

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้เรียบเรียงเนื้อหาประกอบไปด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับ

1. แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น
2. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 อุบัติการณ์การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
 - 2.3 ผลกระทบของการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
 - 2.4 การป้องกันการตั้งครรภ์
3. แนวคิดทฤษฎีอิทธิพลของ 3 องค์ประกอบ
4. ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำโดยไม่ตั้งใจ
5. บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น

คำว่า วัยรุ่น (Adolescence) มีรากศัพท์มาจากคำว่า Adolescere ในภาษาละตินซึ่ง หมายถึง ความเจริญ หรือการเจริญเข้าสู่ความมีวุฒิภาวะ (To Grow to Maturity) โดยจะถือเอาความพร้อมทางด้านร่างกายเป็นเครื่องตัดสิน ในระยะนี้ร่างกายจะมีการเจริญเติบโตและมีวุฒิภาวะทางเพศโดยสมบูรณ์ นั่นคือ เพศหญิงเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก และเพศชายเริ่มผลิตเซลล์สืบพันธุ์ได้ ซึ่งจะอยู่ในช่วงการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย ความหมายของวัยรุ่นนั้นสามารถให้คำนิยามหรือคำจำกัดความได้หลายทางดังนี้

วัยรุ่น (Adolescence) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) หมายถึง ประชากรกลุ่มอายุ 10-19 ปี สำหรับวัยรุ่นหนุ่มสาว (Youth) คือ ประชากรช่วงอายุ 15-24 ปี และเยาวชน (Young People) คือ ประชากรอายุระหว่าง 10-24 ปี (World Health Organization [WHO], 1995)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1998) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นตามการเปลี่ยนแปลงในช่วงวัยรุ่นซึ่งมี 3 ลักษณะได้แก่

1. มีพัฒนาการด้านร่างกาย ตั้งแต่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศ จนกระทั่งมีภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์
2. มีพัฒนาการทางด้านจิตใจ โดยการเปลี่ยนแปลงจากเด็กเป็นผู้ใหญ่

3. มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยเปลี่ยนจากการพึ่งพาครอบครัว มาเป็น ที่ต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น สามารถหารายได้เป็นของตนเอง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นไว้ว่า เป็นช่วง ชีวิตระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญยิ่ง เพราะมีการเปลี่ยนแปลงอันซับซ้อน และสับสนกันหลายด้านในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งระบบเพศ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจริยธรรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้แบ่งระยะของวัยรุ่นไว้ดังนี้คือ

1. วัยก่อนวัยรุ่น (Pre Adolescence) อายุระหว่าง 10-13 ปี
2. วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence) อายุระหว่าง 14-16 ปี
3. วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescence) อายุระหว่าง 17-19 ปี

สุชา จันทรเฒ (2528) ได้ให้ความหมายว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่สิ้นสุดความเป็นเด็ก เป็นวัยที่ เป็นสะพานไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ได้แบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นเป็น 3 ระยะ ดังนี้คือ

วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence) อายุ 13-15 ปี ช่วงนี้ร่างกายจะมีการเจริญเติบโตทาง เพศอย่างสมบูรณ์ทั้งเพศชายและเพศหญิง

วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence) อายุ 15-18 ปี ในระยะนี้การพัฒนาในด้านร่างกาย จิตใจและความรู้สึกนึกคิด มีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป

วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescence) อายุ 18-21 ปี ในระยะนี้การพัฒนาการของวัยรุ่นเริ่ม สู่วุฒิภาวะอย่างสมบูรณ์แบบจึงมักมีพัฒนาการด้านจิตใจมากกว่าร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้าน เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด และปรัชญาชีวิต

สุริยเดว ทรีปาตี (2551) พัฒนาการของวัยรุ่นจะแบ่งเป็น 3 ช่วงคือ วัยแรกเริ่ม (10-13 ปี) วัยรุ่นตอนกลาง (14-16 ปี) และวัยรุ่นตอนปลาย (17-19 ปี) ทั้งนี้เพื่อจะชี้ให้เห็นถึงลักษณะที่เด่นเป็น พิเศษของวัยรุ่นแต่ละช่วงซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในด้านความรู้สึกนึกคิดและ ความสัมพันธ์กับบิดามารดาโดยแบ่งดังนี้

วัยแรกเริ่ม (10-13 ปี) เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทุกระบบ โดยจะมีความคิด หมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งจะส่งผลกระทบไปยังจิตใจ ทำให้อารมณ์ หงุดหงิดและแปรปรวนง่าย

วัยรุ่นตอนกลาง (14-16 ปี) เป็นช่วงที่วัยรุ่นจะยอมรับสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นหนุ่มเป็นสาวได้แล้ว มีความคิดที่ลึกซึ้ง (Abstract) จึงหันมาใฝ่หาอุดมการณ์ และหาเอกลักษณ์ ของตนเอง เพื่อความเป็นตัวของตัวเอง พยายามเอาชนะความรู้สึกแบบเด็ก ๆ ที่ผูกพัน และอยากจะ พึ่งพาพ่อแม่

วัยรุ่นตอนปลาย (17-19 ปี) เป็นเวลาของการฝึกฝนอาชีพ ตัดสินใจที่จะเลือกอาชีพที่เหมาะสม และเป็นช่วงเวลาที่会有ความผูกพันแน่นแฟ้น (Intimacy) กับเพื่อนต่างเพศ สภาพทางร่างกายเปลี่ยนแปลงเติบโตโดยสมบูรณ์เต็มที่ และบรรลุนิติภาวะในเชิงกฎหมาย

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ให้ความหมายไว้ว่า วัยรุ่นเป็นช่วงระหว่างวันเด็กกับวัยผู้ใหญ่ วัยนี้บางครั้งจะมีลักษณะ “เด็กก็ไม่ใช่ ผู้ใหญ่ก็ไม่เชิง” ความรู้สึกนึกคิด และการกระทำ บางทีก็ดูเป็นเด็ก บางทีก็ดูเป็นผู้ใหญ่ บางทีก็มีเหตุผล อารมณ์ก็เปลี่ยนแปลงง่าย เคี้ยวดีเดี้ยวร้าย ลักษณะขึ้น ๆ ลง ๆ แบบนี้เป็นเอกลักษณ์ของวัยรุ่น

สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2547) ให้ความหมายไว้ว่า วัยรุ่นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างความเป็นเด็กและความเป็นผู้ใหญ่ มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างมาก

วิณี ชิดเชิดวงศ์ (2547) ให้ความหมายไว้ว่า วัยรุ่นอยู่ในช่วงชีวิตระหว่างวัยเด็กซึ่งผ่านพ้นไปกับวัยผู้ใหญ่ซึ่งกำลังจะเข้ามา โดยมีวัยรุ่นเชื่อมโยงให้ประสานงานค่อย ๆ กลมกลืนกัน

พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2552) ให้ความหมายไว้ว่า เยาวชนหรือวัยรุ่นมีเอกลักษณ์สำคัญคือ เป็นวัยแห่งการเสริมสร้าง (Period of Reconstruction) เนื่องจากมีการเจริญเติบโตทางร่างกายอย่างรวดเร็ว และจะค่อย ๆ ซ้ำลงในตอนปลาย เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง (Period of Transformation) วัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับชีวิตวัยรุ่นอย่างมากทั้งทางร่างกาย จิตใจและความรู้สึกนึกคิด เป็นวัยที่มีความคิดอยากเป็นอิสระ (Period of Independence) โดยเริ่มคิดพึ่งพาตนเองอยากเรียนรู้ความผิดพลาดด้วยตนเองมากกว่าจะเรียนรู้จากคำสั่งสอนของผู้อื่น เป็นวัยที่ต้องเผชิญปัญหา (Period of Problems) โดยวัยนี้เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตซึ่งเรียกว่า วัยวิกฤติที่มีการตัดสินใจรวดเร็ว วุฒิ และการแสดงอารมณ์อย่างรุนแรงอาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า เป็นวัยพายุแคม

วิทยากร เขียงกุล (2552) ให้ความหมายไว้ว่า วัยรุ่น คือวัยเปลี่ยนผ่านจากเด็กโตไปเป็นผู้ใหญ่ โดยทั่วไปมักจะหมายถึงคนวัย 11-19 ปี คำว่า Adolescence มาจากภาษาลาตินหมายถึงการเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ คำว่า Teenage หมายถึง คนที่อายุ 13-19 ปี ซึ่งคำภาษาอังกฤษลงท้ายด้วย Teen ช่วงอายุของวัยรุ่นอาจจะแตกต่างกันแล้วแต่ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม พัฒนาการของแต่ละบุคคล และยุคสมัย ในยุคปัจจุบันเด็กเป็นวัยรุ่นเร็วขึ้น เช่น 9-10 ปี ก็เริ่มจะเป็นวัยรุ่นแล้วและหลายคนมีพัฒนาการวุฒิภาวะทางอารมณ์ช้า คือถึงอายุ 20-22 ปี แล้วก็ยังมิมีนิสัยเป็นแบบวัยรุ่น ยังเป็นผู้ใหญ่ไม่เต็มที่ คำว่า เยาวชน มักใช้หมายถึงเด็กที่โตหน่อย เช่น 15-24 ปี แต่เป็นคำที่ใช้ในทางสังคมหรือในทางกฎหมายมากกว่าทางจิตวิทยา การแบ่งวัยทางสังคมแล้วแต่กฎหมาย วัฒนธรรม ประเพณีของแต่ละประเทศ เช่น ประเทศกำลังพัฒนาอาจยอมรับให้เด็กทำงานได้ตั้งแต่อายุ 14-15 ปี หลายประเทศให้ประชาชนมีสิทธิเลือกตั้งได้อายุ 18 ปี แต่มีสิทธิทำสัญญาตามกฎหมายอายุ 21 ปี สหประชาชาติซึ่งเป็นผู้ดูแลสิทธิเด็กด้วย กำหนดอายุเด็กถึง 18 ปี

ศรีธรรม ธนภูมิ (2535) ได้กล่าวถึงพัฒนาการของวัยรุ่นว่า กระบวนการในการพัฒนาของวัยรุ่นจะค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉพาะในระยะแรกวัยรุ่นยังต้องการดูแลช่วยเหลือ และรับฟังคำแนะนำจากบิดา มารดา และผู้ใหญ่ ทั้งในครอบครัวและในสังคม โดยได้แบ่งช่วงอายุเป็น 3 ระยะเช่นกัน ได้แก่ วัยแรกรุ่น (Puberty) อยู่ในช่วงอายุ 12-15 ปี วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescent) อยู่ในช่วงอายุ 16-17 ปี วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescent) อยู่ในช่วงอายุ 18-20 ปี

วิโรจน์ อารีย์กุล (2553) ให้ความหมายของวัยรุ่นไว้ว่า วัยรุ่นเป็นวัยต่อระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพสิ่งแวดล้อมของสังคม (Bio-psycho-social Process) การพัฒนาการทางสังคมจิตวิทยาของวัยรุ่นแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ วัยรุ่นช่วงต้น อายุ 10-13 ปี วัยรุ่นช่วงกลาง อายุ 14-17 ปี วัยรุ่นช่วงปลาย อายุ 18-21 ปี

จากความหมายดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า วัยรุ่น หมายถึง วัยที่มีการพัฒนาการจากความเป็นเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ เป็นวัยที่เข้าสู่ภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเป็นอย่างมาก การเลือกใช้เกณฑ์ตัดสินว่าบุคคลเข้าสู่วัยรุ่นนั้น ขึ้นอยู่กับการยอมรับของแต่ละกลุ่มสังคม บางสังคมอาจใช้อายุเป็นเกณฑ์ตัดสินว่าเมื่อใดก็ตามเมื่อเด็กอายุเข้าสู่ 13 ปี ถือว่าเป็นวัยรุ่น และสิ้นสุดเมื่อมีอายุครบ 19 ปีบริบูรณ์ บางสังคมอาจยอมรับว่าเป็นวัยรุ่นเมื่อพบการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่บ่งชี้ว่าเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์และสิ้นสุดเมื่อสามารถสืบพันธุ์ได้ การตัดสินโดยใช้เกณฑ์เพียงเกณฑ์เดียวอาจไม่เพียงพอที่จะครอบคลุม การตัดสินใจเกี่ยวกับช่วงวัยรุ่นจึงต้องอาศัยเกณฑ์หลาย ๆ อย่างมาประกอบการตัดสินใจเพื่อให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลใช้เกณฑ์หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี

การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ความหมาย

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นครั้งที่ 2 เป็นต้นไปในวัยรุ่นหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี และเป็นการตั้งครรภ์ต่อเนื่องจากครรภ์ก่อนภายในเวลา 12 ถึง 24 เดือน (Rowlands, 2010)

อุบัติการณ์การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ปัจจุบันพบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประมาณร้อยละ 20-30 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด (จิราภรณ์ ประเสริฐวิทย์, 2553) ประเทศไทยมีเด็กตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นเป็น 90 ต่อพัน (สุริยเดว ทรีปาตี, 2553; ชรินทร์า คงเอียด และกัลยา คงยังยืน, 2553) และจากรายงานเฉพาะกิจโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว 2552 (ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, บรรณาธิการ, 2553) พบว่าการตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่นในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 17.20 ส่วนอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นไทย เป็นร้อยละ 21 ของการตั้งครรภ์

ในวัยรุ่นทั้งหมด (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2553) ร้อยละ 34 ของสตรีวัยรุ่นอเมริกันที่มีการตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ (Boardman et al., 2006)

ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ผลกระทบต่อตัวหญิงตั้งครรภ์เองและทารกในครรภ์ เกิดขึ้น 2 ลักษณะคือ

1. วัยรุ่นเลือกตัดสินใจสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ถ้าหากวัยรุ่นทำแท้งหลังตั้งครรภ์ อาจส่งผลต่อวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยตรง จากการศึกษาของ สุนารี เลิศทำนองธรรม (2546) พบว่าหากหญิงวัยรุ่นตัดสินใจทำแท้งทันทีโดยยอมเสี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการทำแท้ง หญิงวัยรุ่นต้องเป็นผู้รับผิดชอบผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดผลกระทบต่อตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ข้อมูลการศึกษาของ จตุพร ไชยสุวรรณ (2548) พบว่า สตรีวัยรุ่นหลังทำแท้งจะมีความเครียดสูงเนื่องจาก กลัวพ่อแม่จะเสียใจ กลัวการข่มขืน กลัวความลับเปิดเผย ความเครียดระดับปานกลางคือ การตอบคำถามของแพทย์และพยาบาล คนถูกเหยียดหยาม การขาดงาน ขาดเรียน จากการศึกษาของ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, กิมาพร ขมะณะรงค์, สุรนาท ขมะณะรงค์ และเจษฎา ถิ่นคำรพ (2551) พบว่า วัยรุ่นวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เลือกการสิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยการทำแท้ง ร้อยละ 93.33 เป็นการทำแท้งด้วยตนเองโดยการซื้อยาจากร้านขายยาฆ่าแมลงหรือสอ หรือซื้อยาคุมเหี่ยว หรือยาขับเลือดมารับประทาน หากไม่ได้ผลก็จะเลือกทำแท้งกับคลินิกเถื่อน ซึ่งวัยรุ่นส่วนมากใช้บริการคลินิกเถื่อนหรือร้านขายยาเป็นอันดับแรก ร้อยละ 73.4 และจากข้อมูลของ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (2553) พบว่าวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีที่ตั้งครรภ์และเลือกที่จะทำแท้ง ร้อยละ 50 เป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสูงจนถึงขั้นเสียชีวิต และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง

2. วัยรุ่นเลือกตั้งครรภ์ต่อไป

2.1 ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มารดาตั้งครรภ์ในขณะอายุอยู่ในช่วงที่เป็นวัยรุ่น มีโอกาสเกิดภาวะซีด หรือโลหิตจาง (Raj, Rabi, Amudha, Edwin, & Glyn, 2010) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีโอกาเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางสูงกว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นผู้ใหญ่ (Thato et al., 2007; พิระยุทธ สาณกุล และเพ็ญจิตต์ ธารไพศาล, 2551; บรรพจน์ สุวรรณชาติ และประภัสสร เอื้อลลิตชวงศ์, 2553) ภาวะความดันโลหิตสูง หรือครรภ์เป็นพิษ (Raj et al., 2010; Thato et al., 2007) น้ำหนักขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่ามารดาอายุ 20-34 ปี (Thaithae & Thato, 2010) การคลอดติดขัด หรือคลอดยาก (Raj et al., 2010) มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ติดเชื้อแผลฝีเย็บ เต้านมคัด และไข้สูง (ร้อยละ 22) มารดาวัยรุ่นมีอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดสูงกว่ามารดาผู้ใหญ่ (ร้อยละ 40) (Thaithae & Thato, 2010)

2.2 ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าทารกที่เกิดจากแม่ผู้ใหญ่ (Thato et al., 2007; พิระยุทธ สาณกุล และเพ็ญจิตต์ ธารไพศาล, 2551; บรรพจน์ สุวรรณชาติ และประภัสสร เอื้อลลิตชวงศ์, 2553; Raj et al., 2010)

ทารกที่คลอดจากแม่วัยรุ่นมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักแรกคลอดน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) สูงกว่าวัยผู้ใหญ่ (Isarranurug et al., 2006; Thato et al., 2007; Raj et al., 2010; Rowlands, 2010) ทารกมีอัตราตาย และมีปัญหาสุขภาพจิตหลังคลอดสูงกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ (Raj et al., 2010; Russel, 2010) มีค่าเฉลี่ยในการหาความรู้ช้ากว่า และขาดสารอาหาร (Raj et al., 2010; Russel, 2010) พัฒนาการทางสมองหยุดชะงัก เด็กเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้า (Russel, 2010) ทารกอยู่ในภาวะอันตราย ขาดออกซิเจนขณะคลอด (Isarranurug et al., 2006; Raj et al., 2010) เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Russel, 2010)

2.3 ผลกระทบด้านจิตใจ จากการศึกษาของ Raj et al. (2010) พบว่ามารดาวัยรุ่นเครียด และมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและทารก การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ไม่วางแผนล่วงหน้า อาจเกิดจากความรักสนุก ความไม่รู้เท่าถึงการณ์ ความประมาท หรือการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความอับอาย เสียใจ เศร้าใจ ความเครียด กลัวถูกประณาม การไม่ยอมรับของครอบครัว สังคมและฝ่ายชาย ซึ่งมีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ อาจส่งผลทำให้วัยรุ่นตัดสินใจทำแท้งได้ จากข้อมูลการศึกษาของ จตุพร ไชยสุวรรณ (2548) พบว่าการทำแท้ง การตั้งครรภ์ และการมีบุตรมีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างมีนัยสถิติที่ 0.05 สตรีวัยรุ่นที่ทำแท้งมีความเครียดสูง เนื่องจาก กลัวพ่อแม่จะเสียใจ กลัวการข่มขืน กลัวความลับเปิดเผย จากการศึกษาของ Niratttharadron (2005) พบว่าครักครองภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ช่วยลดภาวะเสี่ยง หรือภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้ การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของมารดาวัยรุ่น และการส่งเสริมสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นได้

2.4 ผลกระทบด้านครอบครัวและสังคม จากการศึกษาของ Raj et al. (2010) พบว่าผู้ตั้งครรภ์ขณะที่ยังเป็นวัยรุ่นต้องเผชิญกับปัญหาสภาพความเป็นอยู่ทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เรื่อยมา ทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษา สูญเสียโอกาสการทำงานที่มีรายได้ดี หลังคลอดทารกแล้วยังมีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจตามมา จากการศึกษาของ Isarranurug et al. (2006) พบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหาด้านครอบครัวและสังคมได้ เนื่องจากความไม่พร้อมของบทบาทหน้าที่ทั้งสองฝ่ายหรือการที่ฝ่ายหญิงต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่เพียงฝ่ายเดียว ปัญหาการปรับตัว ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีเนื่องจากปัญหาต่าง ๆ เช่น ฐานะ การเลี้ยงดูที่แตกต่างกัน วุฒิกวาระ ความรับผิดชอบ การถูกทอดทิ้ง การทะเลาะเบาะแว้ง ย่อมเกิดปัญหาในครอบครัว ตลอดจนหมดโอกาสในการเรียนต่อ เนื่องจากต้องรับบทบาทเป็นพ่อแม่ก่อนวัยอันควร ย่อมส่งผลต่อการสร้างรากฐานการดำเนินชีวิตที่ยอมรับได้

ผลของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จากการศึกษาของ Rowlands (2010) พบว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำด้วยปัญหาที่ไม่แตกต่างจากการตั้งครรภ์แรก รายงานการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างกันอย่างมาก การคลอดบุตรครั้งต่อมามีปัญหามากกว่าครั้งแรก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

การตั้งครรภ์ซ้ำส่งผลกระทบต่อด้านสังคมมากกว่าส่งผลต่อด้านสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต หากวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ซ้ำจะมีผลทารกคนต่อมา

การป้องกันการตั้งครรภ์

การป้องกันการตั้งครรภ์มีความสำคัญมากต่อวัยรุ่นที่เคยตั้งครรภ์ เป็นการวางแผนในการมีบุตรล่วงหน้าเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละบุคคลและแต่ละครอบครัว ประกอบไปด้วย การป้องกันการตั้งครรภ์โดยการคุมกำเนิด และการป้องกันการตั้งครรภ์โดยใช้มาตรการเชิงรุก

การป้องกันการตั้งครรภ์โดยการคุมกำเนิด (อิสรินทร์ ธนบุญวัฒน์, 2550)

การคุมกำเนิด ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีหลายวิธี สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

1. การคุมกำเนิดแบบถาวร ได้แก่ การทำหมันหญิง และการทำหมันชาย เหมาะสำหรับครอบครัวที่มีบุตรเพียงพอแล้ว การคุมกำเนิดวิธีนี้มีผลดี คือ เจ็บครั้งเดียวสะดวกปลอดภัย ไม่มีผลเสียต่อสุขภาพหรือสมรรถภาพทางเพศตามความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง

1.1 การทำหมันหญิง คือ การผูกและตัดท่อนำไข่หรือปีกมดลูก (Fallopian Tubes) ทั้งสองข้าง สามารถทำได้ตั้งแต่หลังคลอดใหม่ ๆ เรียกว่า การทำหมันเปียก และถ้าทำหมันในช่วงที่พ้นระยะหลังคลอดไปแล้ว เรียกว่า การทำหมันแห้ง

1.2 การทำหมันชาย คือ การผูกและตัดท่อนาสเปิร์ม (Sperm) ทั้งสองข้างในถุงอัณฑะของเพศชาย สามารถทำได้ตลอดเวลา ไม่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล

2. การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว มีหลากหลายวิธีแต่ละวิธีมีประสิทธิภาพแตกต่างกันดังนี้

2.1 ยาเม็ดคุมกำเนิด ป้องกันการตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 95 (วีระ คุณชูประภา, 2552) การคุมกำเนิดด้วยยาเม็ด เป็นวิธีคุมกำเนิดที่นิยมใช้กัน ทั้งสะดวกและมีอยู่หลายชนิดให้เลือกตามท้องตลาด แต่มีข้อห้ามในการใช้สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว หรือมีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ ควรจะปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา โดยรวมแล้วยาเม็ดคุมกำเนิดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

2.1.1 ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมเอสโตรเจนและโปรเจสโตเจน ซึ่งเป็นยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมเอสโตรเจน และโปรเจสโตเจน ซึ่งเป็นแบบที่นิยมกันมากที่สุดแผงหนึ่งอาจมี 28 หรือ 21 เม็ดแล้วแต่ชนิด สำหรับแผง 28 เม็ด มียา 21 เม็ด โดย 21 เม็ดแรกเป็นยาฮอร์โมนเหมือนกับชนิดแผงละ 21 เม็ด ส่วน 7 เม็ดสุดท้ายจะเป็นวิตามิน

วิธีรับประทาน ชนิดแผง 28 เม็ด เริ่มรับประทานยาวันละเม็ดตามลูกศร ตั้งแต่วันที่ 1-5 ของรอบจะดูจนหมดแผง แล้วเริ่มแผงใหม่ในวันถัดมา ซึ่งส่วนใหญ่จะดูจะมาในช่วงรับประทานยา 7 เม็ดสุดท้าย สำหรับชนิดแผง 21 เม็ด เริ่มรับประทานยาวันละเม็ดตามลูกศรตั้งแต่วันที่ 1-5 ของรอบจะดูจนหมดแผง หยุดยา 7 วันก่อนที่จะเริ่มแผงใหม่ ถ้าลืมรับประทาน 1 เม็ด ให้รับประทานยา

พื้นที่ที่นึกได้ ที่เหลือรับประทานเหมือนเดิม ถ้าลืมรับประทาน 2 เม็ดในช่วง 2 สัปดาห์แรกของระดู รับประทาน 2 เม็ดทันทีเมื่อนึกได้ และรับประทาน 2 เม็ดในวันถัดมา ร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัย ร่วมด้วยเป็นเวลา 1 สัปดาห์

2.1.2 สอร์โมนโปรเจสโตเจนอย่างเดียว รับประทานวันละเม็ดตามลูกศรตั้งแต่ วันที่ 1-5 ของรอบระดูจนหมดแผงแล้วเริ่ม แผงใหม่ในวันถัดมา ควรจะรับประทานยาในเวลา เดียวกันทุกวันหรือห่างกันเวลาเดิมไม่เกิน 2 ชั่วโมง เนื่องจากประสิทธิภาพการคุมกำเนิดจะลดลง

2.1.3 ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน การคุมกำเนิดวิธีนี้สะดวกแต่โอกาสตั้งครรภ์ สูงกว่า 2 กลุ่มแรก สามารถใช้ได้ในช่วงไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังมีเพศสัมพันธ์ โดยรับประทานยาเม็ด แรกทันทีหลังมีเพศสัมพันธ์หรือไม่เกิน 3 วัน และรับประทานยาเม็ดที่ 2 ใน 12 ชั่วโมงต่อมา การ คุมกำเนิดด้วยวิธีนี้ไม่ควรใช้ป็นวิธีคุมกำเนิดประจำ เพราะมีผลข้างเคียง เช่น รบกวนรอบระดูปกติ ทำให้มาไม่สม่ำเสมอ และออกกระปรีกระปรอยได้ถ้าใช้เป็นประจำหรือทำให้เกิดคลื่นไส้ อาเจียน

2.2 ยาฉีดคุมกำเนิด ป้องกันการตั้งครรภ์ ประมาณร้อยละ 99 (วีระ คุณชูประภา, 2552) การฉีดยาคุมกำเนิดสามารถฉีดได้ตั้งแต่ระยะหลังคลอดใหม่ ๆ ไม่มีผลต่อปริมาณน้ำนม ฉีดยาเข้า กล้ามเนื้อทุก 12 สัปดาห์ ประสิทธิภาพการคุมกำเนิดดี เหมาะสำหรับการคุมกำเนิดระยะยาว ไม่ต้อง กินยาทุกวัน ราคาถูก แต่อาจมีผลข้างเคียง เช่น เลือดประจำเดือนออกกระปรีกระปรอยในระยะแรก แต่หลังจากนั้นส่วนใหญ่จะไม่มีประจำเดือน น้ำหนักขึ้น และเมื่อหยุดฉีดยาอาจจะต้องรอประมาณ 6 เดือน ถึง 1 ปี จึงจะมีประจำเดือน มีภาวะตกไข่ตามปกติ จึงไม่เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการคุมกำเนิด ในระยะเวลานั้น ๆ แต่เหมาะสำหรับสตรีที่ให้นมบุตร หรือมีปัญหาจากการใช้ห่วงอนามัย หรือล้มกิน ยาบ่อย ๆ

2.3 ห่วงคุมกำเนิด ป้องกันการตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 98 (วีระ คุณชูประภา, 2552) เหมาะสำหรับสตรีที่มีบุตรแล้ว และไม่มีภาวะผิดปกติของมดลูก การใส่ห่วงคุมกำเนิด กลไกคือ ห่วง จะไปขัดขวางการฝังตัวของตัวอ่อนในโพรงมดลูก แพทย์จะใส่ห่วงคุมกำเนิดเข้าไปในโพรงมดลูก แล้วเหลือสายห่วงออกมาจากปากมดลูกยาวประมาณ 2 เซนติเมตร ดังนั้นจะต้องตรวจสายห่วงเป็น ระยะ อายุการใช้งานของห่วงคุมกำเนิดคือ 3-5 ปี แล้วแต่ชนิดของห่วงคุมกำเนิด ข้อดีคือ ไม่ต้องกินยา ทุกวัน ไม่ต้องถูกฉีดยาทุก 12 สัปดาห์ ไม่มีผลต่อน้ำหนักตัว ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ทำให้เกิดสิวฝ้า มากขึ้น แต่ข้อเสียคือ ต้องคอยตรวจเช็กสายห่วงอย่างสม่ำเสมอ

2.4 ยาฝังคุมกำเนิด ป้องกันการตั้งครรภ์ได้ประมาณร้อยละ 99 (วีระ คุณชูประภา, 2552) การฝังยาคุมกำเนิดสามารถทำได้ตั้งแต่ระยะคลอดใหม่ ๆ ไม่มีผลต่อปริมาณน้ำนม แพทย์จะฝังหลอด ยาเล็ก ๆ ยาวประมาณ 3 เซนติเมตรแบบจำนวน 1 หลอด 2 หลอด หรือ 6 หลอด เข้าใต้ผิวหนังบริเวณ ท้องแขนด้านใน ยาฝังคุมกำเนิดจะมีฤทธิ์คุมกำเนิด 3-5 ปี แล้วแต่ชนิดของยา ข้อดีคือสามารถ

คุมกำเนิดได้นาน ไม่ต้องกินยาทุกวัน ไม่ถูกฉีดยาบ่อย ๆ ไม่ต้องเช็ดสายห้วง และไม่มีโอกาสหลุด เหมือนห่วงคุมกำเนิดแต่ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ประจำเดือนกระปริกระปรอย น้ำหนักขึ้น

2.5 การใช้แผ่นแปะคุมกำเนิด การใช้แผ่นแปะที่มีฮอร์โมนคุมกำเนิดอยู่ในแผ่นขนาด ประมาณ 4x4 เซนติเมตร แปะที่บริเวณสะโพก ท้องน้อย ต้นแขน หรือแผ่นหลังส่วนบน แต่ไม่ควร แปะบริเวณเต้านม โดยจะเปลี่ยนแผ่นทุกสัปดาห์เป็นเวลา 3 สัปดาห์ อีก 1 สัปดาห์ไม่ต้องแปะแผ่นยา เนื่องจากเป็นช่วงที่มีประจำเดือน ข้อดีคือ ประสิทธิภาพการคุมกำเนิดค่อนข้างดี ไม่ต้องกินยาทุกวัน ไม่เจ็บตัวที่ต้องถูกฉีดยา ฝังยา หรือใส่ห่วงคุมกำเนิด ผลข้างเคียงคือ บริเวณที่แปะอาจมีอาการคัน รู้สึกไม่สบายตัว กังวลว่าจะลอกหลุด คัดตึงเต้านม

2.6 ถุงยางอนามัย ป้องกันการตั้งครรภ์ได้ประมาณร้อยละ 86 (วีระ คุณชูประภา, 2552) การใช้ถุงยางอนามัย นอกจากคุมกำเนิดแล้วยังสามารถป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ด้วย โอกาสล้มเหลวในการคุมกำเนิดอาจจะสูงเพราะวิธีการใช้ไม่ถูกต้อง คุณภาพของถุงยางไม่ดีทำให้ขาด หรือรั่วได้

2.7 การนับวัน ป้องกันการตั้งครรภ์ได้ประมาณร้อยละ 70-75 (วีระ คุณชูประภา, 2552) วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ที่มียอบประจำเดือนสม่ำเสมอ โดยช่วงที่ปลอดภัยต่อการตั้งครรภ์ คือ หน้า 7 หลัง 7 หมายถึง ช่วงที่มีโอกาสตั้งครรภ์ต่ำถ้ามีเพศสัมพันธ์ ในช่วงนี้ คือในช่วงก่อนมีประจำเดือน 7 วัน และหลังจากมีประจำเดือน 7 วัน การคุมกำเนิดวิธีนี้มีโอกาสล้มเหลวในการคุมกำเนิดได้ค่อนข้าง สูงเนื่องจากการนับวันผิดพลาด และไม่เหมาะสำหรับผู้ที่รอบเดือนไม่สม่ำเสมอ

นอกจากนี้ยังมีการคุมกำเนิดวิธีอื่น ๆ อีกเช่น การหลังภายนอก การใช้น้ำยาฆ่าเชื้ออสุจิ การสวนล้างช่องคลอด ซึ่งวิธีเหล่านี้มีโอกาสล้มเหลวในการคุมกำเนิดได้มาก ดังนั้นการคุมกำเนิด แต่ละวิธีอาจเหมาะกับแต่ละคนไม่เหมือนกัน ขึ้นกับความถี่ของการมีบุตรอีกหรือไม่ ระยะเวลาที่ต้องการคุมกำเนิด การยอมรับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ความสะดวก ราคา โรคประจำตัวที่เป็น ข้อบ่งชี้ และข้อห้ามในการคุมกำเนิดแต่ละวิธี ข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐานในการเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมในแต่ละคน จากข้อมูลของ ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (2553) พบว่ามีวัยรุ่นเพียง 1 ใน 3 ที่มีการคุมกำเนิดทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดในสัดส่วนที่น้อย และขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูง การคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นการคุมกำเนิดเฉพาะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ และยังสามารถป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ด้วยคือ การใช้ถุงยางอนามัย การสร้างค่านิยมที่ถูกต้องต่อการใช้ถุงยางอนามัย และมีความรู้ในการใช้อย่างปลอดภัยน่าจะเหมาะสมกับวัยรุ่นมากที่สุด

การป้องกันการตั้งครรภ์โดยใช้มาตรการเชิงรุก การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหาทั้ง ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ ความสำคัญอยู่ที่การป้องกัน โดย (Rowlands et al., 2010)

1. พ่อแม่มีทักษะในการประคับประคองวัยรุ่น
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อเปิดโอกาสการตั้งครรภ์ซ้ำ
3. ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างแม่ และลูกวัยรุ่น
4. สร้างความนับถือตนเอง เห็นคุณค่าตนเองของวัยรุ่น
5. ให้การดูแลช่วยเหลือประคับประคองวัยรุ่นตั้งแต่ในระยะหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง
สม่ำเสมอ เป็นเวลา 1 ปี
6. ดูแลประคับประคองด้านจิตใจแก่วัยรุ่น และให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น
7. ชุมชนคอยดูแลช่วยเหลือ ให้ความรู้ และให้คำแนะนำแก่วัยรุ่นหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง

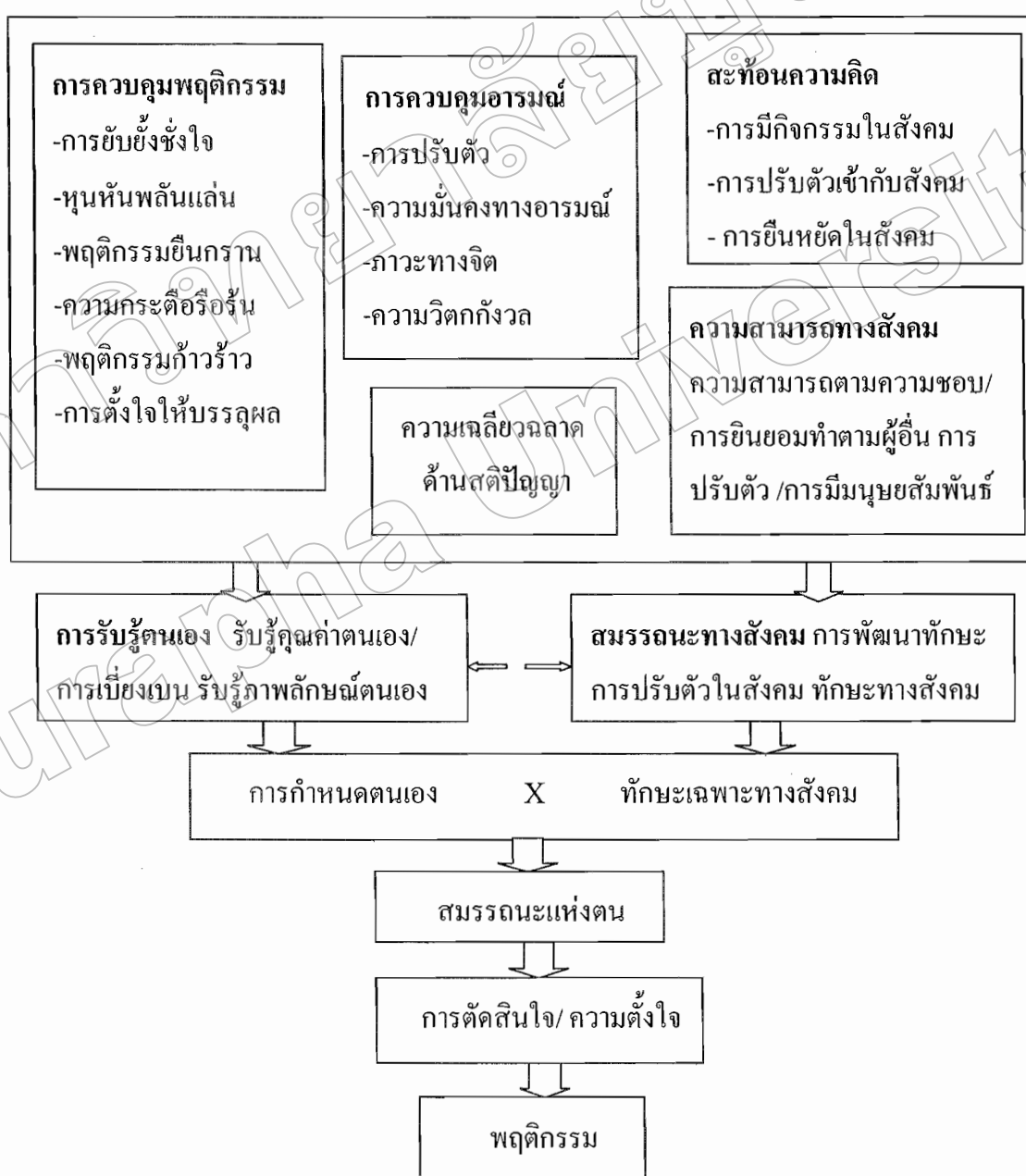
แนวคิดทฤษฎีอิทธิพลของ 3 องค์ประกอบ

Flay and Petraitis (1994) ได้เสนอทฤษฎีอิทธิพลสามองค์ประกอบ (The Triadic Influence Theory: TTI) มโนทัศน์หลักของทฤษฎีนี้พัฒนามาจากทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ และได้รับการยอมรับ เช่น ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เป็นต้น ทฤษฎีอิทธิพลสามองค์ประกอบ อธิบายว่าพฤติกรรมของเยาวชนที่แสดงออกเป็นผลมาจากอิทธิพลหลัก 3 ประการ ได้แก่ (1) อิทธิพลปัจจัยระดับบุคคล (Biology/ Personality) (2) อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม (Cultural Environmental Influences) และ (3) อิทธิพลด้านสถานการณ์ทางสังคม (Social Situation-context Influences) ภายในอิทธิพลแต่ละตัวจะประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของเยาวชนได้ในระดับที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ส่งผลได้มากหรือโดยตรง (Proximal Influences) ส่งผลได้ปานกลางหรือโดยอ้อม (Distal Influences) และส่งผลได้น้อย (Ultimate Influences) ซึ่งจะเห็นได้ว่าทฤษฎีนี้พัฒนามาจากการอธิบายพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ล้วนมีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่น ประกอบกับปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมเสี่ยงนั้นครอบคลุมปัจจัย ระดับบุคคล สิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษา ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น ทั้งนี้เชื่อว่า การตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่นนั้นน่าจะมีอิทธิพลจากปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ 3 กลุ่ม ได้แก่

อิทธิพลปัจจัยระดับบุคคล (Biology/ Personality) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ และลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ประการ ได้แก่ (1) ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Behavioral Control) เช่น การมีบุคลิกก้าวร้าว กระตือรือร้น เกียจคร้าน หุนหันพลันแล่น ยืนกราน พฤติกรรมกระทำใบบรรลุผล (2) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ได้แก่ การปรับตัว การตัดสินใจ การมีอารมณ์ความรู้สึก อาการทางจิต ความวิตกกังวล (3) การแสดงออกที่สะท้อนความคิดที่มีต่อตนเอง และผู้อื่น (Extraversion/ Introversion)

เช่น การมีกิจกรรมทางสังคม การปรับตัวอยู่ในสังคม (4) ความสามารถทางสังคม (Sociability) เช่น การมีมนุษยสัมพันธ์กับคนอื่น การยินยอมตามผู้อื่น การปรับตัว ความสามารถตามความชอบ (5) ความเฉลียวฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence) ดังภาพที่ 2

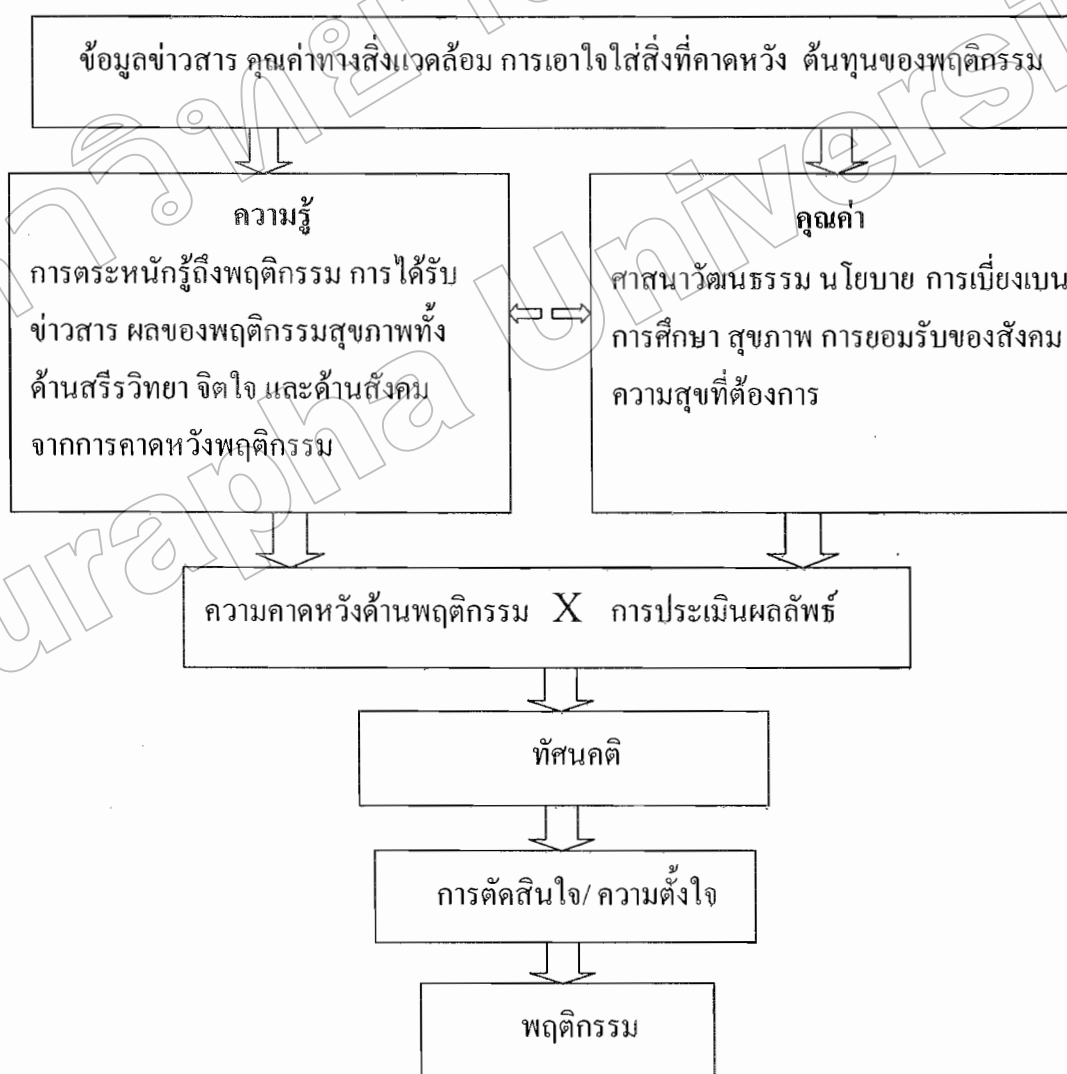
ในการศึกษาครั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งคร่ำครึที่ไม่ตั้งใจ ของวัยรุ่น ได้ศึกษาปัจจัยระดับบุคคลได้แก่ ระดับการศึกษา อายุที่ตั้งคร่ำครึครั้งแรก ประวัติการคุมกำเนิด และการรับรู้คุณค่าในตนเอง



ภาพที่ 2 อิทธิพลปัจจัยระดับบุคคล (Flay & Petraitis, 1994, p. 32)

อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม (Cultural Environmental Influences) เป็นสิ่งที่เกิดจากสภาพทางวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคล ด้านความรู้ ได้แก่ การตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ผลของพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านสรีระวิทยา ด้านจิตใจ และด้านสังคม จากความคาดหวังพฤติกรรม ด้านค่านิยม ได้แก่ ศาสนาวัฒนธรรม นโยบาย ความเป็นอิสระ การเบี่ยงเบน การศึกษา สุขภาพ การยอมรับทางสังคม และความสุขที่ต้องการ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะหล่อหลอมความนึกคิด หรือให้คุณค่าต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดของบุคคล ดังแสดงในภาพที่ 3

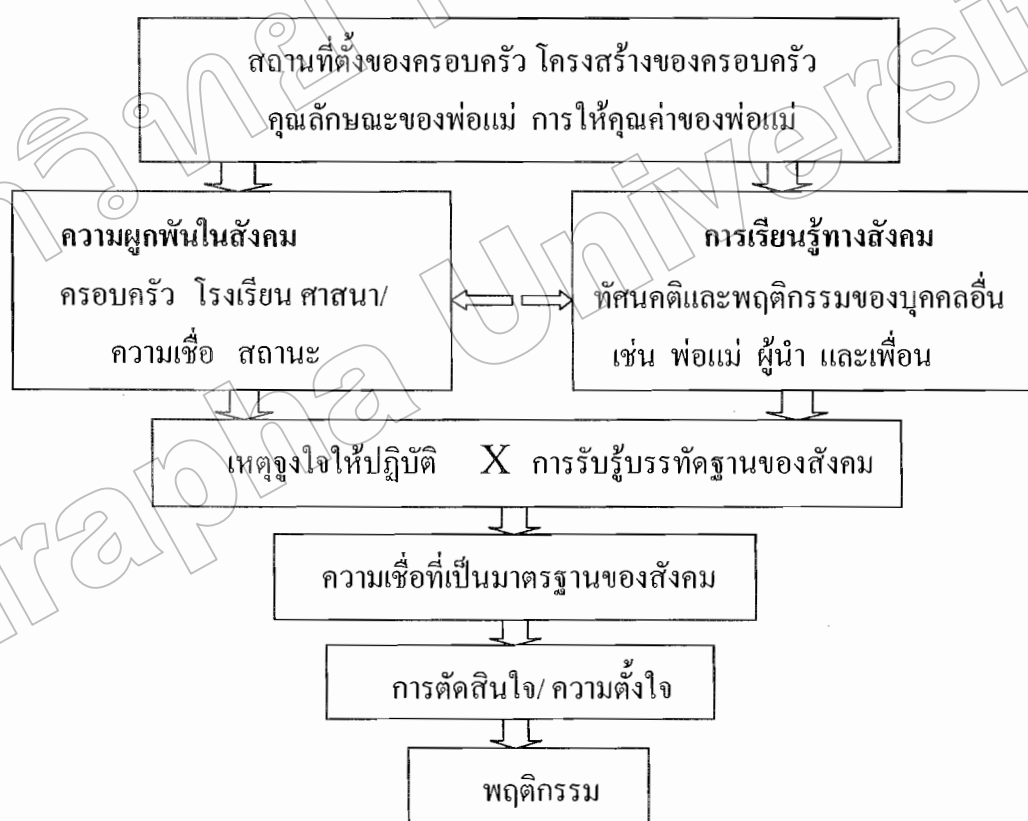
ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเสี่ยงสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม ได้แก่ ความรู้ในการป้องกัน การตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการมีบุตร และเจตคติต่อการคุมกำเนิด



ภาพที่ 3 อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม (Flay & Petraitis, 1994, p. 26)

อิทธิพลด้านสถานการณ์ทางสังคม (Social Situation-context Influences) เป็นสิ่งที่สำคัญ และส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากที่สุด เนื่องจาก พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการสังเกต การเลียนแบบทัศนคติ และพฤติกรรมของบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความผูกพันทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน และศาสนา การเรียนรู้ทางสังคม ได้แก่ ทัศนคติของผู้อื่น พฤติกรรมของพ่อแม่ และผู้อื่นบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิด ได้แก่ การเลี้ยงดูของพ่อแม่ หรือปู่ย่า ตายาย ค่านิยมของพ่อแม่ แบบอย่างของครู และเพื่อนสนิท เป็นต้น ดังภาพที่ 4

ในงานวิจัยครั้งนี้อิทธิพลด้านสถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ ประวัติการตั้งครรภ์วัยรุ่นของมารดา ประสบการณ์ตั้งครรภ์ของเพื่อน และความต้องการมีบุตรของแฟน



ภาพที่ 4 อิทธิพลด้านสถานการณ์ทางสังคม (Flay & Petraitis, 1994, p. 29)

อิทธิพลทั้ง 3 ประการดังกล่าวส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรมของบุคคล และการมีพฤติกรรมดังกล่าวมิได้เกิดจากอิทธิพลเพียงตัวใดตัวหนึ่งเท่านั้น แต่มักเกิดพร้อมกันหรือร่วมกัน และมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) ที่เปลี่ยนแปลงกลับไปมาอยู่ตลอดเวลา

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีอิทธิพลสามองค์ประกอบ พยายามที่จะอธิบายให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนนั้นเป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อนมิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียวแต่เกิดจากปัจจัยหลายประการร่วมกัน ทั้งปัจจัยระดับบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และปัจจัยสถานการณ์ทางสังคมซึ่งจะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมในระดับที่แตกต่างกันต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชน

ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจในวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย และต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำนวนหนึ่ง ทั้งในด้านผลกระทบและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในประเทศไทยนั้นยังพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่นน้อยมากอีกทั้งปัจจัยที่ศึกษานั้นจะเน้นปัจจัยระดับบุคคลเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นในการศึกษานี้ จึงสนใจที่จะศึกษา “ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น” โดยศึกษาครอบคลุมปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้คือ

ปัจจัยระดับบุคคล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ และลักษณะทางบุคลิกภาพส่วนบุคคล ได้แก่ ความฉลาดทางปัญญา ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความสามารถทางสังคม และการแสดงออกที่สะท้อนความคิดของตนเองและผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม (Flay & Petraitis, 1994) จากการศึกษาวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า อายุของหญิงตั้งครรภ์ และอายุที่ตั้งครรภ์แรกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (พิชานัน หนูวงษ์, 2551) ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งใจตั้งครรภ์ ได้แก่ ความตั้งใจตั้งครรภ์แรก ผลลัพธ์ที่ไม่ดีของการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งก่อน (Boardman et al., 2006) การตั้งครรภ์แรกอายุน้อย และการวางแผนตั้งครรภ์แรก ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ (Rowlands, 2010) ด้านระดับการศึกษาของมารดาวัยรุ่นพบว่า มารดาวัยรุ่นมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Isarranurug et al., 2006) การหยุดการเรียนเมื่อตั้งครรภ์ไม่ได้กลับไปเรียนหลังคลอด และศึกษาน้อยส่งผลต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น (Rowlands, 2010) ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี (พิชานัน หนูวงษ์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ Raj et al. (2010) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์วัยรุ่นในเอเชียใต้ วัยรุ่นไม่ตระหนักถึงการตั้งครรภ์ และอันตรายจากการไม่วางแผนการตั้งครรภ์ แต่ในการศึกษากลุ่มตั้งครรภ์ซ้ำของ Boardman et al. (2006) ไม่พบว่าระดับการศึกษามีผลต่อการตั้งใจ

ตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น ข้อมูลด้านการคุมกำเนิดพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมีการคุมกำเนิดร้อยละ 86.05 (สุรเดช บุญยเวช, จิราพร มงคลประเสริฐ และรัตนางามบุญยรักษ์, 2550) วัยรุ่นมีความตระหนักต่อการคุมกำเนิดน้อย มีจำนวนน้อยที่เคยคุมกำเนิด วัยรุ่นไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 47 ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 34 (Raj et al., 2010) วัยรุ่นเลือกกินยาเม็ดคุมกำเนิดมากกว่าการคุมกำเนิดระยะยาว ส่งผลต่ออาจเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจ (Rowlands, 2010) สตรีวัยรุ่นไม่วางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 72.4 วางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 27.6 ไม่ได้คุมกำเนิดและไม่ได้ตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ร้อยละ 54.2 ไม่ได้ทำอะไรที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ร้อยละ 31.6 ไม่แน่ใจว่าต้องการที่จะตั้งครรภ์หรือไม่ร้อยละ 64.1 (สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, 2553) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่วางแผนการตั้งครรภ์สูงกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ (Isarranurug et al., 2006) ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นได้ร้อยละ 54.3 (Tongsiri, 2007) การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของมารดาวัยรุ่นและการส่งเสริมสนับสนุนทางสังคมเป็นถึงสำคัญในการที่จะลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นได้ (Niratttharadron, 2005)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม เป็นสิ่งที่เกิดจากสภาพทางวัฒนธรรม

สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ การตระหนักรู้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะหล่อหลอมให้เกิดการนึกคิด หรือให้คุณค่าต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจ และพฤติกรรมนั้น ๆ (Flay & Petraitis, 1994) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ต่ำร้อยละ 81.11 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการมีบุตรอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 66 รองลงมาในระดับปานกลางร้อยละ 32.9 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการมีบุตรอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 72.1 รองลงมาในระดับปานกลางร้อยละ 24.8 (พิชานัน หนูวงษ์, 2551) ความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการควบคุมตนเองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 38.4 (จิราภรณ์ เพิ่มพูน, 2547) เหตุทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เกิดจากค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับมาตรฐานทางเพศที่จำกัดการเรียนรู้เรื่องเพศของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นหญิงขาดความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอที่จะกำหนดพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยกับตนเองทั้งในด้านการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อยังไม่พร้อม (สุนารี เลิศทำนองธรรม, 2546) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ก่อนข้างคี่ร้อยละ 71.2 (Mean = 3.27, SD = .36) เจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ($r = .485, p < .05$) (รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ และคณะ, 2550) เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของวัยรุ่นอยู่ระดับสูงร้อยละ 46.7 รองลงมาในระดับปานกลางร้อยละ 43.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี

ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการมีบุตรที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา การคุมกำเนิด (พิชานัน หนูวงษ์, 2551) เจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และความต้องการบุตรส่งเสริมให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ (Rowlands, 2010)

ปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ ทักษะหรือพฤติกรรมของผู้อื่น เช่น เพื่อน พ่อแม่ ครู เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการสังเกต และการเลียนแบบทัศนคติและพฤติกรรมของผู้อื่น (Flay & Petraitis, 1994) การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ถ้าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเพื่อนจำนวนมากมีประสบการณ์การตั้งครรภ์ มีประวัติมารดาตนเองเคยตั้งครรภ์เมื่อเป็นวัยรุ่น ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ตลอดจนความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดเป็นบาป ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นได้ (Boardman et al., 2006; Rowlands, 2010) ส่วนอายุเมื่อตั้งครรภ์แรกของมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่ส่งผลต่อการตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ ได้แก่ ความตั้งใจมีบุตรของกลุ่มสมรส และการแต่งงานช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจได้ (Boardman et al., 2006) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 51) ดัดสนใจตั้งครรภ์โดยสามี วัยรุ่นหญิงน้อยมากที่จะรับบริการทางสุขภาพ โดยปราศจากการอนุญาตจากสามี (Raj et al., 2010) การสนับสนุนจากสามี สัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตรสาวสามารถอธิบายความแปรปรวนในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 54.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Tongsiri, 2007) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสถานภาพสมรสแต่งงานค่าเฉลี่ยการตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการมีบุตรสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีสถานภาพสมรสโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean = 17.18, SD = 6.80; Mean = 12.56, SD = 5.90; $t(135) = 11.46, p < 0.05$) (สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, 2553) ในด้านสถานทางเศรษฐกิจพบว่า ความยากจนมีผลต่อความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ (Boardman et al., 2006) หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอและเหลือเก็บมีพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพตนเองมากกว่าหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอไม่เหลือเก็บ (Mean = 3.81, 3.62 ตามลำดับ) (จิราภรณ์ เพิ่มพูน, 2547) มารดาวัยรุ่นมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Isarranurug et al., 2006) สอดคล้องกับข้อมูลของการศึกษาของ พิชานัน หนูวงษ์ (2551) พบว่า อาชีพ รายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาของ สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ (2553) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีงานทำประกอบอาชีพมีค่าเฉลี่ยการตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการมีบุตรสูงกว่าสตรีวัยรุ่นที่ไม่มีงานทำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean = 17.48, SD = 6.74; Mean = 13.58, SD = 6.93; $t(135) = 7.49, p < 0.05$) และข้อมูลการศึกษาของ Raj et al. (2010) พบว่ามีอุปสรรคการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในเอเชียใต้กลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ (ร้อยละ 52) มากกว่ากลุ่มสังคมชั้นสูง (ร้อยละ 26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลด้านเพื่อนของหญิงตั้งครรภ์พบว่า การมีเพื่อนตั้งครรภ์ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น (Rowlands, 2010) หญิงวัยรุ่น

ที่ตั้งครรภ์แรกปรึกษาปัญหาทางเพศกับเพื่อนร้อยละ 42 (สุรเดช นุญชเวทย์ และคณะ, 2550) ด้านอิทธิพลของครอบครัวพบว่าวัยรุ่นส่วนมาก (ร้อยละ 80) แต่งงานโดยความเห็นชอบของพ่อแม่ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนมากอยู่ในครอบครัวขยาย (ร้อยละ 67) (Raj et al., 2010) การตั้งครรภ์ซ้ำส่วนมากไม่ได้เกิดจากการตั้งใจ มารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรคนแรกต้องการครอบครัวที่สมบูรณ์มากกว่าการกลับไปศึกษาต่อ การแต่งงานก่อนหรือหลังตั้งครรภ์ คู่ครองอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี ความต้องการบุตรของสามี การถูกทารุณกรรมและถูกสามีทอดทิ้ง แม่มีการศึกษาค่ำ แม่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและสถานะทางสังคม ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น (Rowlands, 2010)

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีความสำคัญต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานเป็นการปฏิบัติงานเชิงรุกในการป้องกันและแก้ไขปัญหาของบุคคล ครอบครัว สังคม และชุมชน บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำมี 9 ด้าน ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2555)

1. ให้การดูแลป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำต่อเนื่องโดย

1.1 บูรณาการความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัย รวมทั้งศึกษาสภาพสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่น วิธีการดำเนินชีวิต ที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ และศักยภาพของชุมชน เพื่อออกแบบบริการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.2 ประเมินสถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชน วินิจฉัยปัญหา ให้การดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และติดตามผล

1.3 จัดทำระบบและฐานข้อมูล วัยรุ่นตั้งครรภ์และวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ

1.4 ศึกษาข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่จำเป็น ประกอบด้วยข้อมูลสุขภาพ 3 ระดับ คือ ระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคล ได้แก่ ภาวะสุขภาพของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ วิธีการรักษาตนเอง เมื่อตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ศักยภาพชุมชน ครอบครัวและบุคคล ในการจัดการปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำของชุมชน แหล่งประโยชน์ ภาวะแวดล้อม พฤติกรรมจากวิถีการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นเหตุปัจจัยของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

1.5 คัดกรองปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

1.6 เฝ้าระวังการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

1.7 วางแผนหรือออกแบบการจัดกิจกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และประเมินผล

1.8 ช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าถึงระบบสุขภาพและดูแลสิทธิประโยชน์ที่ควรจะได้รับ

- 1.9 จัดการให้มีทีมผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง
2. มีความสามารถในการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำโดย
 - 2.1 ประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาที่ซับซ้อนให้ครอบคลุมทุกมิติ
 - 2.2 วินิจฉัยปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำโดยใช้หลักฐานทางคลินิก แนวทางการป้องกันการส่งเสริมและการรักษา รวมทั้งประสบการณ์ทางการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์
 - 2.3 ดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำโดยบูรณาการความรู้
 - 2.4 ดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ ส่งต่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง
 - 2.5 ตรวจ รับฝากครรภ์ ทำคลอด ดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดและทารกแรกเกิด บริการและส่งเสริมการวางแผนครอบครัวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจอย่างเหมาะสม ให้บริการสุขภาพเด็กดี ให้ภูมิคุ้มกันโรค
 - 2.6 ติดตามวัยรุ่นตั้งครรภ์ทุกรายอย่างต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับชุมชน เพื่อการดูแลช่วยเหลือ ป้องกันมิให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำขณะยังเป็นวัยรุ่นอยู่
 - 2.7 ประเมินผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น สร้างความเชื่อมั่นแก่ชุมชน ครอบครัว และบุคคลในการให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน
 - 2.8 เสริมพลังกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงให้สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น รวมทั้งจัดกระบวนการให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือกันในการลดพฤติกรรมเสี่ยง และพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้
3. ประสานงาน (Collaboration) โดยใช้หลักการสร้างหุ้นส่วนกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสหวิชาชีพ ในการศึกษาข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
4. เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) และเป็นที่พึ่งแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดย
 - 4.1 ให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ขณะเป็นวัยรุ่น
 - 4.2 สอน ฝึกทักษะหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดได้
 - 4.3 สอน ให้คำแนะนำ และเป็นพี่เลี้ยงแก่พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล และนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ให้มีความสามารถในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน
5. มีความสามารถในการให้คำปรึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพศศึกษา การป้องกันการตั้งครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ครอบครัว และชุมชน (Consultation)
6. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) โดยการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศในการดูแลกลุ่มสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พัฒนาระบบบริการ พัฒนาแนวปฏิบัติ นวัตกรรม รูปแบบวิธีการ และเครื่องมือในการให้บริการสุขภาพ โดยใช้กระบวนการทบทวนการปฏิบัติงาน บทเรียน

ผลการวิจัย ผลการวิเคราะห์ และประเมินการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อวิเคราะห์ และหาแนวทางปรับปรุงให้การทำงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นในชุมชน

7. การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical Reasoning and Ethical Decision Making) โดยใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ

8. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice) โดยติดตาม รวบรวมผลการวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและที่เกี่ยวข้องในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์

9. การจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome Management and Evaluation) โดยกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ในการให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น โดยผู้ให้บริการควรลดขั้นตอนและข้อจำกัดของการให้บริการ (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, 2551) เน้นดูแลประทับใจประทับใจด้านจิตใจแก่วัยรุ่น ให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา การคุมกำเนิดที่ถูกต้องเหมาะสม กระตุ้นให้พ่อแม่ตระหนักถึงการสร้างครอบครัวที่อบอุ่น สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแม่และลูกวัยรุ่น กระตุ้นให้ครอบครัวสร้างความนับถือตนเอง เห็นคุณค่าตนเองของวัยรุ่น ให้การดูแลช่วยเหลือประทับใจวัยรุ่นตั้งแต่ในระยะหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เป็นเวลา 1 ปี กระตุ้นให้ชุมชนคอยดูแลช่วยเหลือ ให้ความรู้และคำแนะนำวัยรุ่น หลังคลอดอย่างต่อเนื่องจากผู้เชี่ยวชาญ (Rowlands et al., 2010) ที่สำคัญพยาบาลควรเน้นให้ครอบครัวและชุมชน ตระหนักถึงการสร้างครอบครัวที่อบอุ่น สร้างความเป็นสภาพบุรุษแก่ลูกชาย พ่อและแม่เป็นตัวอย่างที่ดีและลดอบายมุข