พ.ศ. 2551-2553 พบร้อยละ 13.1, 10.2 และ 8.7 ตามลำดับ (ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา, 2553) จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทุกประเทศทั่วโลกมีอัตราที่สูงขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสรุปได้ดังนี้

1. การเข้าสู่วุฒิทางด้านร่างกายเร็วขึ้น (Early Onset of Physical Maturity) ในปัจจุบันเด็กเริ่มเข้าสู่วัยหนุ่มสาวเร็วกว่าแต่ก่อน กล่าวคือ มีการเจริญเติบโตทางด้านสรีระตั้งแต่อายุน้อย ในขณะที่ยังไม่มีความพร้อมด้านอื่น ๆ สาเหตุเนื่องจากอาหารที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตของร่างกาย และมีมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ทำให้ร่างกายเด็กเจริญเติบโตเร็วขึ้นที่เห็นได้ชัด คือ อายุของเด็กสาวที่เริ่มมีประจำเดือนลดลง (Nielson, 1999; Sally, 1989)
2. การขาดความรู้ในเรื่องเพศศึกษา และพัฒนาการทางเพศของวัยรุ่น (Lack of Sexual Knowledge) วัยรุ่นไม่นิยมใช้วิธีการคุมกำเนิดถึงแม้จะกลัวการตั้งครรภ์ ทั้งนี้เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา การเจริญพันธุ์ และการคุมกำเนิด (WHO, 1998)
3. อิทธิพลของสื่อ (Influence of Media) ที่มีการถ่ายทอด ค่านิยมตะวันตกที่มองว่าเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงออกของความรัก เป็นประสบการณ์ของชีวิต และการมีประสบการณ์ทางเพศมากเป็นสิ่งที่ค่อขย ๆ ซึมซับเข้ามาครอบงำความคิดเกี่ยวกับค่านิยมความบริสุทธิ์ของผู้หญิงเปลี่ยนไปเป็นการยอมรับ ความเชื่อ และค่านิยมผิด ๆ จากตะวันตก นอกจากนั้นสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เช่น ศูนย์การค้า โรงภาพยนตร์ ดิสโก้เทคต่าง ๆ ล้วนเป็นสิ่งยั่วให้วัยรุ่น

ซึ่งเป็นวัยแห่งการเรียนรู้ อยากรู้ อยากเห็น อยากลอง ทำให้มีเพศสัมพันธ์ เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ (สุชาดา รัชชกุล, 2541)

4. อิทธิพลของเพื่อน (Influence of Peers) จากสภาพสังคมไทยแต่เดิมที่มีการถ่ายทอดความเชื่อที่ว่า การพูดคุยเกี่ยวกับเพศเป็นสิ่งที่ไม่ดี และไม่ควรเปิดเผย เพราะเกรงว่าหากเด็กรู้เรื่องเพศแล้วจะกระตุ้นให้วัยรุ่นอยากลอง ความเชื่อเหล่านี้ยังคงอยู่แม้ว่าสภาพสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ด้วยเหตุนี้พ่อแม่เกือบจะไม่มีการบอกรับฟังในการแนะนำ หรือสอนเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา แต่การสอนมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ผู้เรียนไม่กล้าซักถามเพราะอายเพื่อน ผู้สอนไม่สามารถอธิบายให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบตามหลักการที่ถูกต้องในชั้นเรียน (สุชาดา รัชชกุล, 2541) ทำให้วัยรุ่นไม่ได้รับความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง และอาจนำไปสู่การชั่วร้ายทางอารมณ์ กระตุ้นให้เกิดการอยากลองโดยไม่สามารถควบคุมได้ (วัลลภ ปิยมโนธรรม, 2544)

5. ความต้องการความมั่นใจในเรื่องความปกติทางเพศ (Desire for Reassurance That They are Sexually "Normal") เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นเด็กวัยรุ่นมักชอบทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับเพื่อนต่างเพศที่ถูกใจ ชอบอยู่ใกล้ชิดกับเพื่อน ชอบให้เพื่อนต่างเพศสนใจเพราะเห็นว่ารูปร่างหน้าตาของตนชวนมอง ชอบพูด และฟังเรื่องเพศ ชอบอ่านหนังสือ หรือบทละครที่มีเรื่องเพศเป็นส่วนใหญ่ (สมิทธิ์ สระบุรี อ้างถึงใน ปาริฉัตร พงษ์จำปา, 2540) เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมทางเพศ และเป็นการทดสอบว่าตนเองมีลักษณะทางเพศปกติ

6. การขาดการอบรมที่เหมาะสมจากผู้ใหญ่ (Lack of Appropriate Supervision and Model) ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น (โสภณ สนิมมณ, 2536) ทำให้บทบาทของปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีอิทธิพลต่อจิตใจของวัยรุ่นมีโอกาสดลดลงเมื่อครอบครัวต้องอยู่ตามลำพังทำให้บิดามารดาต้องไปทำงานนอกบ้าน จึงเปิดโอกาสให้วัยรุ่นหญิงชายคบหากันตามลำพัง เมื่อได้รับการถ่ายทอดวัฒนธรรมผิด ๆ เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์จากสื่อ และเพื่อนโดยขาดการป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมส่งผลให้ชาย-หญิง มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร สอดคล้องกับการศึกษาของ คณิดา โพธิ์เจริญชนะพันธ์ (2539) พบว่า วัยรุ่นชายในเมือง ร้อยละ 85.9 และวัยรุ่นชายในชนบท ร้อยละ 75.6 เคยมีเพศสัมพันธ์กับคูรักของตน ขณะที่วัยรุ่นหญิงในเมือง ร้อยละ 76.6 และวัยรุ่นหญิงในชนบท ร้อยละ 45 เคยมีเพศสัมพันธ์กับคูรักของตน

7. การต่อต้านในครอบครัว (Rebellion From Family) วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการค้นหาเอกลักษณ์ของตน ต้องการความอิสระ ในขณะที่วัยนี้ก็ยังพึ่งพาครอบครัวอยู่ วัยรุ่นจึงอาจเกิดความสับสน และมีปัญหาขัดแย้งกับครอบครัวได้ ทั้งนี้การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมีสาเหตุต่าง ๆ กัน เช่น คิดว่าการกระทำความผิดจะเป็นที่ยอมรับจากสังคม หรือกระทำให้เพื่อต่อต้านพ่อแม่

หรืออาจต้องการความมีอิสระของตนเอง การขาดความรักความอบอุ่น ขาดความมั่นคงทางจิตใจ จะส่งผลไปยังพฤติกรรมของวัยรุ่นโดยตรง พบว่า วัยรุ่นที่มีครอบครัวแตกแยก ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือมีพ่อแม่เพียงคนเดียว และมีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว มักมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร กว่าวัยรุ่นกลุ่มที่มีฐานะ และการศึกษาดีกว่า (สุธิดา ฉายาลักษณ์ 2551. อ้างถึงใน สุชาดา รัชชกุล, 2541)

8. การเปลี่ยนแปลงของสังคม ในอดีตสังคมไทยเป็นสังคมแบบเกษตรกรรม ประชาชนมีชีวิตที่เรียบง่ายมากกว่าปัจจุบัน แต่จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยปัจจุบันทำให้ค่านิยมของสังคมเปลี่ยนแปลง เพศหญิง และชายมีความเท่าเทียมกันทางกฎหมาย มีโอกาสทางการศึกษาเท่าเทียมกันเยาวชนทั้งชาย หญิง ใฝ่ฝันที่จะมีโอกาสเรียนในสถาบันที่มีชื่อเสียง แต่สถาบันส่วนใหญ่มักจะอยู่ในเมืองใหญ่ ๆ ดังนั้นเยาวชนที่อยู่ต่างจังหวัดจึงต้องย้ายมาอยู่อาศัยในเมืองที่มีสถานศึกษาที่ตนต้องการศึกษา ส่วนหนึ่งของวัยรุ่นที่ย้ายเข้ามาเพื่อศึกษามักจะเช่าหอพักอยู่ตามลำพัง มีอิสระในการดำเนินชีวิตบางรายอาจใช้ชีวิตร่วมกับคนที่ตนถูกใจ (นิรมล ชีรไศรย์, สุนทรวดี เขียวพิเชฐ และวรรณิ์ เดียววิเศษ, 2548) ซึ่งอาจเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนมาก่อน ตามมาจากการไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ดังกล่าวอาจเกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น การทำแท้ง การทอดทิ้งบุตร เป็นต้น

9. ค่านิยมของคนในท้องถิ่นส่วนใหญ่พบว่า ผู้หญิงที่เรียนไม่สูง จบการศึกษาในชั้นบังคับ มักจะเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั้งนี้เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา การเจริญพันธุ์ และการคุมกำเนิด (WHO, 1998)

เป้าหมาย และนโยบายของประเทศต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่น

เนื่องจากปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ซึ่งกำหนดให้การมีบุตรคนแรกของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550) ดังนั้น เพื่อแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้ได้ตามเกณฑ์ที่กรมอนามัยได้กำหนด ทางสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์จึงกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) และร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ และเสนอประเด็นการแก้ปัญหายูนิเซฟไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) มีสาระสำคัญ ดังนี้

นโยบาย และยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

1. นโยบายส่งเสริมคุณภาพของการเกิดทุกรายในประเทศไทยด้วยการทำให้ประชากรทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี

รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้การเกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ ด้วยการส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง เพื่อเป็นพลังประชากร สร้างประเทศให้รุ่งเรือง มั่งคั่ง และมั่นคงสืบไป

2. เป้าประสงค์

2.1 เพื่อให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพทางเพศในกลุ่มวัยรุ่น ทั้งนี้บนหลักความสมัครใจเสมอภาค และทั่วถึง

2.2 เพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง อบอุ่น และมีคุณภาพ โดยเฉพาะการเกิดทุกรายต้องเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ

3. ยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์

3.1 ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างครอบครัวใหม่ และเด็กรุ่นใหม่ ให้เข้มแข็ง และมีคุณภาพ

3.2 ยุทธศาสตร์ส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัย มีพฤติกรรมอนามัย การเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม

3.3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

3.4 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศแบบบูรณาการ

3.5 ยุทธศาสตร์การพัฒนากฎ ระเบียบ และกฎหมาย เกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ

3.6 ยุทธศาสตร์การพัฒนา และการจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ

สรุปสาระสำคัญของ (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ตาม (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้กล่าวถึงบุคคลย่อมมีสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิทางเพศ สิทธิเข้าถึง ได้รับข้อมูลข่าวสารรับการศึกษา และบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จากสถานบริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสมมีคุณภาพ และมาตรฐาน

(ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้กล่าวถึง ข้อพึงปฏิบัติเกี่ยวกับการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

1. สถานบริการสาธารณสุขจัดให้มีการปรึกษาหรือบริการอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างเหมาะสม ผู้ให้การปรึกษา และบริการต้องให้ข้อมูลข่าวสารอย่างถูกต้องครบถ้วน และไม่เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร หรือประวัติผู้รับบริการ
2. สถานศึกษาจัดการสอนเพศศึกษาอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับวุฒิภาวะ และวัยของผู้เรียน ถ้ามีหญิงมีครรภ์ระหว่างศึกษาให้ศึกษาต่อ และกลับไปศึกษาต่อหลังคลอดบุตรได้
3. หน่วยงานรัฐ และภาคเอกชน ไม่ขัดขวางการลาคลอดตามกฎหมาย ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง และป้องกันการล่วงเกิน คุกคาม หรือความเดือดร้อนทางเพศ
4. หน่วยงานของรัฐหรือสถานประกอบการมีหญิงมีครรภ์ที่อยู่ในภาวะไม่พร้อมจะมีบุตร ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง ให้หน่วยงานของรัฐหรือสถานประกอบการดังกล่าว ให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือ และดูแลสุขภาพของมารดา และบุตรอย่างเหมาะสม

ในมาตรา 9 ของ (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ยังกำหนดให้ผู้บังคับบัญชาหน่วยงานของรัฐหรือนายจ้างภาคเอกชน ที่มีหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติงาน ต้องไม่กระทำการใดอันเป็นการขัดขวางการลาคลอดตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งต้องส่งเสริมให้หญิงซึ่งเป็นมารดาได้เลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง และมาตรา 10 ผู้บังคับบัญชาหน่วยงานของรัฐหรือนายจ้างเอกชน มีหน้าที่ต้องป้องกันไม่ให้มีการกระทำใดอันเป็นการล่วงเกิน คุกคาม หรือ ก่อความเดือดร้อนทางเพศต่อผู้ได้บังคับบัญชา หรือลูกจ้าง และหากผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 60,000 บาท

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: มุมมองทางการแพทย์ และการพยาบาล

เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นในสตรีที่เป็นวัยรุ่นจะเกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพตามมา ทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และทารกในครรภ์ รวมถึงผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

เมื่อเกิดการตั้งครรภ์เกิดขึ้น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องมีพันธกิจ 3 ด้านตามมา คือ ขอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากการตั้งครรภ์ ขอมรับทารกในครรภ์ตามความเป็นจริง และยอมรับความเป็นจริงในการเลี้ยงดูทารก ส่วนใหญ่ไม่สามารถยอมรับการตั้งครรภ์ได้ เพราะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจทำให้วัยรุ่นมีความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช บุญเพิ่ม (2537) วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จะมีความเครียดทางอารมณ์แตกต่างกันไป ตามสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลต่อจิตใจ และอารมณ์ บางครอบครัววัดความสัมพันธ์ เพราะโกรธ และอาย (อัจฉรา อักษรวิทย์, 2540) มารดาวัยรุ่นจึงเสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต เนื่องจากต้องประสบกับความเครียดในระดับสูง รู้สึกผิดหวัง ขาดความมั่นใจ ซึมเศร้า รู้สึกว่า

คนไม่ได้รับความช่วยเหลือ ขาดที่พึ่ง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ อยากฆ่าตัวตาย มีความคิดอยากฆ่าตัวตายสูงกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า (Meschke & Bartholomae, 1998) ปัญหาความยากจนทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ประกอบกับการขาดแคลนการสนับสนุนจากครอบครัวเดิม และจากชุมชนทำให้ขาดการชี้แนะด้านสุขภาพมีปัญหาสุขภาพโภชนาการ ไม่ได้มาฝากครรภ์ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดได้มากกว่าผู้ใหญ่ กล่าวคือ อาจเกิดภาวะโลหิตจาง (Anemia) (WHO, 2006; WHO, 2007; Pillitteri, 2010) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งอาจจะมีอาการรุนแรงและชักได้ (Eclampsia) (WHO, 2006; WHO, 2007; Pillitteri, 2010; Phupong & Suebnukarn, 2007) มีการอักเสบในระบบทางเดินปัสสาวะ และอาจเกิดภาวะคลอดติดขัดเนื่องจากศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน ต้องคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (WHO, 2006; WHO, 2007; รักษาติ บุญงาชาติ, 2541) และอาจเกิดภาวะตกเลือดภายหลังคลอดได้ (WHO, 2006; WHO, 2007)

2. ผลกระทบต่อสุขภาพทารก

ความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ ทำให้มารดาารู้สึกว่าตนไม่สามารถแสดงบทบาทมารดาที่ดีได้ จึงไม่สนใจดูแลทารกในครรภ์ และจากภาวะเครียดต่าง ๆ อาจส่งผลให้มดลูกมีการหดตัวผิดปกติในขณะตั้งครรภ์ทำให้คลอดก่อนกำหนด (WHO, 2006; WHO, 2007; Olausson, Cnattingius, & Goldenberg, 1997; Pillitteri, 2010; ศรีวิสัย ศีลาฉาย, 2547) และมีน้ำหนักตัวน้อย (WHO, 2006; WHO, 2007; Pillitteri, 2010; Connolly, Kennenly, Cenroy, & Byrne, 1998; Olausson, Cnattingius, & Goldenberg, 1997; ศรีวิสัย ศีลาฉาย, 2547; รักษาติ บุญงาชาติ, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ Newton and Hint (1984) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกับความเครียดทางจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ ศึกษาในหญิงมีครรภ์จำนวน 250 คน โดยการสัมภาษณ์ 3 ครั้ง พบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่ 3 มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า สาเหตุการตาย 2 ใน 3 ของทารกที่เสียชีวิตใน 28 หลังคลอดอาจมีความผิดปกติทางประสาทคิดเชื่อได้ง่าย เนื่องจากมารดาให้การดูแลที่ไม่ดี (Meschke & Bartholomae, 1998) ทารกที่คลอดออกมามักมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดสูง (วสิน จงเจริญพรชัย, 2549) และทำให้ทารกในครรภ์เสียชีวิต และการตายปริกำเนิดจะมีอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับมารดาทั่วไป และพบว่า การตายคลอดของทารกในมารดาที่มีอายุ 15 - 19 ปี จะมีอัตราสูงขึ้นเมื่อเทียบกับมารดาอายุ 20 - 29 ปี และยังพบว่า การตั้งครรภ์จากการถูกข่มขืน หรือทารุณกรรมทางเพศจะเพิ่มอัตราการตาย และอัตราพหุผลภาพของทารกปริกำเนิดให้สูงขึ้น (WHO, 2006; WHO, 2007) นอกจากนี้ทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นจะได้รับการเลี้ยงดูไม่ดีเท่าที่ควร ขาดการดูแลเอาใจใส่ ถูกทอดทิ้ง ถูกทารุณกรรม มีอัตราการเกิดโรคเรื้อรังสูงกว่าทารก

ที่เกิดจากมารดาวัยผู้ใหญ่ (วันเต็ม สังข์ขาว, สุภาณี อ่อนชื่นจิตร, ฤทัยพร ตรีตรอง และอุมาพร บุญญโสพรรณ, 2546) และทารกอาจมีความพิการแต่กำเนิด อันเป็นผลมาจากการดามการใช้สารเสพติด หรือมีการติดเชื้อถ้ามารดาเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นจะมีพัฒนาการค่อนข้างล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ถูกทอดทิ้งไว้ในสถานพยาบาล สถานรับเลี้ยงเด็กต่าง ๆ ซึ่งเมื่อเจริญเติบโตขึ้นมักเป็นปัญหาสังคม และมีปัญหาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นจากการศึกษาของ Stier et al. (1993) พบว่า บุตรที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นจะได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง มักถูกทอดทิ้ง ทารกกรรมสูงถึงร้อยละ 12.8 รวมทั้งมีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย และทางด้านสติปัญญาช้ากว่าบุตรที่เกิดจากมารดาวัยผู้ใหญ่ถึง 1.67 เท่า

3. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การตั้งครรภ์วัยรุ่นถือเป็นปัญหาใหญ่ทางด้านสังคมที่ต้องแก้ไข นอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพของมารดา และทารกแล้วมารดายังประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และการเลี้ยงดูบุตรเป็นผลสืบเนื่องที่สำคัญของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น วัยเรียนที่จะต้องออกจากโรงเรียน และไม่สามารถกลับเข้ามาเรียนหนังสือได้เหมือนเดิม เนื่องจากขัดต่อกฎหมาย นโยบาย สังคม และศาสนา หรือบางทีอาจต้องออกจากการทำงาน ไม่มีอาชีพ ขาดรายได้ แม้ว่าสถานศึกษา บางสถานศึกษาจะเปิดโอกาสให้กลับมาศึกษาต่อ ปัจจุบันักเรียนที่กลับไปศึกษาต่อลดลงจากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการเป็นมารดามักประสบปัญหาการไม่มีงานทำ และความยากจนสืบเนื่องจนเป็นผู้ใหญ่ที่มีความต้องการพึ่งพาทางการเงิน มักประกอบอาชีพที่ไม่มีทักษะ เป็นเหตุให้หาเลี้ยงชีพอยู่ในระดับต่ำตลอด (WHO, 2006; WHO, 2007; Meschke & Bartholomae, 1998) และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งสองฝ่าย มักไม่พร้อมที่จะแต่งงานใช้ชีวิตร่วมกันจึงอาจก่อให้เกิดการทำแท้ง ประมาณร้อยละ 30 - 60 ของการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จะสิ้นสุดการตั้งครรภ์ โดยการทำแท้งซึ่งในประเทศที่สามารถทำแท้งได้ถูกกฎหมายการทำแท้งก็จะมีความปลอดภัย แต่ในประเทศที่ไม่สามารถทำแท้งได้ตามกฎหมายก็จะมีการทำแท้งเถื่อนที่ผิดกฎหมายซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ส่วนใหญ่ในประเทศที่ด้อยพัฒนาจะพบอัตราการทำแท้งสูงถึง 2.2 - 4 ล้านคน ในประเทศ Africa มีหญิงตั้งครรภ์ตายจากการทำแท้งสูงถึงร้อยละ 20 (WHO, 2006; WHO, 2007) และหากทั้งสองฝ่ายแต่งงานกัน ชีวิตครอบครัวไม่ราบรื่น มีปัญหาด้านการเงิน และมีการทารุณกรรมในครอบครัว สถานภาพสมรสมักไม่มั่นคง อัตราการหย่าร้างสูง (Meschke & Bartholomae, 1998; Nida et al, 1996)

ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ความหมายของทัศนคติ

นักวิชาการแต่ละท่านได้ให้ความหมายของทัศนคติไว้แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร (2545) ได้ให้ความหมายของคำว่า ทัศนคติ คือ สภาวะความพร้อมทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มของพฤติกรรมที่มีต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ไปในทิศทางใด ทิศทางหนึ่ง และสภาวะพร้อมทางจิตนี้จะต้องอยู่บนานพอสมควร

สร้อยตระกูล อรรถมานะ (2545) ได้นิยามว่า ทัศนคติ คือ การผสมผสานของความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้ และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง คนใดคนหนึ่ง สถานการณ์หนึ่ง ซึ่งออกมาในรูปแบบการประเมินค่าอันควรเป็นไปในทางยอมรับ หรือปฏิเสธก็ได้ และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งขึ้น

Coon (1998) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นการผสมผสานความเชื่อ และอารมณ์ที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อเป้าหมาย หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในเชิงบวก หรือเชิงลบ

Hornby (2001) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า คือ วิธีทางที่คุณคิด หรือรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือคนใดคนหนึ่ง และวิธีทางที่คุณประพฤติต่อคนใดหรือคนหนึ่ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคุณคิดหรือรู้สึกอย่างไร

Gibson (2000) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ ตัวตัดสินพฤติกรรมเป็นความรู้สึกทางบวก หรือทางลบ เป็นสภาวะจิตใจในการพร้อมที่จะส่งผลต่อการตอบสนองของบุคคลนั้น ๆ ต่อบุคคลอื่น ๆ ต่อวัตถุ หรือต่อสถานการณ์ โดยที่ทัศนคติสามารถเรียนรู้หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์

Newstrom and Devis (2002) ให้ความหมายของคำว่าทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ ความรู้สึก หรือความเชื่อซึ่งส่วนใหญ่ใช้ตัดสินว่า รู้สึกอย่างไร แนวโน้มของการกระทำเป็นอย่างไร และสุดท้ายมีพฤติกรรมอย่างไร

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นอาจสรุปได้ว่า ทัศนคติ คือ ความรู้สึก ความคิด หรือความเชื่อ และแนวโน้มที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมในเชิงบวก หรือเชิงลบต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์

ความสำคัญของทัศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพวัยรุ่น

การใช้บริการหรือการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพของวัยรุ่นมีผลมาจากความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เช่น ปัจจัยทางด้านเอกสิทธิ์ ปัจจัยด้านการศึกษา

การรับรู้ความจำเป็น ข้อจำกัดด้านการเงิน กฎหมาย การเดินทาง การถูกบังคับ หรือถูกทารุณกรรม และปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ให้บริการซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (WHO, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kenneth et al. (1997) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจแสวงหาการดูแลทางด้านสุขภาพของวัยรุ่นพบว่า ปัจจัยที่สำคัญ 2 ปัจจัย คือ บุคลิกภาพของผู้ให้บริการ การติดเชื่อจากสถานพยาบาลที่เข้ารับบริการสอดคล้องกับศึกษาของ Katz and Nare (2002) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ การคุมกำเนิด และการเข้าถึงบริการของกลุ่มเยาวชนในดาการ์ เซเนกัล พบว่า อุปสรรคในการเข้าถึงบริการของเยาวชน คือ ทัศนคติของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการจะรู้สึกงอแง และไม่เต็มใจที่จะให้บริการแก่กลุ่มเยาวชน ทำให้เยาวชนซึ่งเป็นผู้รับบริการรู้สึกอึดอัดเมื่อต้องเข้ารับบริการในสถานพยาบาล จึงส่งผลให้กลุ่มเยาวชนไม่ไปใช้บริการคุมกำเนิดในสถานพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Koster, Kemp, and Offei (2001) ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยวัยรุ่นเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นชายในกานา พบว่า อุปสรรคในการเข้าถึงบริการของวัยรุ่นชาย คือ ทัศนคติของผู้ให้บริการ ซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นชายต้องเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยวัยรุ่นจากสื่อด้วยตนเอง

จากการศึกษาวิจัยดังกล่าวข้างต้นเห็นได้ว่าทัศนคติของผู้ให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพของวัยรุ่น ซึ่งหากวัยรุ่นไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นก็อาจแก้ไขโดยการปรึกษากันเอง ซึ่งอาจถูกบ้างไม่ถูกบ้าง ถ้าหากสามารถปรับระบบบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ปรับแนวคิดของผู้ให้บริการว่า เป็นสิทธิของวัยรุ่นที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิในการได้รับคำปรึกษา และเลือกวิธีการบริการ หากสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขได้ ก็จะสามารถป้องกันปัญหาของวัยรุ่น ลดปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และผลที่เกิดตามมาจากการตั้งครรภ์ เมื่ออายุยังน้อย เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของผู้ให้บริการวัยรุ่น

ทัศนคติของบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ทำงานหรือผู้ให้บริการกลุ่มมารดาวัยรุ่น พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ทัศนคติแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของ Warenius et al. (2006) เกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาลผดุงครรภ์ต่อสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นในประเทศเคนยา (Kenya) และประเทศแซมเบีย (Zambia) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ทำงานในโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพ คลินิกเอกชน คลินิกวัยรุ่น และร้านขายยา ในประเทศเคนยาจำนวน 322 คน และประเทศแซมเบีย (Zambia) จำนวน 385 คน พบว่า พยาบาลผดุงครรภ์ส่วนใหญ่เห็นว่าวัยรุ่นไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ และเห็นว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้เรียนควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีการคุมกำเนิด

ส่วนวัยรุ่นที่กำลังเรียนที่มีเพศสัมพันธ์แล้วควรได้รับการคุมกำเนิดเช่นกัน นอกจากนี้พยาบาลผดุงครรภ์ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการทำแท้งในหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติของพยาบาลผดุงครรภ์ระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์ที่เข้าร่วมการอบรม กับพยาบาลผดุงครรภ์ที่ไม่ได้เข้าร่วมการอบรม พบว่า พยาบาลผดุงครรภ์ที่เข้าร่วมการอบรม มีทัศนคติที่ดีต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การคุมกำเนิด และการทำแท้งในหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากกว่าพยาบาลผดุงครรภ์ที่ไม่ได้เข้าร่วมการอบรม และเมื่อเปรียบเทียบทัศนคติของพยาบาลผดุงครรภ์ระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์หลักสูตร 4 ปี กับพยาบาลผดุงครรภ์หลักสูตร 3 ปี พบว่า พยาบาลผดุงครรภ์หลักสูตร 4 ปี มีทัศนคติที่ดีต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การคุมกำเนิด และการทำแท้งในหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากกว่าพยาบาลผดุงครรภ์หลักสูตร 3 ปี ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mpanza and Nzima (2010) เกี่ยวกับทัศนคติของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษาต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศแอฟริกาใต้ กลุ่มตัวอย่าง 97 คน พบว่า ครูส่วนใหญ่ร้อยละ 68 มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของครู พบว่าอายุ เพศ และการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของครู แต่พบว่าประสบการณ์ในการสอน และศาสนามีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของครู กล่าวคือ กลุ่มครูที่มีประสบการณ์ในการสอนมากกว่ามีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มครูที่มีประสบการณ์การสอนน้อยกว่า และครูที่นับถือศาสนาที่แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแตกต่างกัน โดยครูที่นับถือศาสนาอิสลามมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร้อยละ 100 แต่ศาสนาอื่นมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทางบวก และทางลบแตกต่างกัน

จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อทัศนคติของผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงานในแผนกสูติกรรม และการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในแผนกสูติกรรมที่คาดว่าจะมีผลต่อทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

แนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพมารดาวัยรุ่น

วัยรุ่นมีพัฒนาการแตกต่างจากวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ เป็นกลุ่มที่มีปัญหาเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมาก นอกจากนี้วัยรุ่นยังเข้าไม่ถึงบริการและไม่ไปใช้บริการที่สถานบริการด้วยเหตุผลหลายประการโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่เกิดปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ดังนั้นองค์การอนามัยโลกร่วมกับนานาประเทศ รวมทั้งประเทศไทย

จึงได้ให้ความสำคัญในการพัฒนากรอบแนวคิดในการดำเนินการให้บริการสุขภาพวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ในปัจจุบันแนวคิดในการให้บริการวัยรุ่นซึ่งรวมหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่องค์การอนามัยโลกให้ประเทศสมาชิกนำไปกำหนด

ในการให้บริการสุขภาพวัยรุ่น คือ บริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services; YFHS) ดังนั้น การทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพแก่มารดาวัยรุ่น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน

ความเป็นมาของบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน บริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน มีความหมายสั้น ๆ คือ บริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นและเยาวชน (WHO, 2003) การจัดทำบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เป็นประเด็นสำคัญที่มีการกล่าวถึงในการประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรและการพัฒนา (International Conference on Population and Development: ICPD) ในปี พ.ศ. 2537 ที่กรุงไคโร ประเทศอียิปต์และมีความชัดเจนในเชิงการดำเนินการเมื่อองค์การอนามัยโลกได้จัดการประชุม Global Consultation on Adolescent Friendly Health Services ณ กรุงเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส เมื่อปี พ.ศ. 2544 และการประชุมที่ปรึกษาที่ทำงานด้านนี้ (WHO Advisory Group Meeting) ในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งได้กำหนดคุณลักษณะของบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนเพื่อเป็นกรอบให้ประเทศสมาชิกจัดทำมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนและเร่งรัดให้ประเทศสมาชิกลงทุนพัฒนาศักยภาพสถานบริการให้จัดบริการและเร่งรัดการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อ HIV/ AIDS การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ให้ได้ตามเป้าหมาย (WHO, 2005) สำหรับประเทศไทย กรมอนามัยได้กำหนดให้มีประเด็นยุทธศาสตร์ ลดปัจจัยเสี่ยงวัยรุ่นและวัยรุ่น จึงสนับสนุนการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง และมีการจัดทำมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนร่วมกับกรมควบคุมโรค ภาควิเคราะห์สถานบริการทุกระดับ ทั้งหน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชน โดยมุ่งหวังให้มาตรฐานฯ นี้เป็นเครื่องมือสำหรับสถานบริการใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพบริการให้เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน เพื่อตอบสนองความต้องการของวัยรุ่น และเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละสถานบริการให้มากขึ้น

องค์การอนามัยโลกได้สรุปคุณลักษณะมาตรฐานของบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำเป็นมาตรฐานการจ้ดบริการ ซึ่งประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ (WHO, 2003)

1. นโยบายที่เป็นมิตร คือ ให้บริการที่เป็นไปตามสิทธิของวัยรุ่นในข้อกำหนดของสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิของเด็กและคำประกาศต่างๆที่เกี่ยวข้อง คำนึงถึงความต้องการพิเศษที่แตกต่างกันของกลุ่มประชากร รวมถึงกลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาส ไม่มีการจำกัดบริการสุขภาพด้วยเหตุผลทางเพศ ความทุพพลภาพ เชื้อชาติ ศาสนา หรืออายุ ให้ความสนใจเป็นพิเศษในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเพศ รับรองความเป็นส่วนตัว และส่งเสริมความรับผิดชอบต่อตนเอง ดังนั้นวัยรุ่นสามารถให้คำยินยอมการรักษาด้วยตนเองได้ และให้บริการสุขภาพโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย หรือมีค่าใช้จ่ายที่วัยรุ่นสามารถจ่ายได้
2. กระบวนการให้บริการที่เป็นมิตร ได้แก่ การลงทะเบียนที่ง่ายและปกปิดรวมทั้งสามารถเก็บและค้นข้อมูลย้อนหลังได้ ระยะเวลาารับการรักษาสั้น และมีระบบส่งต่อที่รวดเร็วในกรณีจำเป็น สามารถให้คำปรึกษาได้ทั้งในกรณีที่มีและไม่มีนัดหมาย
3. ผู้ให้บริการที่เป็นมิตร คือผู้ให้บริการมีสมรรถนะทางเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น และสามารถให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาและดูแลในส่วนที่เกี่ยวข้องตามสภาพแวดล้อมเป็นรายบุคคล มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร มีแรงจูงใจและสิ่งผลักดัน เข้าถึงง่าย ว่างใจได้ อุทิศเวลาให้กับผู้รับบริการหรือผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ให้ความสนใจผู้รับบริการเป็นอย่างดี ให้บริการทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ให้ข้อมูลและการสนับสนุนพร้อมทั้งเสนอทางเลือกให้วัยรุ่นสามารถเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับความต้องการได้อย่างเหมาะสม
4. ทีมสนับสนุนบริการที่เป็นมิตร คือเข้าใจและคำนึงถึงการให้บริการวัยรุ่นแต่ละคนอย่างเท่าเทียมกัน มีสมรรถนะ แรงจูงใจและการสนับสนุนที่ดี
5. สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก สถานที่ตั้งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เดินทางสะดวก และมีรูปแบบที่วัยรุ่นต้องการ เวลาเปิดบริการที่สะดวกเหมาะสมกับวัยรุ่น สถานที่มีความเป็นส่วนตัวและไม่ทำให้สังคมและชุมชนมองในแง่ลบ มีเอกสาร สื่อ สิ่งพิมพ์เพื่อให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้รับบริการ
6. วัยรุ่นมีส่วนร่วม เพื่อให้วัยรุ่นได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการและสิทธิของตน เพื่อกระตุ้นวัยรุ่นให้เคารพสิทธิของผู้อื่น และเพื่อให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการประเมินบริการรวมถึงประเมินสื่อให้ความรู้
7. มีการสื่อสารกับชุมชนและชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมคุณค่าของบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่น เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวและชุมชนสนับสนุนบริการ

8. การบริการเชิงรุกและสัมพันธ์กับบริการด้านอื่นโดยวัยรุ่นในชุมชน เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการครอบคลุมและการเข้าถึงบริการ

9. การบริการที่เหมาะสมและครบวงจร ประกอบด้วย บริการด้านกาย จิต อารมณ์ สังคม และพัฒนาการของวัยรุ่น มีบริการดูแลสุขภาพครบวงจรรวมถึงบริการส่งต่อ ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น

10. บริการสุขภาพที่มีประสิทธิผล คือมีข้อมูลจากการศึกษาวิจัยและคู่มือในการปฏิบัติงาน มีเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ และบริการพื้นฐานที่จำเป็น และมีกระบวนการปรับปรุงคุณภาพบริการปรับปรุงคุณภาพบริการ

11. การบริการที่มีประสิทธิภาพ คือมีระบบบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารและข้อมูลค่าใช้จ่ายสำหรับแหล่งทรัพยากรต่างๆ มีระบบการใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร

แนวคิดการพยาบาลมารดาวัยรุ่น

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์

องค์การอนามัยโลกแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง คือ เมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์ อายุครรภ์ในช่วง 24 - 28 สัปดาห์ ช่วงอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ซึ่งการมาฝากครรภ์ตามนัดจะสามารถป้องกัน และควบคุมภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด รวมทั้งการได้รับการดูแลที่เหมาะสมในขณะฝากครรภ์ เช่น การได้ยา อาหาร และการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพมารดา และทารกให้ดีขึ้นได้ (WHO, 2006; WHO, 2007) ซึ่งกิจกรรมการดูแลในระยะตั้งครรภ์มีดังต่อไปนี้ (Pillitteri, 2010)

1. การประเมินในระยะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงจากคลินิกประเมินความเสี่ยง เนื่องจากการตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์เนื่องจากขาดธาตุเหล็ก และอาจเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย ภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับศีรษะทารก และมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรงจากสามี

2. การซักประวัติครอบครัว หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่วนใหญ่จะแยกตัวออกจากครอบครัว ดังนั้นควรซักประวัติเกี่ยวกับบุคคลที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องการติดต่อเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บป่วย ซักประวัติเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อประเมินเกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว เพราะหากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการดูแลในระยะตั้งครรภ์น้อย และอาจถูกกระทำรุนแรงจากบุคคลในครอบครัวได้

3. ซักประวัติเกี่ยวกับการวางแผนเกี่ยวกับอนาคตการเรียนต่อ หรือการกลับไปเรียนต่อ
ภายหลังการคลอดบุตร

4. การตรวจร่างกายในขณะที่ตั้งครรภ์ ควรได้รับการตรวจร่างกายเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยง
ที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่

4.1 การวัดความดันโลหิต และลงบันทึกไว้เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินภาวะ
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และก่อนวัดความดันโลหิตควรให้หญิงตั้งครรภ์พักผ่อน
ประมาณ 15 นาที

4.2 การตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ยินเสียง
หัวใจของทารกในครรภ์ก็จะสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรับรู้ตัวตนเองตั้งครรภ์

4.3 ตรวจวัดระดับยดอดกลูกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และลงบันทึกไว้ทุกครั้งที่ยัง
ตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ เพื่อประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

4.4 ตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อประเมินการใช้ยา หรือสารเสพติด
ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

4.5 ชั่งน้ำหนัก และลงบันทึก เพื่อประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

5. การให้ความรู้

5.1 ด้านอาหาร และโภชนาการ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอาหาร
และโภชนาการในขณะที่ตั้งครรภ์ เพราะหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี
รับประทานอาหารปริมาณน้อย และไม่มีประโยชน์ ซึ่งอาจส่งผลให้คลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อย
ในขณะที่ตั้งครรภ์จึงควรได้รับความรู้ในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น อาหารประเภท
โปรตีน ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก วิตามินเอ และวิตามินซี เพื่อช่วยให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโต

5.2 การออกกำลังกาย และการพักผ่อน หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นควรออกกำลังกาย
อย่างเหมาะสม ควรหลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาประเภท ฟุตบอล ยิมนาสติก เป็นต้น และหญิงตั้งครรภ์
วัยรุ่นควรได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอในขณะที่ตั้งครรภ์

5.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในขณะที่ตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
ต้องการทราบการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในขณะที่ตั้งครรภ์ต้องการทราบการเจริญเติบโตของทารก
ในครรภ์

5.4 การเตรียมตัวคลอด หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด
และหากมีการเตรียมตัวคลอดที่ดีพอจะทำให้มีประสบการณ์การคลอดที่ดี และจะประสบ
ความสำเร็จในการคลอด

5.5 การวินิจฉัยการคลอด หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ควรได้รับการดูแลเกี่ยวกับภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับศีรษะทารกในครรภ์ เพราะช่องเชิงกรานยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

5.6 การวางแผนเกี่ยวกับทารก ควรประเมินความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเป็นมารดา และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายหลังคลอด

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอด

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้ทักษะที่ดีการดูแลในระยะคลอดแก่มารดาวัยรุ่น เพราะพบว่า 1 ใน 4 ของการตั้งครรภ์วัยรุ่นเสียชีวิตในขณะคลอด การดูแลจะเน้นการจัดการปัญหาในระยะคลอดซึ่งพบว่า การดูแลที่มีทักษะ และมีประสิทธิภาพสามารถลดอัตราการตายของมารดาในขณะคลอดได้

การดูแลในระยะคลอดจะเน้นการดูแลมารดา และทารกให้มีความปลอดภัย ในระยะคลอดมารดา และทารกในครรภ์ต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ มีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า การให้การสนับสนุนที่ดีพอ และต่อเนื่องจะทำให้ระยะเวลาในการคลอดสั้นลงได้ สามารถลดการใช้ยาคลอดในขณะคลอด และป้องกันการได้รับประสบการณ์การคลอดในด้านลบแก่มารดาวัยรุ่นได้ (WHO, 2006; WHO, 2007) เช่นเดียวกับการศึกษาแบบการดูแลมารดาในระยะคลอดของ ศศิธร พุ่มดวง (2548) จากการวิเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการคลอด และการจัดการความปวดโดยผสมผสานผลงานวิจัยในระยะคลอด รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีพบว่า รูปแบบการพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย การส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด การจัดการลดความปวดการดูแลด้านจิตใจ การจัดการสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมความปลอดภัยของทารก ซึ่งการดูแลในระยะคลอดแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิด ระยะเบ่งคลอด ระยะรกลคลอด และระยะพักฟื้น ในแต่ละระยะมีการเปลี่ยนแปลง และการต้องการการดูแล ดังนี้

ระยะปากมดลูกเปิดซึ่งแบ่งเป็น คือ

1. ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent Phase) (Nichol, 2000) การสนับสนุนดูแลดังต่อไปนี้

1.1 ให้ครอบครัวหรือบุคคลที่ผู้คลอดต้องการได้เข้ามามีส่วนร่วมวางแผนดูแลผู้คลอดในระยะคลอด (UKCC, 1998)

1.2 ประเมิน และให้คำแนะนำผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent Phase)

ผู้คลอดควรพักอยู่ที่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล เนื่องจากสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลอาจทำให้ผู้คลอดกลัว วิตกกังวล ซึ่งอาจไปยับยั้งความก้าวหน้าของการคลอด (Walsh, 2000) การที่ผู้คลอดพักอยู่ที่บ้านพบว่า ผลที่ตามมา คือ การใช้ระยะเบ่งปวด การฉีกขาดเยื่อเมือก และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องลดลง ผู้คลอดได้รับประสบการณ์การคลอดที่ดีในด้านความรู้สึก

และการควบคุมการคลอด (Lauzon & Hodnett, 2002; Walsh, 2000)

1.3 สังเกต ฟัง ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลผู้คลอด และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลรักษา และขั้นตอนการคลอด เปิดโอกาสให้ผู้คลอด และครอบครัวได้อธิบายถึงความคาดหวัง ความรู้สึก และการวางแผนการคลอด

1.4 แนะนำผู้คลอด ในเวลากลางคืนหากไม่เจ็บครรภ์มากให้นอนพักผ่อน ถ้าผู้คลอดตื่นเต้นมากหรือนอนไม่สุขสบายแนะนำให้อาบน้ำอุ่น ส่วนในเวลากลางวันแนะนำผู้คลอดพยายามผ่อนคลาย พัก เดินเล่น หรือดูทีวี (Burvil, 2002)

1.5 แนะนำให้ผู้คลอดดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารตามปกติ ไม่ควรเน้นไปที่ การคลอด หรือการรักษา ควรให้ผู้คลอดปฏิบัติเหมือนปกติประจำวัน (Simkin & Ancheta, 2000)

1.6 ตรวจประเมินทางร่างกาย (WHO, 2003)

1.6.1 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต

1.6.2 ตรวจหน้าท้อง เพื่อประเมินส่วนนำ ท่าของทารก เสี่ยงการดันของหัวใจ ทารก การเคลื่อนไหวของทารก

1.6.3 การตรวจทางช่องคลอดไม่จำเป็นต้องตรวจบ่อย อาจตรวจประเมิน ทุก 4 ชั่วโมง

1.6.4 ประเมินความถี่ และระยะการหดตัวของมดลูก ในระยะนี้การหดตัวของมดลูกจะสม่ำเสมอทุก 5 นาที บางครั้งอาจนานครั้งละ 60 วินาที

1.6.5 บันทึกเวลาที่มดลูกมีน้ำเดิน หรือถุงน้ำคร่ำรั่ว

1.6.6 ให้การสนับสนุนดูแลโดยไม่ปล่อยให้ผู้คลอดอยู่ตามลำพัง

1.7 สนับสนุนให้ผู้คลอดได้พัก รับประทานอาหาร เดิน เปลี่ยนอิริยาบถหรือทำในสิ่ง ที่ผู้คลอดต้องการ

1.8 ช่วยในการนวดหลัง หรือนวดเท้า เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย

1.9 ให้การสนับสนุนด้วยคำพูดที่อ่อนโยน

1.10 ช่วยสนับสนุนผู้คลอดเมื่อมดลูกมีการหดตัว

2. ช่วงปากมดลูกเปิดเร็ว (Active Phase) ในระยะนี้มีความจำเป็นที่ผู้คลอดต้องได้รับการสนับสนุน ติดตามดูแลทั้งตัวผู้คลอด ทารกในครรภ์ ประเมินการหดตัวของมดลูก การดันของเสียงหัวใจทารกไม่ปล่อยให้ผู้คลอดอยู่ตามลำพัง (WHO, 2003) ผู้คลอดควรได้รับการดูแล ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเตรียมผู้ช่วยเหลือ ดูแลสนับสนุนผู้คลอด อาจเป็นสามี สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลที่ผู้คลอดให้เข้ามาดูแล โดยให้การสนับสนุน

ผู้คลอดทั้งทางด้านร่างกาย เช่น การเช็ดหน้า การหาน้ำดื่มให้ การนวดหลัง การช่วยผู้คลอด เคลื่อนไหว เปลี่ยนอิริยาบถ หรือช่วยเหลือให้ผู้คลอดรู้สึกสุขสบาย สนับสนุนด้านอารมณ์ จิตใจ โดยการสัมผัส โอบกอด ยกย่อง ให้คำแนะนำ และกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัวของผู้คลอด เกี่ยวกับเทคนิคการหายใจ พยายามควรให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การประสานสายตา การได้รับการสัมผัส หรือคำพูดสนับสนุนให้ข้อมูล และอธิบายแนวทางในการดูแล มีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการให้การสนับสนุนที่ดีพอ และต่อเนื่องจะทำให้ระยะเวลาในการคลอดสั้นลงได้ สามารถลดการใช้ยาคลอดในขณะคลอด และป้องกันการได้รับประสบการณ์การคลอดในด้านลบแก่มารดาไว้รุ่นได้ (WHO, 2006; WHO, 2007)

3. ช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition Phase) ระยะนี้อาจทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้คลอด ผู้คลอดต้องการการช่วยเหลือที่มากกว่าปกติ ควรให้การสนับสนุน โดยการให้ผู้คลอดได้เปลี่ยนอิริยาบถ กระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะ ประเมินความเสี่ยงการเต้นของหัวใจของทารก การหดตัวของมดลูก และความก้าวหน้าของการคลอด (Lowermilk, 2007)

ระยะเบ่งคลอด ระยะนี้ควรให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ประเมินการหดตัวของมดลูก ให้ผู้คลอดผ่อนคลายเมื่อมดลูกไม่มีการหดตัว แนะนำการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง ปรองอองฝึบไม่เกิดการฉีกขาด (Lowermilk, 2007)

ระยะรกคลอด ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการความก้าวหน้าของการลอกตัวของรก อธิบายเกี่ยวกับการฉีกขาดของฝีเย็บ และการซ่อมแซมฝีเย็บหากมีการฉีกขาด ประเมินทารก และให้มารดาได้โอบกอดทารก ให้ความเวลาในการสร้างสัมพันธ์ระหว่างมารดา และทารก และให้ทารกดูดนมมารดาภายหลังคลอด (Lowermilk, 2007)

ระยะพักฟื้น ให้มารดาได้โอบกอดทารก ให้ความเวลาในการสร้างสัมพันธ์ระหว่างมารดา และทารก และให้ทารกดูดนมมารดาภายหลังคลอด (Lowermilk, 2007)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะหลังคลอด

การดูแลหลังคลอดตามองค์การอนามัยโลกเน้นมาตรฐานในการดูแลมารดา และทารก พบว่า มารดาส่วนใหญ่จะเสียชีวิตเนื่องจากการตกเลือด และครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิต จะเสียชีวิตในวันแรกหลังจากคลอด ร้อยละ 70 เสียชีวิตในช่วง 1 สัปดาห์หลังคลอด การดูแลในระยะหลังคลอดจะต้องดูแลให้ครอบคลุมทั้งการตกเลือดหลังคลอด หรือการติดเชื้อ และควรแนะนำการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ หรืออีตระยะของการตั้งครรภ์ให้มากขึ้น (WHO, 2006; WHO, 2007) เน้นการให้ความรู้ในการตกไข่ครั้งแรกในระยะหลังคลอด การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และก่อนออกจากโรงพยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับ

แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และควรให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการจัดเป็นกลุ่มสนับสนุนจากกลุ่มมารดาที่มีประสบการณ์ ซึ่งหัวข้อความรู้ เช่น การปรับตัว ในระยะหลังคลอด และพัฒนาการของทารก และทักษะการเป็นบิดามารดา (Ladewig, Davison, & London, 2006) และควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งควรได้รับการส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอดควรได้รับ คำแนะนำเรื่องโภชนาการ และภูมิคุ้มกันในระยะหลังคลอดอย่างครบถ้วน (WHO, 2006; WHO, 2007)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาล

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมบริการของพยาบาลต่อมารดาวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่เปราะบาง แต่พบว่า มีการศึกษาพฤติกรรมบริการของพยาบาลในกลุ่มผู้รับบริการที่เปราะบางอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยเอดส์ หญิงตั้งครรภ์ และผู้รับบริการหน่วยปฐมภูมิ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ศุภณิษฐ์ พลไพรินทร์ (2540) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลอยู่ในระดับดี และพบว่าอายุ ประสบการณ์ และการเคยได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ พยาบาลที่มีอายุมากกว่ามีพฤติกรรมการดูแล ทุกด้านดีกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยกว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่ามีพฤติกรรมการดูแลดีกว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า และพยาบาลที่เคยได้รับการอบรมมากมีพฤติกรรมการดูแลดีกว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของนางนุช บุญยัง และอับดุลเลาะห์ อับรู (2549) เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของบุคลากรที่หน่วยฝากครรภ์ตามการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปัตตานี พบว่า หญิงตั้งครรภ์รับรู้พฤติกรรมบริการของบุคลากรที่หน่วยฝากครรภ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง กล่าวคือหญิงตั้งครรภ์รับรู้พฤติกรรมบริการทั้ง 8 ด้าน คือ ด้านการเคารพในศักดิ์ศรี ความเป็นอิสระส่วนตัว การเก็บรวบรวมข้อมูล การดูแลคุณภาพ ของสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม สิทธิการเลือกบริการ การสื่อสาร และความพร้อม ในการดูแลในระดับดีทุกด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของวิรัช เกียรติเมธา (2548) เกี่ยวกับพฤติกรรม การทำงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในการดำเนินงานหน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลตรัง พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมของอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระดับตำแหน่งปฏิบัติงาน อายุราชการ และระดับความรู้ มีพฤติกรรม ในการทำงานไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา ธัญวัฒน์สวัสดิ์ (2553) ศึกษา พฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่า

พฤติกรรมบริการของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการศึกษาของจรรยา ลิมนันท์ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลเวชทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเขต 9 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาโรคเบื้องต้นอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมบริการของพยาบาลในระดับปานกลาง และระดับดี และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านความรู้ ทักษะ อายุ ประสบการณ์ และการเคยได้รับการอบรมมีผลต่อพฤติกรรมของพยาบาล ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงานในแผนกสูติกรรม และการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในแผนกสูติกรรมที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมบริการต่อมารดาวัยรุ่น

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมบริการ

มีหลายแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายว่าทัศนคติกับพฤติกรรมของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน เช่น ทฤษฎี KAP ของ Rogers (1978) ซึ่งทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับปัจจัย 3 ปัจจัย คือ ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และ การปฏิบัติ (Practice) และอธิบายว่าโดยทั่วไปเมื่อบุคคลมีความรู้ มีเจตคติอย่างไรก็จะแสดงพฤติกรรมไปตามนั้น แต่จะไม่เกิดขึ้นเช่นนี้ทุกกรณีไป กล่าวคือ หากมีความไม่สอดคล้องและสัมพันธ์กันของความรู้-เจต-คติ และพฤติกรรมเกิดขึ้น หรือที่เรียกว่า “การเกิดช่องว่างของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม” หรือ KAP - gap (“Knowledge - Attitude - Practice” Gap) ปัจจุบันการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมของบุคคล จึงนิยมใช้ทฤษฎีอื่นๆ ที่เน้นความสำคัญของทัศนคติที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ดังเช่น ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ Ajzen and Fishbein (1980) ดังนั้นผู้วิจัยจึงทบทวนทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

Ajzen and Fishbein (1980) มีแนวคิดว่า พฤติกรรมส่วนมากของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น (Behavioral Intention: BI) และความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นมีตัวกำหนดพื้นฐาน 2 ประการ คือ เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior: ATT) ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm: SN) ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคมอธิบายได้ดังนี้

1. เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior: ATT) เป็นการประเมินความรู้สึกที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ว่าเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ ซึ่งเจตคติต่อพฤติกรรมนี้เป็นผลมาจากปัจจัย 2 ประการ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม (Behavioral Beliefs of Consequences: BB) และการประเมินคุณค่าความเชื่อของการกระทำพฤติกรรมนั้น (Outcome Evaluation: OE) อธิบายได้ว่าเจตคติต่อพฤติกรรมถูกกำหนดได้ด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม และการประเมินคุณค่าตามความเชื่อของการกระทำนั้น กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นจะนำไปสู่การกระทำทางบวก บุคคลจะมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลของการกระทำในทางลบ บุคคลนั้นจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น

2. บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm: SN) ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคมที่บุคคลประเมินว่าผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญกับตน คิดว่าตนควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ จะมีปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมให้มีผลกระทบท่อการกระทำพฤติกรรมนั้นแตกต่างกัน ดังนี้

2.1. ตัวแปรด้านประชากร (Demographic Variables) เช่น อายุ เพศ อาชีพ และสถานภาพทางสังคม เป็นต้น

2.2. ตัวแปรต่อเป้าหมาย (Attitude Toward targets) เช่น เจตคติต่อบุคคล และเจตคติต่อสถาบัน เป็นต้น

ดังนั้นบุคคลจะตั้งใจกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งก็ต่อเมื่อได้ประเมินแล้วว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางบวก และเชื่อว่ากลุ่มผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญเห็นว่าบุคคลควรจะกระทำพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลประเมินว่า พฤติกรรมนั้นมีผลทางลบ และกลุ่มผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญไม่เห็นด้วยที่บุคคลนั้นจะกระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลนั้นก็จะหลีกเลี่ยงที่จะไม่กระทำพฤติกรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาเฉพาะเจตคติต่อพฤติกรรมว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเจตคติ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมบริการต่อมารดาวัยรุ่น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมบริการของพยาบาล

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรมบริการต่อมารดาวัยรุ่นทั้งใน และต่างประเทศยังไม่มีผู้ใดศึกษาโดยตรง

แต่พบงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ และพฤติกรรมบริการของพยาบาล มีดังนี้

Tyer - Viola (2007) ศึกษาทัศนคติของพยาบาลสูติกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ติดเชื้อ HIV และความตั้งใจในการให้บริการต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีของพยาบาลสูติกรรม พบว่า พยาบาลที่มีทัศนคติในทางบวก มีความเต็มใจที่จะดูแล และยินดีให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าพยาบาลที่มีทัศนคติทางลบ สอดคล้องกับการศึกษาของ จริยา ลิมานันท์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรค เบื้องต้น) ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเขต 9 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เขต 9 จำนวน 183 คน ผลการศึกษาพบว่า เจตคติต่อการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือพยาบาลที่มีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป จะแสดงบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปได้ดีกว่าพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีทัศนคติในทางลบ

จากงานวิจัยข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าทัศนคติต่อการดูแลของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริการของพยาบาล โดยทัศนคติทางบวกจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริการทางบวกของพยาบาล

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลแผนกสูติกรรม เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ในทีมบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีความใกล้ชิดกับมารดาวัยรุ่นในด้านการให้บริการ มีเวลาในการให้บริการแก่มารดาวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง และเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลแก่มารดาวัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งหากพยาบาลมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่น พยาบาลก็อาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่ดีแก่มารดาวัยรุ่นได้ ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen and Fishbein (1980) ที่ว่าถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นจะนำไปสู่การกระทำทางบวก บุคคลจะมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลของการกระทำในทางลบ บุคคลนั้นจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาทัศนคติต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่น และพฤติกรรมบริการต่อมารดาวัยรุ่นของพยาบาลแผนกสูติกรรมในสามจังหวัดชายแดนใต้ เพื่อนำข้อมูลด้านทัศนคติมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับทัศนคติของผู้ให้บริการ เพื่อให้มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่น และเป็นมิตรต่อการให้บริการ และข้อมูลด้านพฤติกรรมบริการต่อมารดาวัยรุ่นนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงระบบบริการ และพัฒนาระบบบริการนำไปสู่การบริการที่เป็นมิตร สอดคล้องตามนโยบายของประเทศต่อไป